

PODRĘCZNIK DO STRUKTURYZOWANEGO WYWIADU NA TEMAT ORGANIZACJI OSOBOWOŚCI STIPO-R-PL - WERSJA POLSKA -

John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern & Otto F. Kernberg
czerwiec 2019
zaktualizowany czerwiec 2021

**Tłumaczenia i adaptacja na podstawie wersji anglojęzycznej oraz
niemieckojęzycznej wraz z uzupełnieniem wynikającym z badań z
wykorzystaniem polskiej wersji
STIPO-R-PL**

Piotr Musiał, Małgorzata Kaczmarek-Fojtar, Emilia Soroko
2024

© Tytuł oryginału: Manual for the Structured Interview of Personality Organization – Revised
(STIPO-R)

2021 Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg
2024 Musiał, Kaczmarek-Fojtar, Soroko

Podziękowania

Na wstępie pragniemy wyrazić serdeczne podziękowania Polskiemu Towarzystwu Psychoterapii Psychodynamicznej (PTPPd) za sfinansowanie badań nad polską adaptacją STIPO-R-PL. Wsparcie ze strony Zarządu Głównego miało kluczowe znaczenie dla realizacji tego projektu, który ma na celu wzbogacenie narzędzi badawczych wykorzystywanych w diagnostyce zaburzeń osobowości.

Szczególne podziękowania kierujemy również do wszystkich osób, które wzięły udział w badaniach nad polską wersją STIPO-R-PL. Państwa zaangażowanie, wiedza oraz doświadczenie wniosły istotny wkład w dostosowanie narzędzia do polskich realiów, co pozwoli na jeszcze skuteczniejsze i trafniejsze wykorzystanie go w praktyce klinicznej.

Bez tej współpracy oraz wsparcia, realizacja projektu nie byłaby możliwa. Dziękujemy wszystkim za ich cenny wkład w rozwój badań nad zaburzeniami osobowości i mamy nadzieję, że podręcznik stanie się istotnym narzędziem w pracy psychologów i psychoterapeutów.

Niniejszy podręcznik do Strukturyzowanego wywiadu na temat organizacji osobowości (Structured Interview of Personality Organization-Revised, STIPO-R-PL) składa się z dwóch części. Część I zawiera historię, założenia i podstawy teoretyczne oraz omówienie właściwości psychometrycznych i sposobu wykorzystania narzędzia. Część II zawiera przewodnik po wywiadzie, którego celem jest pomoc we właściwym użytkowaniu narzędzia.

Część I : Wprowadzenie i omówienie STIPO-R

Historia i założenia STIPO i STIPO-R

STIPO (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2004) i jego rewizja, STIPO-R (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2016) to częściowo strukturyzowane wywiady skonstruowane do oceny strukturalnych domen funkcjonowania osobowości, które mają kluczowe znaczenie dla zrozumienia osobowości i patologii osobowości jednostki z perspektywy modelu relacji z obiektem (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005). STIPO i STIPO-R dostarczają klinicystom i badaczom¹ dymensjonalnych ocen w kluczowych domenach funkcjonowania osobowości. Stopień nasilenia dysfunkcji w poszczególnych domenach może być pomocny klinicystom w planowaniu leczenia oraz badaczom przy doborze uczestników badania i ocenie efektów interwencji terapeutycznych.”

Podejście oparte na relacji z obiektem do patologii osobowości

Kernberg i współpracownicy z Personality Disorders Institute opracowali model patologii osobowości oparty na współczesnej teorii relacji z obiektem (Kernberg i Caligor, 2005; Caligor i Clarkin, 2010; Caligor, Kernberg, Clarkin i Yeomans, 2018). Podejście to łączy dymensjonalny obraz nasilenia patologii osobowości z kategoryalną lub prototypową klasyfikacją w oparciu o opisową fenomenologię zgodną z wieloma syndromami osobowości DSM-5 (APA, 2013).

Tak więc STIPO i STIPO-R dostarczają wyniki zarówno dotyczące nasilenia dysfunkcji w różnych domenach funkcjonowania, jak i profil wyników w domenach wskazujących na bliskość/dystans od prototypowych opisów poziomu organizacji osobowości: neurotycznej, wysokiego poziomu borderline, średniego poziomu borderline i niskiego poziomu borderline. Poziom organizacji osobowości ma ważne implikacje prognostyczne i może być wykorzystywany do zróżnicowanego planowania leczenia psychoterapeutycznego (Caligor, Kernberg, Clarkin i Yeomans, 2018).

Koncepcja tożsamości jako podstawowe pojęcie

Model patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem Kernberga koncentruje się na koncepcji tożsamości. Zgodnie z nim zaburzenia osobowości dzieli się na te, które charakteryzują się skonsolidowaną tożsamością i te, które charakteryzują się patologią w kształtowaniu się tożsamości (określaną jako syndrom dyfuzji tożsamości).

¹ W tekście użyto rodzaju męskiego rzeczowników (np. klinicysta, badacz, pacjent itp.), ale treść podręcznika dotyczy zarówno kobiet, mężczyzn jak i osób niebinarnych.

Mniej poważny neurotyczny poziom organizacji osobowości (NPO), a także zdrowa osobowość, charakteryzuje się skonsolidowaną tożsamością związaną z doświadczeniem siebie i innych, które jest stabilne, dobrze zróżnicowane, złożone, realistyczne i spójne. Neurotyczny poziom organizacji osobowości odróżnia się od zdrowej osobowości na podstawie sztywności funkcjonowania osobowości. Podczas gdy osoba ze zdrową organizacją osobowości jest w stanie elastycznie i adaptacyjnie radzić sobie z zewnętrznymi stresorami i wewnętrznymi konfliktami, osoba z neurotyczną organizacją osobowości ma tendencje do polegania na sztywnych i do pewnego stopnia nieadaptacyjnych reakcjach, odzwierciedlających wpływ obron opartych na wyparciu na funkcjonowanie psychologiczne. Podobnie jak w przypadku zdrowej osobowości, osoby zorganizowane na poziomie neurotycznym mają zdolność do pełnych, głębokich i wzajemnych relacji, chociaż osoby z NPO mogą mieć trudności z łączeniem bliskich relacji z seksualnością. Funkcjonowanie moralne jest spójne i w pełni zinternalizowane w osobowości neurotycznej, ale może być nadmiernie sztywne, co prowadzi do skłonności do nadmiernej samokrytyki.

Dyfuzja tożsamości jest główną cechą organizacji osobowości na poziomie borderline (BPO). Słabo skonsolidowana tożsamość wiąże się z doświadczeniem siebie i innych, które jest niestabilne, powierzchowne, słabo zróżnicowane, spolaryzowane („czarno-białe”), zniekształcone i nieciągłe. Obrony oparte na rozszczepieniu (np. rozszczepienie, idealizacja/dewaluacja, identyfikacja projekcyjna, zaprzeczenie) są odpowiedzialne za utrzymywanie fragmentarycznego i słabo zintegrowanego doświadczenia siebie i innych, które wpływa na doświadczenie jednostki ze słabo zintegrowaną tożsamością. Z kolei skonsolidowana tożsamość w neurotycznej organizacji osobowości charakteryzuje się przewagą dojrzałych obron opartych na wyparciu. Osoby zorganizowane na poziomie borderline odróżniają się od osób z atypowymi zaburzeniami o charakterze psychotycznym tym, że mają nienaruszone testowanie rzeczywistości. Jednak klinicznie znacząca patologia tożsamości wiąże się z deficytami w testowaniu rzeczywistości społecznej, niezdolnością do dokładnego wnioskowania o motywacjach i stanach wewnętrznych innych osób oraz z problemami w dokładnym odczytywaniu sygnałów społecznych. Deficyty te u osób zorganizowanych na poziomie borderline są związane z pewnym upośledzeniem dokładnego postrzegania innych. W przeciwieństwie do nich, NPO i osoby ze zdrową organizacją osobowości mają wysoce rozwinięte testowanie rzeczywistości społecznej. Organizacja osobowości na poziomie borderline (BPO) obejmuje stosunkowo szerokie spektrum patologii osobowości. Pacjenci znajdujący się na wyższym (bardziej dojrzałym) poziomie BPO mają pewną zdolność do zależnych, choć trudnych relacji, prezentują względnie nienaruszoną lub tylko niewielką patologię funkcjonowania moralnego i w większości sytuacji nie przejawiają jawnej agresji. W przeciwieństwie do nich, osoby z niskiego poziomu BPO wykazują poważną patologię relacji z obiektem, klinicznie znaczące deficyty w funkcjonowaniu moralnym i są nadmiernie agresywne. Podczas gdy osoby ze średniego poziomu BPO przejawiają umiarkowaną patologię relacji z obiektem, zmienne funkcjonowanie moralne i wykazują agresję o mniejszym nasileniu niż jest to charakterystyczne dla osób z niskiego poziomu BPO. Pacjenci z wysokiego poziomu BPO mają stosunkowo korzystne rokowania w strukturyzowanych terapiach psychodynamicznych. Pacjenci ze średniego poziomu BPO mają umiarkowane rokowanie, natomiast pacjenci z niskiego poziomu BPO są znacznie trudniejsi do leczenia i mają bardziej ostrożne rokowania, nawet w ekspresywnych terapiach psychodynamicznych z ustalonymi ramami terapeutycznymi zaprojektowanymi w celu ograniczenia zachowań autodestrukcyjnych i innych zachowań zakłócających leczenie poza gabinetem konsultacyjnym.

Określenie poziomu organizacji osobowości ma zasadnicze znaczenie przy planowaniu zróżnicowanego leczenia. Interwencja psychodynamiczna wobec pacjentów z wysokim poziomem funkcjonowania osobowości (neurotyczna organizacja) jest inaczej skonstruowana (Caligor, Kernberg i Clarkin, 2007; Caligor, Kernberg, Clarkin i Yeomans, 2018) niż interwencja wobec pacjentów z poziomem organizacji borderline (Yeomans, Clarkin i Kernberg, 2015) (patrz Tabela 1). Osoby zorganizowane na neurotycznym poziomie mają bardzo korzystne rokowania i mogą odnieść korzyści ze stosunkowo niestrukturyzowanych terapii psychodynamicznych. Pacjenci ci zazwyczaj nie mają trudności z nawiązaniem i utrzymaniem sojuszu terapeutycznego, a zniekształcenia przeniesieniowe mają tendencje do powolnego rozwoju, są spójne i subtelne. W przeciwieństwie do tego, osoby zorganizowane na poziomie borderline, szczególnie te z niskiego poziomu borderline, wymagają wysoce strukturyzowanego środowiska terapeutycznego, tak jak opisano powyżej. Osoby te mają duże trudności z nawiązaniem i utrzymaniem sojuszu terapeutycznego. Zniekształcenia przeniesieniowe rozwijają się szybko i są bardzo naładowane afektywnie i są ekstremalne, prowadzą często do zerwania relacji terapeutycznej lub rezygnacji z leczenia.

Tabela 1. Różnice w leczeniu w zależności od organizacji osobowości

Neurotyczna organizacja osobowości (NPO)	Organizacja osobowości Borderline (BPO)
Zastosowanie ram leczenia	Ramy leczenia obejmują starannie opracowany kontrakt na leczenie
Terapeuta działa z pozycji neutralności technicznej	Odstępstwa terapeuty od postawy neutralności technicznej są stosowane w niektórych sytuacjach kryzysowych
Techniki terapeutyczne: klaryfikacja, konfrontacja, interpretacja	Szersze wykorzystanie klaryfikacji a następnie konfrontacji w celu przygotowania gruntu pod interpretację
Koncentracja na teraźniejszości i jej związku z przeszłością	Koncentracja na teraźniejszości

O początkach STIPO: „Wywiad strukturalny”.

W ramach opracowywania podejścia do patologii osobowości opartego na relacji z obiektem, Kernberg (1984) zaprojektował wywiad strukturalny. Jest to wywiad kliniczny mający na celu ocenę nie tylko objawów i obszarów trudności pacjenta, ale także poziomu organizacji (struktury) osobowości. W tamtym okresie Kernberg myślał o wywiadzie strukturalnym w kontekście istniejących wywiadów psychodynamicznych. Wielu autorów analitycznych skonstruowało zmodyfikowane wywiady psychiatryczne, które koncentrowały się na interakcji pacjent-terapeuta jako głównym źródle informacji (Whitehorn, 1944; Powdermaker, 1948; Fromm-Reichmann, 1950; Sullivan, 1954).

Deutsch (1949) opowiadał się za przeprowadzaniem wywiadów, które ujawniłyby nieświadome powiązania między aktualnymi trudnościami a przeszłością pacjenta.

MacKinnon i Michels (1971; MacKinnon, Michels, & Buckley, 2006) opisali metodę, która wykorzystuje interakcję pacjenta z terapeutą w celu zidentyfikowania wzorców charakteru przydatnych w diagnozie. Wywiad strukturalny Kernberga był zorganizowanym rozwinięciem tych metod. Wywiad koncentruje się na obszarach problemowych pacjenta, tworząc w ten sposób napięcie, które pozwala na ujawnienie dominujących obron i strukturalnej organizacji funkcjonowania psychicznego pacjenta i tym samym umożliwia postawienie strukturalnej diagnozy organizacji osobowości.

Wywiad strukturalny przebiega w trzech fazach. W fazie początkowej pacjent zachęcany jest do omówienia głównych trudności, objawów i powodów poszukiwania leczenia. W fazie środkowej badanie koncentruje się na potencjalnych patologicznych cechach osobowości oraz trudnościach w relacjach interpersonalnych i dostrzeganych potrzebach interpersonalnych. W fazie końcowej osoba przeprowadzająca wywiad zapewnia pacjentowi możliwość zadawania pytań oraz ocenia motywację pacjenta do kontynuowania procesu diagnostycznego i leczenia.

Wynikiem wywiadu strukturalnego jest ocena zarówno objawów, jak i poziomu organizacji osobowości: od konsolidacji tożsamości z trudnościami w relacji z obiektem, przez wysoki poziom organizacji osobowości borderline z dyfuzją tożsamości, po niski poziom organizacji osobowości z dyfuzją tożsamości połączoną z agresją, poważną patologią relacji z obiektem i deficytami w funkcjonowaniu moralnym. Skuteczność wywiadu strukturalnego zależy od klinicznej wnikliwości i umiejętności osoby przeprowadzającej wywiad. Osoba przeprowadzająca wywiad musi podejmować przemyślane decyzje dotyczące tego, które obszary funkcjonowania pacjenta należy dogłębnie zbadać.

Szczegółowe badanie relacji pacjenta w związkach z innymi daje możliwość obserwacji funkcjonowania osobowości badanego w sytuacji napięcia. Nie ma systemu punktacji, a badający musi dokonać subiektywnej oceny klinicznej stopnia patologii osobowości i poziomu organizacji osobowości badanego. Ze względu na zależność od umiejętności klinicznych prowadzącego wywiad, swobodę w zadawaniu pytań i braku obiektywnego systemu punktacji, trudno jest ustalić rzetelność wśród różnych badających pod względem trafności wnioskowania diagnostycznego. Te ograniczenia zaawansowanego wywiadu klinicznego doprowadziły do opracowania STIPO.

Znaczenie wywiadu częściowo strukturyzowanego

Częściowo strukturyzowany wywiad (STIPO i STIPO-R) zawiera pytania standardowe, pytania pogłębiające i wytyczne dotyczące punktacji w celu zapewnienia rzetelności oceny². To, co STIPO traci w subtelnych strategiach wywiadu doświadczonego klinicysty, zyskuje dzięki właściwościom psychometrycznym. Dzięki ustrukturyzowanym pytaniom obowiązkowym i równie ustrukturyzowanym pytaniom szczegółowym zadawanych po

² Pragniemy wyrazić uznanie dla istotnego wkładu wielu współpracowników w rozwój STIPO i STIPO-R. Armand Loranger, autor *International Personality Disorder Examination* (IPDE), był konsultantem, który pomógł opracować strukturę STIPO. Mark Lenzenweger zapewnił cenne porady dotyczące punktacji i projektowania. Susanne Hörz wykorzystała STIPO w swojej pracy doktorskiej i stymulowała analizy profilu STIPO. Ona i jej współpracownik Stephan Doering rozwinęli niemiecką wersję narzędzia. Emanuele Preti odegrał kluczową rolę w przekształceniu STIPO w STIPO-R i zainicjował ważne badania z wykorzystaniem narzędzia w wersji włoskiej.

niejasnych lub nieprecyzyjnych odpowiedziach pacjenta oraz ustrukturyzowanemu systemowi punktacji, STIPO zapewnia większą niezawodność podczas badania, administracji i punktacji. Standaryzacja procedury wywiadu i punktacji w STIPO-R zwiększa jego przydatność w dydaktyce w zakresie oceny osobowości i zapewnia słownictwo, które umożliwia klinicystom precyzyjne omawianie złożonych konstruktów klinicznych, nawet jeśli nie są zaznajomieni z teorią relacji z obiektem.

Domeny STIPO i STIPO-R

Kluczową kwestią przy tworzeniu każdego narzędzia diagnostycznego jest wybór ograniczonej liczby domen (obszarów) funkcjonowania, które są decydujące dla przystosowania jednostki (zob. Clarkin, 2013). Teoria relacji z obiektem prowadzi badacza do dwóch centralnych fenomenów pozwalających zrozumieć pacjenta: struktury i organizacji osobowości. Z tego powodu nasze podejście koncentruje się na strukturalnych, funkcjonalnych obszarach, a nie wyłącznie na ocenie trudności i objawów. Wybór domen do oceny w STIPO był oparty na teorii relacji z obiektem.

Zgodnie z doświadczeniem klinicznym i teorią psychoanalityczną, podstawowe struktury osobowości są identyfikowane jako:

- 1) tożsamość, tj. zintegrowana wewnętrzna koncepcja siebie i zintegrowana koncepcja znaczących innych,
- 2) zdolność do rozpoznawania i zarządzania szerokim zakresem dyspozycji afektywnych, które są złożone i dobrze modulowane,
- 3) zintegrowany i dojrzały system zinternalizowanych wartości moralnych,
- 4) odpowiednie zarządzanie motywacjami seksualnymi, agresywnymi oraz zależnością, które są subiektywnie doświadczane jako potrzeby, impulsy, pragnienia i lęki (Kernberg & Caligor, 2005).

Zgodnie z tą koncepcją teoretyczną, STIPO koncentrowało się na sześciu domenach: Tożsamość, Mechanizmy obronne, Mechanizmy radzenia sobie, Jakość relacji z obiektem, Agresja i Wartości moralne. Dzięki zgromadzonemu doświadczeniu z dłuższą wersją STIPO, do STIPO-R zostało włączone pięć kluczowych domen: Tożsamość, Mechanizmy obrony, Relacje z obiektem, Agresja i Wartości moralne (patrz Tabela 2).

Domena Tożsamość jest mierzona za pomocą pytań dotyczących zdolności jednostki do inwestowania i angażowania się w naukę i/lub pracę i życie zawodowe oraz rekreację i trwałe zainteresowania. Zaangażowanie oznacza konsekwentne dążenie do celów i zadań, którym przypisuje się znaczenie, a także pewną inwestycję emocjonalną. Badane jest także poczucie oraz reprezentacja siebie i innych. Domena Relacje z obiektem diagnozowana jest na podstawie oceny relacji interpersonalnych jednostki, bliskich związków i seksualności oraz wewnętrznego zaangażowania w innych ludzi. Domena Mechanizmy obronne zapewnia ocenę zarówno bardziej zaawansowanych i dojrzałych mechanizmów obronnych, jak i bardziej niedojrzałych mechanizmów obronnych, takich jak rozzściepienie. Domena Agresja koncentruje się zarówno na agresji skierowanej na siebie, jak i agresji skierowanej na innych i wrogości. Wreszcie, domena Wartości moralne ukierunkowana jest na badanie moralnego postępowania, zdolności jednostki do odczuwania poczucia winy i postępowania niezgodnego z prawem oraz tendencji do oszustwa i wyzysku.

Porównanie STIPO z podobnymi narzędziami

Prawdopodobnie najbardziej zbliżonym wywiadem klinicznym wraz z systemem punktacji zbliżonym do STIPO jest Kliniczny Wywiad Diagnostyczny (Clinical Diagnostic Interview, CDI; Westen & Muderrisoglu, 2003), który koncentruje się na powodach leczenia, objawach i wzorcach relacji interpersonalnych. Jest to kliniczny wywiad diagnostyczny, który trwa około dwóch i pół godziny. Wywiad dostarcza informacji klinicznych, niezbędnych do rzetelnego przeprowadzenia Procedury Oceny Shedlera-Westena (Shedler-Westen Assessment Procedure, SWAP-200; Shedler & Westen, 2007, por. Soroko, Cierpiałkowska, Mech, 2023). SWAP-200 to narzędzie oceny klinicznej składające się z 200 twierdzeń, które mogą opisywać pacjenta bardzo dobrze, w pewnym stopniu lub wcale.

Twierdzenia te odzwierciedlają cechy osobowości, które można zaobserwować w populacjach nieklinicznych oraz patologię interpersonalną zgodną z zaburzeniami osobowości (mechanizmy radzenie sobie, mechanizmy obronne i regulację afektu), a także objawy, takie jak lęk i depresja. Wykorzystując informacje z CDI, klinicysta opisuje pacjenta za pomocą 200 pozycji SWAP w oparciu o metodę Q-sort, która wymaga podziału 200 pozycji zgodnie z wcześniej ustalonym rozkładem, tj. który jest najmniej i najbardziej charakterystyczny dla danej osoby (Shedler, 2015). Ponadto rozkład SWAP zapewnia klinicyście wyniki dymensjonalne dla każdego z zaburzeń osobowości opisanych w DSM. Generowany jest także narracyjny opis przypadku, który można wykorzystać do konceptualizacji przypadku i planowania leczenia.

Zoperacjonalizowana diagnoza psychodynamiczna (Operationalized Psychodynamic Diagnosis, OPD-2; OPD Task Force 2008), opracowana przez grupę klinicystów psychoanalitycznych z Niemiec, Austrii i Szwajcarii, jest narzędziem składającym się z czterech osi psychodynamicznych oraz piątej osi odwzorowującej diagnozy ICD-10:

- 1) Doświadczenie choroby i warunki wstępne leczenia,
- 2) Relacje interpersonalne,
- 3) Konflikty,
- 4) Struktura psychiczna,
- 5) Zaburzenia psychiczne i psychosomatyczne (diagnozy zgodne z ICD-10).

Osią, która jest najbardziej zbliżona do STIPO, jest oś czwarta, która obejmuje domeny reprezentacji siebie i innych, przywiązania, różnicowania afektu lub regulacji impulsów. OPD-2 został opracowany w celu oceny wszystkich poziomów patologii osobowości, podczas gdy STIPO koncentruje się w szczególności na poziomach organizacji osobowości. Zgodnie z oczekiwaniami, poziom organizacji osobowości STIPO był istotnie powiązany z całkowitym wynikiem osi 4 OPD ($r = .68$; $p < .001$) (Doering, Burgmer, Heuft, i in., 2013).

Transformacja ze STIPO do STIPO-R

STIPO-R jest rewizją oryginalnego STIPO, która została przeprowadzona z jednej strony w celu skrócenia narzędzia, a tym samym ułatwienia jego klinicznego i naukowego zastosowania, a z drugiej w celu zmodyfikowania elementów, które miały mniej niż pożądane właściwości psychometryczne. Ponadto, nasze doświadczenie kliniczne zmotywowało nas do rozszerzenia pozycji z oryginalnego STIPO dotyczących patologii narcystycznej o pełną skalę Narcyzmu.

Zakres zastosowania STIPO-R

Zawartość

STIPO-R zawiera 55 pozycji obejmujących pięć domen (obszarów) funkcjonowania:

- 1) Tożsamość,
- 2) Relacje z obiektem,
- 3) Mechanizmy obronne,
- 4) Agresja
- 5) Wartości moralne.

Cztery z tych domen mają także oceny dotyczące ważnych subdomen (patrz Tabela 2). Z pozycji osadzonych w innych domenach STIPO-R ma również wynik dla wymiaru Narcyzmu.

Tabela 2. Domeny i subdomeny STIPO-R

Domena	Subdomena
Tożsamość 15 pozycji	Zdolność do zaangażowania Poczucie ja – Spójność i ciągłość Reprezentacja innych
Relacje z obiektem 14 pozycji	Relacje interpersonalne Bliskie związki i seksualność Wewnętrzne zaangażowanie w innych
Mechanizmy obronne 10 pozycji	Niedojrzałe mechanizmy obronne Dojrzałe mechanizmy obronne
Agresja 9 pozycji	Agresja skierowana na siebie Agresja skierowana na innych i wrogość
Wartości moralne 6 pozycji	-

Sposób przeprowadzania wywiadu

Sposób przeprowadzania wywiadu STIPO-R został zaadaptowany z Międzynarodowego Testu Zaburzeń Osobowości (International Personality Disorder Examination, IPDE; Loranger 1999) opracowanego przez naszego współpracownika z Uniwersytetu Cornell, dr Armanda Lorangera. Dr Loranger pełnił rolę konsultanta przy tworzeniu STIPO. STIPO-R wykorzystuje pytania obowiązkowe i dodatkowe pytania szczegółowe, które mogą być stosowane, gdy odpowiedzi pacjenta nie są wystarczająco jasne lub szczegółowe aby móc je ocenić.

System punktacji

Wystandardyzowany sposób przeprowadzania wywiadu i system punktacji pozwalają przeprowadzającemu wywiad oceniać poszczególne odpowiedzi badanego (0, 1 lub 2) w trakcie trwania wywiadu. Podobnie jak w przypadku IPDE, w celu uzyskania jak najdokładniejszych ocen pozycji, osoba przeprowadzająca wywiad jest zachęcana do korzystania nie tylko z informacji pochodzących od osoby badanej, ale także z wszelkich dodatkowych źródeł (np. od członków rodziny, byłych terapeutów), które mogą być dostępne.

Po przeprowadzeniu wywiadu wyniki na poziomie poszczególnych pozycji są sumowane w każdej domenie, aby uzyskać wynik całkowity dla domeny. Oferowane są dwa rodzaje oceny: arytmetyczna i kliniczna. Ocena arytmetyczna polega na obliczeniu średniej oceny z wyników pozycji 0-1-2 w każdej domenie. Aby bezpośrednio porównać wyniki między domenami, całkowitą ocenę wymiarową można przekształcić w wynik wyrażony w procentach.

Następnie osoba przeprowadzająca wywiad jest proszona o dokonanie ogólnej oceny klinicznej (w zakresie od 1 do 5 punktów) dla każdej domeny. Ta ogólna ocena kliniczna pozwala osobie przeprowadzającej wywiad na wykorzystanie swojego klinicznego osądu na temat badanego, przez co może ona nieco odbiegać od całkowitej oceny arytmetycznej dla każdej z domen.

Obie procedury oceniania wzajemnie się uzupełniają. Ocena arytmetyczna jest ściśle oparta na odpowiedziach na poszczególne pozycje, podczas gdy 5-punktowa ocena kliniczna pozwala osobie przeprowadzającej wywiad wykorzystać własne wrażenie kliniczne, przypisując większą lub mniejszą wagę pozycjom w domenie lub subdomenie w oparciu o wskaźniki (niewerbalne, interpersonalne), które uważa za istotne z klinicznego punktu widzenia. W badaniach obie procedury oceny uzyskały zadowalającą zgodność ocen między badającymi (inter-rater reliability (Stern i in., 2010; Hörz i in., 2009)).

Ogólny poziom organizacji osobowości można określić na podstawie wyników skal klinicznych. Odbywa się to na sześciu poziomach; najbardziej dojrzałą organizacją jest zdrowa organizacja osobowości, a następnie neurotyczna i trzy poziomy organizacji borderline (wysoki, średni, niski).

Tabela 3 Przedstawia podejście prototypowe jak i wymiarowe do ogólnej oceny organizacji osobowości. Profile wymiarowe przedstawione w STIPO-R są bardziej szczegółowe i pozostawiają więcej miejsca na indywidualną zmienność.

Tabela 3 (aktualizacja, 2021): Wyniki wymiarów STIPO-R do oceny ogólnego poziomu organizacji osobowości.

STIPO-R Ocena wymiarowa		Zdrowa organiza cja osobowo ści	Neurotycz ny poziom organizacji osobowość i NPO 1	Neurotycz ny poziom organizacji osobowość i NPO 2	Wyższy poziom organizacji osobowość i borderline BPO	Średni poziom organizacji osobowość i borderline BPO	Niski poziom organizacji osobowość i borderline BPO
Tożsamo ść	Prototypowy wynik	1	1	2	3	4	4 lub 5
	Zakres wyników	1	1	2	3	3 - 5	4 - 5
Relacje z obiektem	Prototypowy wynik	1	2	3	3	4	5
	Zakres wyników	1	1 - 2	2 - 3	2 - 4	3 - 5	4 - 5
Mechaniz my obronne	Prototypowy wynik	1	2	2	3	4	4 lub 5
	Zakres wyników	1	2 - 3	2	3	4 - 5	4 - 5
Agresja	Prototypowy wynik	1	2	2	3	4	4 lub 5
	Zakres wyników	1	1 - 3	1 - 3	2 - 3	3 - 4	4 - 5
Wartości moralne	Prototypowy wynik	1	2	3	3	3	4 lub 5
	Zakres wyników	1	1 - 2	2 - 3	2 - 3	3 - 4	4 - 5

Wykorzystując wynik oceny arytmetycznej podsumowujący dla każdej domeny lub kliniczne 5-punktowe oceny, osoba przeprowadzająca wywiad może skonstruować profil organizacji osobowości badanego w oparciu o pięć domen. W oparciu o oceny wymiarowe STIPO-R można dokonać kategoryzacji badanych, rozróżniając organizację osobowości: zdrową, neurotyczną i borderline, która z kolei jest podzielona na trzy poziomy w zależności od nasilenia: wysoki, średni i niski BPO (Hörz, Stern, Caligor i in., 2009). Osoby należące do grupy zdrowej i neurotycznej mają skonsolidowaną tożsamość; nie wykazują używania niedojrzałych mechanizmów obronnych ani zakłóceń w testowaniu rzeczywistości. Na poziomie neurotycznym pacjenci mają pewien stopień powierzchowności w poczuciu siebie i/lub innych i mogą wykazywać pewne użycie niedojrzałych mechanizmów obronnych. Na poziomie borderline wraz ze wzrostem ciężkości zaburzenia począwszy od wysokiego poprzez średni do niskiego, narasta

dyfuzja tożsamości, stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych, jawna agresja, zaburzone relacje z obiektami i słabsze wewnętrzne standardy moralne. Poniższe prototypowe profile pomagają w sklasyfikowaniu poziomów organizacji osobowości na podstawie wyników wymiarowych.

Zdrowa

Tożsamość	1	Skonsolidowana
Relacje z obiektem	1	Stabilne, złożone i trwałe; zdolność do integrowania bliskości i seksualności
Mechanizmy obronne	1	Dojrzałe mechanizmy obronne, brak oznak stosowania niedojrzałych mechanizmów obronnych
Agresja	1	Brak otwartej agresji, kontrola i modulacja agresji
Wartości moralne	1	Konsekwentne i elastyczne; brak zachowań antyspołecznych

Neurotyczna 1

Tożsamość	1	Skonsolidowana
Relacje z obiektem	2	Stabilne, złożone i trwałe; trudności w integrowaniu bliskości i seksualności
Mechanizmy obronne	2	Brak dowodów na stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych; na pierwszym planie dojrzałe mechanizmy obronne oparte na wyparciu; pewna sztywność
Agresja	2	Brak otwartej agresji; pewne dowody na słabą modulację agresji (np. drobne zaniedbanie siebie lub sporadyczna agresja werbalna)
Wartości moralne	2	Zbyt surowe lub/i nieelastyczne, ale w pełni zorganizowane i zinternalizowane; brak zachowań antyspołecznych

Neurotyczna 2

Tożsamość	2	Skonsolidowana, nieco powierzchowne poczucie siebie lub/i innych
Relacje z obiektem	2,3	Nieco powierzchowne, ale trwałe; nieco ograniczona empatia; trudności w integrowaniu bliskości i seksualności
Mechanizmy obronne	2	Stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych jest rzadkie; dominują mechanizmy obronne oparte na wyparciu; sztywność

Agresja	2	Brak otwartej agresji; dowody na nieprawidłową modulację agresji (np. drobne zachowania autodestrukcyjne lub kontrolujący styl interpersonalny)
Wartości moralne	2,3	Zorganizowane i zinternalizowane, ale zmienne; samokrytycyzm, wysokie standardy moralne mogą współistnieć z wypieraniem się zachowań opartych na wyzysku lub drobnych zachowań autodestrukcyjnych

Borderline 1

Tożsamość	3	Łagodna dyfuzja tożsamości
Relacje z obiektem	3	Rozszczepione lub/i powierzchowne, ale z pewnym stopniem stabilności, integracja zwłaszcza poza obszarami konfliktu
Mechanizmy obronne	3	Połączenie wykorzystania niedojrzałych, opartych na rozszczepieniu mechanizmów obronnych z dojrzałymi opartymi na wyparciu; znaczna sztywność i nieadaptacyjne radzenie sobie z problemami
Agresja	3	Otwarta agresja; zachowania agresywne w dużej mierze kierowane na siebie
Wartości moralne	2,3	Zmienne

Borderline 2

Tożsamość	4	Umiarkowana dyfuzja tożsamości
Relacje z obiektem	4	Powierzchnowe i oparte na zaspokajaniu potrzeb; ograniczona zdolność do empatii; niska zdolność do podtrzymywania zainteresowania innymi; w dużej mierze rozszczepione i niestabilne
Mechanizmy obronne	4	Przewaga niedojrzałych mechanizmów obronnych, co prowadzi do poważnego upośledzenia funkcjonowania; poważna sztywność i bardzo nieadaptacyjne strategie obronne
Agresja	3,4	Otwarta agresja; agresywne zachowania wobec innych skierowane lub/i przeciwko sobie
Wartości moralne	3,4	Zmienne, zazwyczaj słabo zintegrowane i słabo zinternalizowane

Borderline 3

Tożsamość	5	Poważna dyfuzja tożsamości
Relacje z obiektem	5	W pełni oparte na zaspokajaniu potrzeb; brak empatii i zdolności do podtrzymywania zainteresowania innymi
Mechanizmy obronne	5	Stałe korzystanie z niedojrzałych mechanizmów obronnych; skrajna sztywność i nieadaptacyjne radzenie sobie z problemami
Agresja	5	Otwarta agresja z niebezpiecznymi zachowaniami agresywnymi skierowanymi przeciwko sobie lub/i innym.
Wartości moralne	5	Brak zorganizowanego systemu wartości; zachowania antyspołeczne

Zastosowanie

Zasadniczo STIPO-R może być stosowany u każdego pacjenta przed rozpoczęciem leczenia, ponieważ poziom organizacji osobowości wpływa na leczenie, nawet jeśli jest ono ukierunkowane przede wszystkim na objawy (np. depresję lub lęk). Niemniej jednak, STIPO-R ma największe znaczenie w sytuacjach klinicznych, w których podejrzewa się u pacjenta patologię osobowości, która będzie miała wpływ na leczenie objawów, lub w sytuacjach, w których leczenie będzie koncentrować się głównie na zaburzeniach osobowości o różnym stopniu nasilenia.

Wymagania i szkolenia dla osób korzystających z narzędzia

Wymagane jest wcześniejsze szkolenie w zakresie koncepcji psychodynamicznych, na których opiera się STIPO-R oraz doświadczenie kliniczne z pacjentami wykazującymi różne poziomy nasilenia patologii osobowości. Osoba przeprowadzająca wywiad musi zostać przeszkolona z technik przeprowadzania wywiadu w celu uzyskania od pacjenta wiarygodnego materiału. Szkolenie w zakresie uzyskiwania adekwatnej punktacji (zgodności ocen) obejmuje oglądanie nagranych na wideo przykładowych wywiadów STIPO-R i dokonywania ocen zgodnych ze standardami.

Rzetelność i trafność STIPO-R

Przedstawione dane odnoszą się do STIPO. Właściwości psychometryczne STIPO-R są obecnie poddawane ocenie. Wstępne, niepublikowane dane wskazują na akceptowalną rzetelność i dobrą zbieżność z zewnętrznymi miarami funkcjonowania osobowości.

Zgodność ocen między badającymi

Angielska, niemiecka i włoska wersja STIPO zostały opracowane równolegle i wykazały dobrą rzetelność między badaczami. Współczynniki korelacji wewnątrzklasowej (ICC) wynosiły od .84 do .97 w wersji angielskiej (Stern i in., 2010), od .89 do 1.0 w wersji niemieckiej (Doering i in., 2013) i od .82 do .97 w wersji włoskiej (Preti i in., 2012). W polskiej wersji STIPO-R-PL³ zgodności ocen dla ogólnych domen ocenianych klinicznie (w skali od 1 do 5) uzyskano wartość ICC = .74, a dla subdomen ocenianych w skali 0–2, zgodnie z podskalami STIPO-R-PL, uzyskano ogólną zgodność na poziomie ICC = .99. Te wartości są wystarczająco wysokie i wskazują na wysoką zgodność ocen między badającymi.

Spójność wewnętrzną i trafność

Domeny STIPO wykazują wewnętrzną spójność we wszystkich badaniach. Współczynnik alfa Cronbacha dla domen STIPO Tożsamość (.86) i Niedojrzałe mechanizmy obronne (.85) był wysoki, podczas gdy domena Testowanie rzeczywistości (.69) znajdowała się na granicy akceptowalności (Stern, Caligor, Clarkin i in., 2010). W badaniu wykorzystującym niemiecką wersję językową STIPO (Doering i in., 2013), alfa Cronbacha wahało się od .93 dla Tożsamości do .69 dla Testowania rzeczywistości, z .97 dla wyniku całkowitego.

Domeny STIPO Tożsamość i Niedojrzałe mechanizmy obronne były ściśle powiązane z liczbą objawów zaburzeń osobowości ocenianych za pomocą Skali Osobowości Nieadaptacyjnej i Adaptacyjnej (Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP; Clark, 1993), miarami agresji oraz z poziomami pozytywnego i negatywnego afektu. W innym badaniu (Doering, Burgmer, Heuft i in., 2013) stwierdzono znaczące korelacje między Niedojrzałymi mechanizmami obronnymi STIPO a skalą prymitywnych mechanizmów obronnych w samoopisowym Inwentarzu Osobowości Borderline (Borderline Personality Inventory, BPI; Leichsenring, 1997). Preti i wsp. (2012) stwierdzili związek między domeną Tożsamości STIPO a miarami stabilności obrazu siebie i zdolności do osiągania celów. Domena STIPO Mechanizmy obronne korelowała z zewnętrzną miarą braku samokontroli i niestabilności emocjonalnej (SIPP-118; Verheul i in., 2008). Wszystkie domeny STIPO różnicowały osoby z populacji klinicznej i nieklinicznej. STIPO wykazuje dobrą trafność teoretyczną w odniesieniu do diagnoz zaburzeń osobowości DSM. U pacjentów z zaburzeniami osobowości w DSM stwierdzono niższy poziom organizacji osobowości we wszystkich domenach w porównaniu z pacjentami bez zaburzeń osobowości (Baumer, 2010; Doering i in., 2013). W badaniu pacjentów z przewlekłym bólem stwierdzono istotną korelację między organizacją osobowości w STIPO a liczbą diagnoz SCID-II (Fischer-Kern i in., 2011). Podobnie, stwierdzono bardzo bliski, ale nie pełny związek między diagnozami strukturalnymi STIPO a patologią osobowości w DSM w populacji pacjentów uzależnionych od opiatów (Rentrop, Zilker, Lederle, Birkhofer i Hörz, 2014). Istnieje znacząca korelacja pomiędzy domenami STIPO a diagnozami DSM, lecz to wynik w STIPO były w stanie skuteczniej identyfikować przerwanie leczenia u pacjentów z podwójną diagnozą niż diagnozy zaburzeń osobowości (Preti, Rottoli, Dainese i in., 2015).

³ więcej na ten temat w artykule przygotowywanym na podstawie prezentacji: Soroko, E., Musiał P., Cierpiałkowska, L., Jańczak, M., Górka, D., Frydecka, D., Szcześniak, D., Kaczmarek-Fojtar, M., Bandel, J., Clarkin, J. (2024). Validity and clinical utility of the Polish version of the Revised Structured Interview of Personality Organization (STIPO-R-PL). 8th Biennial International Society of Transference-Focused Psychotherapy Conference, 27-29 September 2024, New York City, USA

2021 Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg
2024 Musiał, Kaczmarek-Fojtar, Soroko

W wersji polskiej STIPO-R-PL (w badaniach na grupie 105 pacjentów) uzyskaliśmy w zakresie spójności wewnętrznej oraz trafności zadowalające wyniki. I tak rzetelność poszczególnych subdomen, mierzona współczynnikiem alpha Cronbacha osiągała wartość powyżej 0.7 (za wyjątkiem subdomeny Dojrzałe mechanizmy obronne, $\alpha = 0.5$). Korelacje obu systemów oceniania (arytmetyczny wg punktacji 0-2 oraz ocena kliniczna wg punktacji 1-5) były wysokie. Interkorelacje wymiarów STIPO-R-PL były pozytywne (od $r = 0.25$ do 0.71), pokazując organizację osobowości jako organizację współzależnych wymiarów strukturalnych. Korelacje między głównymi domenami STIPO-R-PL i symptomami psychopatologicznymi, (np. Somatyzacja, Depresja, Lęk czy Psychotyzmem) są dla wszystkich domen (za wyjątkiem Wartości moralnych, która wykazuje związki tylko z Wrogością i Psychotyzmem) nisko pozytywne. Związki między wymiarami BPI (Borderline Personality Inventory, BPI, Leichsenring, 1999; rozproszenie tożsamości, lęk przed fuzją, testowanie rzeczywistości, prymitywne mechanizmy obronne) a wymiarami STIPO-R-PL są wysokie lub umiarkowane dla wszystkich domen, co wskazuje na trafność zbieżną.

Zastosowanie kliniczne STIPO: Pomiar nasilenia patologii osobowości

STIPO może być stosowane jako narzędzie kliniczne do oceny nasilenia patologii osobowości w zakresie zdrowej, neurotycznej oraz z poziomu wysoko- i nisko zorganizowanej osobowości typu borderline. W badaniu wykorzystującym angielską wersję STIPO, w oparciu o oceny domen STIPO, opracowano prototypowy profil BPO i przetestowano jego zdolność do różnicowania pomiędzy BPO i nie-BPO (Hörz, 2007). Obecność poważnej dyfuzji tożsamości, stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych, a także zaburzone relacje z obiektami, wraz z ogólnie utrzymanym testowaniem rzeczywistości, różnicowały między pacjentami z niskim BPO i bez BPO. Osoby z ocenami, które były zbliżone do prototypowego profilu BPO, składającego się z ocen 3 lub wyższych w domenach Poczucie siebie i Poczucie innych, ocen 4 lub wyższych w Relacjach z obiektem i Niedojrzałych mechanizmach obronach, wykazywały więcej patologii w zmiennych ściśle związanych z patologią borderline, na przykład negatywnym afektem i agresją.

Podobnie, stwierdzono odwrotną zależność między profilami osób z prototypowymi ocenami BPO a zmiennymi pozytywnego afektu, np. pogodą ducha. Ponadto, słabo zintegrowaną agresję i pogorszenie wartości moralnych były pomocne w rozróżnieniu między wyższym i niższym poziomem BPO (Stern i in., 2010). W badaniu dotyczącym leczenia 104 pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline (BPD) zastosowano STIPO i porównano go z wynikami SCID-I i SCID-II, a także wskaźnikami klinicznego nasilenia zaburzenia (próby samobójcze, zachowania samookalające, korzystanie z opieki zdrowotnej) (Doering i in. 2010). Wykazano, że STIPO nadaje się do oceny klinicznego poziomu nasilenia zaburzeń. Grupa pacjentów z jednym lub większą liczbą współistniejących zaburzeń osobowości w DSM wykazała bardziej wyraźną patologię w domenach STIPO i ogólnym poziomie organizacji osobowości niż grupa pacjentów z jedyną diagnozą BPD (np. Tożsamość: $M = 3.88$ vs. $M = 3.59$, $t = -2.13$, $p < .04$). Podobne wyniki uzyskano dla osób z co najmniej jedną próbą samobójczą w porównaniu do osób bez prób samobójczych, a także dla pacjentów z historią wizyt na szpitalnym oddziale ratunkowym w porównaniu do osób bez tego typu wizyt. Co więcej, analizy korelacji wykazały, że kilka wskaźników patologii osobowości, na przykład liczba kryteriów BPD, było istotnie związanych z większą patologią w domenach STIPO: Tożsamość, Niedojrzałe

mechanizmy obronne, Mechanizmy radzenia sobie, Agresja oraz ogólny poziom organizacji osobowości ($r = .29, p < .01$). Podsumowując, wyniki te wskazują na kliniczną przydatność STIPO, szczególnie w przypadku poważnie zaburzonych pacjentów na niższym poziomie organizacji osobowości (Hörz i in., 2017).

W polskich badaniach na podstawie wyniku w wywiadzie SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders) podzielono grupę badaną pod względem spełniania kryteriów zaburzenia osobowości (75 osób spełniało kryteria co najmniej jednego zaburzenia osobowości, a 29 nie spełniało kryteriów żadnego) i porównaliśmy obie grupy pod względem wyników w domenach STIPO-R. Wszystkie domeny (wymiar struktury osobowości) były istotnie statystycznie wyższe w grupie zdiagnozowanej za pomocą testu SCID-II jako osoby z zaburzeniami osobowości, przy czym najsilniej różnicowało kryterium Tożsamość, Relacje z obiektem oraz Agresja (d Cohena większe od 0.6). Trafność kryterialna (diagnostyczna) polskiej wersji STIPO-R została potwierdzona.

Zastosowanie kliniczne STIPO: Wykorzystanie STIPO jako wskaźnika zmiany

Przydatność STIPO jako miary do oceny zmian w organizacji osobowości została zbadana w randomizowanym, kontrolowanym badaniu RCT porównującym skuteczność psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) z leczeniem przez doświadczonych psychoterapeutów środowiskowych na próbie 104 pacjentów z BPD (Doering i in., 2010). Ramy czasowe w STIPO zwykle odnoszą się do ostatnich pięciu lat, lecz mogą zostać skrócone w celu zarejestrowania zmian. W celu oceny zmian, które zaszły w ciągu jednego roku leczenia badacze wybrali ostatni miesiąc jako ramy czasowe dla przeprowadzenia drugiego wywiadu STIPO w tym badaniu. Korzystając z tej miary, stwierdzono istotne zmiany w poziomie organizacji osobowości po roku psychoterapii. W tej analizie ogólny poziom struktury osobowości służył jako zmienna wynikowa, wykorzystująca poziomy organizacji osobowości STIPO na 6-punktowej skali kategoryjnej, od Zdrowego poziomu (1) do Borderline 3 (6). W obu leczonych grupach średnia dla poziomu patologii organizacji osobowości zmniejszyła się po roku terapii. Dotyczyło to zarówno pacjentów z grupy TFP (pre: $M = 5.00$, $SD = 0.56$; post: $M = 4.46$, $SD = 0.67$; $d = 1.0$, $p < .001$), jak i pacjentów w grupie psychoterapeutów środowiskowych (pre: $M = 4.77$, $SD = 0.58$; post: $M = 4.62$, $SD = 0.53$; $d = 0.3$, $p = .004$), ze znaczącą przewagą dla grupy TFP ($F = 12.136$; $df = 1,101$; $p = .001$) (Doering i in., 2010). Obecnie trwa bardziej szczegółowa analiza zmian w poszczególnych domenach STIPO.

Zastosowanie kliniczne STIPO:

Wykorzystanie STIPO do planowania leczenia i zmiany

Słabością sekcji I DSM-5 jest to, że zaburzenia osobowości są diagnozowane – tak jak poprzednio, kategoryjnie, i bez uwzględnienia ciężkości zaburzenia – słaby punkt, który został uwzględniony w sekcji III DSM-5 z Alternatywnym Modelem Zaburzeń Osobowości. *Sekcja I DSM-5 jest zatem mniej odpowiednia do planowania zróżnicowanego planowania leczenia.* Ta słabość w kwestii diagnoz z DSM jest również widoczna w zdecydowanej większości badań nad psychoterapią, w których nasilenie zaburzenia lub dysfunkcji osobowości nie jest brane pod uwagę. Możliwość wykorzystania pięciu domen STIPO-R do zdefiniowania prototypów dla neurotycznych i trzech różnych granicznych poziomów funkcjonowania osobowości, tj. zaoferowania miary nasilenia

oprócz diagnozy kategoryjnej, może pomóc w uzupełnieniu diagnozy DSM-5, ponieważ można przeanalizować wpływ nasilenia klinicznego objawów na diagnozę, proces leczenia i jego wyniki.

DSM-5, PDM-2 i STIPO-R

Opis zaburzeń osobowości w DSM-5 opiera się na listach objawów, cech i problematycznych zachowań. Lista ta jest ściśle powiązana ze zgłaszanymi i obserwowalnymi zachowaniami w celu zapewnienia rzetelności diagnozy. Ten zorientowany na objawy opis i diagnoza zaburzeń osobowości nie opiera się na teorii osobowości lub sprecyzowanej teorii zaburzeń osobowości. Natomiast, STIPO i STIPO-R w swojej konceptualizacji i profilach wymiarowych są oparte na teorii. Zaletą oceny opartej na teorii jest to, że teoria zapewnia przewodnik dla efektywnego wykorzystania czasu diagnozy, ponieważ teoria leżąca u ich podstaw umożliwia szybszą orientację i skupienie się na obszarach istotnych diagnostycznie. Zgodnie z aktualnymi teoriami osobowości, decydujące znaczenie mają obszary poznawczo-afektywne, zachowanie, indywidualne wzorce relacji danej osoby i preferencje dotyczące określonych środowisk społecznych. Oparta na teorii diagnoza centralnych obszarów funkcjonalnych osobowości umożliwia późniejsze specyficzne leczenie dysfunkcji.

Wyniki badania STIPO-R można porównać z wynikami innych częściowo strukturyzowanych wywiadów dotyczących patologii osobowości, takich jak SCID-II. Wynikiem SCID-II jest diagnoza jednego lub więcej z dziesięciu zaburzeń osobowości opisanych przez DSM, które jest ateoretyczne, a opisane kategorie nie sprawdzają się w badaniach empirycznych. W przeciwieństwie do tego, wywiad STIPO-R zapewnia wymiarowe oceny domen funkcjonowania osobowości. Wyniki w tych domenach dostarczają profilu funkcjonowania pacjentów, który obejmuje obszary od adekwatnego do nieadekwatnego funkcjonowania. Oceny można porównać do prototypowych opisów pacjentów na neurotycznym, wysokim lub niskim poziomie organizacji osobowości borderline (Hörz, 2007). Takie podejście do diagnostyki osobowości jest zakorzenione w teorii relacji z obiektem, a zatem jest zgodne z sekcją III DSM-5 z Alternatywnym Modelem Zaburzeń Osobowości (DSM-5 AMPD). STIPO-R jest rzetelnym narzędziem do uzyskiwania informacji o pacjencie, które można wykorzystać do oceny poziomu funkcjonowania osobowości w DSM-5, Sekcja III (Preti i in., 2018). Stwierdzono również dobrą zgodność z oceną poziomu funkcjonowania osobowości przeprowadzoną za pomocą SCID-5-AMPD-I (Kampe i in., 2018). Psychodynamiczny Podręcznik Diagnostyczny-2 (Psychodynamic Diagnostic Manual-2, PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017) stanowi próbę zharmonizowania diagnozy i planowania leczenia ze spójnym modelem funkcji/patologii osobowości i objawów zaburzeń. Orientacja na teorię relacji z obiektem jest wyraźnie określona w PDM-2, a STIPO jest włączone jako centralne narzędzie kliniczno-diagnostyczne.

Tłumaczenia STIPO i STIPO-R

STIPO (-R) został przetłumaczony na różne języki przez wiele międzynarodowych grup roboczych. Istnieją już wersje angielska (Stern i in. 2010), niemiecka (Doering i in., 2013) włoska (Preti i in., 2012), polska (Musiał i in. 2024). Badacze z Chin, Turcji, Węgier, Czech, Rosji, Argentyny, Brazylii pracują nad własnymi wersjami językowymi STIPO-R.

Ograniczenia w stosowaniu STIPO-R

2021 Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg
2024 Musiał, Kaczmarek-Fojtar, Soroko

Podobnie jak wszystkie wywiady, STIPO-R jest ograniczony zakresem zdolności osoby badanej do szczerości i do dostarczenia szczegółowych i precyzyjnych informacji na swój temat. Jednak w przeciwieństwie do kwestionariuszy samoopisowych, format wywiadu umożliwia badaczowi zadawanie pytań szczegółowych oraz potencjalne uwzględnienie dalszych informacji o osobie badanej od innych osób znaczących, takich jak rodzina i byli terapeuci.

Bibliografia.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Caligor, E., & Clarkin, J.F. (2010). An object relations model of personality and personality pathology. In: J.F. Clarkin, P. Fonagy, & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (3-36). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Caligor, E., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., & Yeomans, F.E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Clark, L.A. (1993). *Manual for the Schedule for Non-adaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Clarkin J.F., Caligor E., Stern B., & Kernberg O.F. (2004). *The Structured Interview for Personality Organization (STIPO)*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York.
- Clarkin, J.F. (2013). The search for critical dimensions of personality pathology to inform diagnostic assessment and treatment planning: A commentary on Hopwood et al. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 303-310.
- Clarkin J.F., Caligor E., Stern B., & Kernberg O.F. (2016). *The Structured Interview for Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York. Download from www.borderlinedisorders.com.
- Deutsch, F. (1949). *Applied psychoanalysis*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Di Pierro, R., Preti, E., Vurro, N., & Madeddu, F. (2014). Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: A comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1398-1404.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy versus treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395.
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Baumer, B., Lubking, M., Feldmann, M., Hörz, S., & Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 13, 2010-2223.
- Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N., Taubner, S., Tmej, A., Rentrop, M., Buchheim, P., Fonagy, P. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology* 27(4), 395-409.
- Fischer-Kern M., Kapusta N.D., Doering S., Hörz S., Mikutta C., Aigner M. (2011). The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology*, 44, 21-26.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Hörz, S., (2007). *A prototype of borderline personality organization - Assessed by the Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Hamburg, Germany: Kovac.
- Hörz, S., Stern, B., Caligor, E., Critchfield, K., Kernberg, O.F., Mertens, W., & Clarkin, J.F. (2009). A prototypical profile of borderline personality organization using the Structural

- Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(6), 1464-1468.
- Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N., Buchheim, P., Doering, S., (2010). Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline Persönlichkeitsstörung [Personality structure and clinical severity of borderline personality disorder]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56(2), 136-149. 20
- Hörz, S., Clarkin, J. F., Stern, B. L., & Caligor, E. (2012). The Structured Interview of Personality Organisation (STIPO): An instrument to assess severity and change of personality pathology. In R.A. Levy, J.S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research* (pp. 571-592). New York, NY: Humana.
- Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B., De Panfilis, C., & Clarkin, J.F. (2018). Clinician-guided assessment of personality using the Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of Personality Assessment*, 100(1), 30-42.
- Kernberg, O.F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169-195.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg OF, & Caligor E (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 114-156). New York, NY: Guilford Press.
- Leichsenring, F. (1997). Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) Manual [Borderline Personality Inventory]. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Lenzenweger, M.F., McClough, J.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (2012). Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: The Multidimensional Personality Questionnaire and Inventory of Personality Organization. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 902-918.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Loranger, A. W. (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- McKinnon, R., & Michels, R. (1971). *The psychiatric interview in clinical practice*. Philadelphia, PA: Saunders.
- McKinnon, R., Michels, R., & Buckley, P. (2006). *The psychiatric interview in clinical practice* (2nd ed.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Powdermaker, F. (1948). The techniques of the initial interview and methods of teaching them. *American Journal of Psychiatry*, 104(10), 642-646.
- Preti, E., Prunas, A., Sarno, I., & De Panfilis C. (2012). Proprietà psicometriche della STIPO [Psychometric properties of the STIPO]. In: F. Madeddu & E. Preti (Eds.), *La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di O.F. Kernberg. La versione italiana della Structured Interview of Personality Organization* (pp. 59-84). Milan, Italy: Raffaello Cortina.
- Preti, E., Rottoli, C., Dainese, S., Di Pierro, R., Rancati, F., & Madeddu, F. (2015a). Personality structure features associated with early dropout in patients with substance-related disorders and comorbid personality disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(4), 536-547.

- Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015b). The facets of identity: Personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 129-140.
- Preti, E., Di Pierro, R., Costantini, G., Benzi, I. M., De Panfilis, C., & Madeddu, F. (2018). Using the Structured Interview of Personality Organization for DSM–5 Level of Personality Functioning Rating performed by inexperienced Raters. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 621-629.
- Rentrop, M., Zilker, T., Birkhofer, A., Lederle, A., Hörz, S. (2014). Psychiatric comorbidity and personality structure in patients with polyvalent addiction. *Psychopathology*, 47(2), 133-140
- Shedler, J. & Westen, D., (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55. Shedler, J. (2015). Integrating clinical and empirical perspectives on personality: The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP). In: S.K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (225-252). Washington, DC: American Psychological Association.
- Soroko, E., Cierpiakowska, L., Mech, Ł. (2023). Self-report versus clinical ratings using the SWAP-200 in the assessment of personality disorders, Polish Psychological Bulletin, 54, 3, 178–191. 10.24425/ppb.2023
- Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, C., Hörz, S., Maccornack, V., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment* 2010; 92(1), 35-44.
- Sullivan, H. (1954). *The psychiatric interview*. New York, NY: Norton.
- Verheul, R. (2006). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. In: Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P.J., & Regier, D.A. (Eds.), *Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V* (203-218). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J.V., van der Kroft, P., Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2008). Severity indices of personality problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20(1), 23-34.
- Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2003). Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: Evaluation of an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 351-369.
- Whitehorn, J. (1944). Guide to interviewing and clinical personality study. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 52(3), 197-216.
- Yeomans, F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (2015). *Transference-Focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinician's guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

CZĘŚĆ II: INSTRUKCJA PRZEPROWADZENIA WYWIADU STIPO-R-PL

2.1 Ogólne informacje dotyczące zasad użytkowania narzędzia

2.1.1 Okresy „nie bycia sobą”

Jeśli na początku wywiadu osoba zgłasza, że nie była „normalnym sobą” przez znaczny czas w ciągu ostatnich pięciu lat, należy zapytać o charakter tego funkcjonowania. Celem badania jest ocena okresów typowego funkcjonowania „bycia normalnym sobą”. Może to oznaczać, że okres, o którym badany będzie opowiadał, będzie krótszy niż standardowe pięć lat. Zazwyczaj w badaniach walidacyjnych STIPO wyklucza się pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej typu I (tak też było przy badaniach nad polską wersją – Musiał i in., 2023). Doświadczenie z wywiadem w populacji klinicznej, który początkowo obejmował pacjentów z tymi diagnozami, pokazało, że ci pacjenci, nie byli w stanie oddzielić okresów normalnego funkcjonowania od epizodów choroby z wystarczającą precyzją ze względu na wpływ ich objawów. Wielu pacjentów, szczególnie z osobowością borderline, ale także z depresją i chorobą afektywną dwubiegunową typu II, odpowie na to pytanie twierdząco. Rodzi to pytanie: czy chodzi o to, że nie byli oni „normalnymi sobą” przez część tych pięciu lat, czy też ich „normalne ja” jest w rzeczywistości bardzo niestabilne, nieciągłe lub w inny sposób zaburzone i mamy do czynienia z trwałą niestabilnością funkcjonowania. Kluczową kwestią do wyjaśnienia w tym momencie jest odpowiedź na pytanie, ile czasu w ciągu ostatnich pięciu lat badany nie był „swoim normalnym ja” i jak jego funkcjonowanie różniło się od normalnego funkcjonowania w tym czasie. Jeśli osoba przeprowadzająca wywiad ma poczucie, że można zidentyfikować ograniczony czas, w którym osobowość badanego odbiegała od tego, co jest dla niego normalne, z powodu zakłóceń spowodowanych ostrymi objawami lub poważnym traumatycznym wydarzeniem, wówczas należy wykluczyć ten konkretny czas z pięcioletniego okresu. W przypadku braku wyraźnego, konkretnego okresu, w którym badany nie był „normalnym sobą” z powodu ostrych objawów choroby psychicznej lub poważnego traumatycznego wydarzenia, należy poprosić badanego o ocenę całych pięciu lat. Następną kwestią jest odpowiedź na pytanie, jak długa jest minimalna ilość czasu „normalnego” funkcjonowania, na podstawie którego można wiarygodnie ocenić wywiad. Na przykład, jeśli badany twierdzi, że był uzależniony od narkotyków przez dwa z pięciu lat, czy pozostałe trzy lata pozwolą na dokładne odzwierciedlenie „normalnego ja” lub osobowości badanego? W tym momencie powiedzielibyśmy, że tak. Ze względu na procedury standaryzacyjne i administracyjne narzędzia aktualnie zalecamy, aby badacz oceniał co najmniej *trzyletni okres* „normalnego” funkcjonowania; w przeciwnym razie zalecamy przerwanie wywiadu, ponieważ jest mało prawdopodobne, aby uzyskane dane odzwierciedlały prawdziwy obraz osobowości badanego i były wiarygodne do oceny wywiadu.

2.1.2 Instrukcje dotyczące pytań obowiązkowych, szczegółowych i opcjonalnych

a. Pytania obowiązkowe

Wszystkie obowiązkowe pytania STIPO-R-PL są **napisane pogrubioną czcionką**. Muszą one zostać zadane dosłownie podczas wywiadu.

b. Pytania szczegółowe

W wielu miejscach wywiad zawiera prośby o bardziej szczegółowe informacje. Są one podkreślone. Z reguły te pytania szczegółowe zawierają potoczne sformułowania; które

można zastąpić własnymi słowami w celu uzyskania dalszych wyjaśnień dotyczących omawianych treści.

c. Pytania dodatkowe (niepogrubione)

W przypadku prawie każdego pytania istnieją dodatkowe, niepogrubione sformułowania, które mogą być użyte przez badacza, jeśli wydaje się to pomocne w celu uzyskania dodatkowych niezbędnych informacji. Celem jest możliwość oceny odpowiedzi na pytanie a niepogrubione pytania są próbą wystandaryzowania języka używanego przez badaczy.

d. Pytania warunkowe Jeśli tak, ... Jeśli nie,

Niektóre pytania muszą zostać zadane, jeśli udzielono odpowiedzi twierdzącej lub przeczącej, najczęściej "Jeśli tak," . Wszystkie pytania "Jeśli tak" i "Jeśli nie" są pytaniami obowiązkowymi.

e. Uwagi (Uwaga:)

Prośzenie o zwrócenie uwagi ma na celu poinformowanie badacza o istocie pytania oraz zapewnienie pomocy i struktury przy pytaniu osób badanych o niejasne odpowiedzi. W niektórych przypadkach „uwagi” zawierają ogólne komentarze na temat rodzaju informacji, które badacz powinien uzyskać, a w innych przypadkach oferują konkretne instrukcje.

f. Ogólne, nieokreślone pytania

Jeśli istnieje zasadnicza niepewność co do oceny, należy zadać następujące pytania:

Czy przychodzi Panu(i) na myśl jakiś niedawny przykład?

Czy tego rodzaju zachowania zdarzają się Panu(i) częściej?

Czy takie zachowanie jest dla Pana(i) typowe i częste, czy raczej rzadkie?

2.1.3 Ocena arytmetyczna 0-2

0 = brak patologii; badana cecha/zachowanie nie występuje lub jest nieznacznie obecna, nie ma wpływu na funkcjonowanie badanego.

1 = badana cecha/zachowanie jest obecne, odzwierciedla pewną patologię, ale poniżej progu lub z niewielkim upośledzeniem funkcjonowania.

2 = badana cecha/zachowanie jest wyraźnie obecne, odzwierciedla znaczącą lub poważną patologię; upośledzenie funkcjonowania od znacznego do ciężkiego.

Ocena **2** jest w rzeczywistości szerszą kategorią niż 0 i 1, ponieważ obejmuje osoby, które posiadają ocenianą cechę/zachowanie i w rezultacie przejawiają pewne upośledzenie funkcjonowania, a także te osoby, których życie jest poważnie zagrożone przez tę cechę/zachowanie.

****O ile nie** jest to wyraźnie określone, nie oczekuje się, że badany spełni wszystkie kryteria wymienione w danej punktacji, aby uzyskać wynik na danym poziomie. Po prostu została przedstawiona lista cech/zachowań, które *mogą*, w różnych kombinacjach stanowić odpowiedź na tym poziomie. Oceniając którąkolwiek z tych cech/zachowań i próbując rozróżnić, na przykład, wynik **1** od **2**, osoba przeprowadzająca wywiad powinna wziąć pod uwagę *częstotliwość, intensywność lub ciężkość i rozpowszechnienie* konkretnej cechy/zachowania lub uczucia, które jest oceniane.

2.1.4 Radzenie sobie z pytaniami współzależnymi

Na przykład, jeśli dana osoba nie miała żadnych relacji seksualnych w ciągu ostatnich pięciu lat, jak należy ocenić pytanie: „W jaki sposób polega/polegał(a) Pan(i) na partnerze?” W takim przypadku należy przyznać **9**, co oznacza, że nie można odpowiedzieć na pytanie, ponieważ wymagania nie są spełnione (pytanie opuszczone). W

końcowej ocenie **9** przekodowuje się na **2**, dając osobie najniższy możliwy wynik. Ta zasada dotyczy następujących obszarów: pracy/studiów, przyjaźni i bliskich związków/seksualności.

2.1.5. Wątpliwości i trudności z dopasowaniem odpowiedzi do danej wartości punktowej.

Czasami odpowiedź pacjenta nie odpowiada na zadane pytanie lub nie pasuje do standardowych odpowiedzi zawartych w podanych wartościach punktowych. Wówczas badacz powinien kierować się bardziej kompleksowym klinicznym zrozumieniem badanej domeny, a ocena powinna być przeprowadzona z perspektywy ogólnej. W takich okolicznościach prowadzący wywiad powinien rozważyć następującą kwestię: co odpowiedź mówi całościowo o danej domenie zawartej w pytaniu? Na przykład w pytaniu nr 2, dotyczącym znaczenia pracy/studiów i ich związku z celami życiowymi - jeśli odpowiedź dokładnie nie odpowiada na pytanie lub jeśli nie jest jasne, po zadaniu każdego pytania szczegółowego i w razie potrzeby dodatkowego, w jaki sposób odpowiedź pasuje do danej oceny, badacz powinien pomyśleć: co ta odpowiedź mówi o zdolności osoby badanej do zaangażowania, jako części tożsamości tej osoby? Kolejny przykład, to jeśli badany wskazuje, że zmieniał pracę w niepełnym wymiarze godzin, nigdy nie pozostając w pracy dłużej niż kilka tygodni lub miesięcy, pytania 1-3 dostarczają mniej informacji niż ogólne stwierdzenie, że dana osoba po prostu nie jest zaangażowana w swoją pracę. W takim przypadku również należy przyznać po 2 punkty dla pytań 1-3, domyślnie odnieść się do całej domeny, ponieważ praca/nauka nie odgrywają szczególnej roli i zaangażowanie osoby w tym obszarze jest wyraźnie osłabione.

2.1.6 Oceny arytmetyczne (0-2) a oceny kliniczne (1-5)

STIPO-R przewiduje dwa rodzaje oceny: arytmetyczną i kliniczną, z których obie są ściśle powiązane z treścią poszczególnych pytań. Oceny kliniczne (1-5) powinny odzwierciedlać ogólne wrażenie kliniczne badającego oparte na wszystkich dostępnych informacjach: werbalnych i niewerbalnych, a także powinny uwzględniać poziom głębokości odpowiedzi. Ponadto użycie 5-stopniowej skali pozwala badaczowi na ważenie odpowiedzi. Na przykład poziom patologii wyrażony w ocenie arytmetycznej (0-2) na **2** w jednym przypadku może reprezentować znacznie poważniejszą patologię niż w innym przypadku także ocenionym na **2**. Ponadto badany może otrzymać **2** tylko w jednej subdomenie, ale badacz może uważać, że ta odpowiedź odzwierciedla bardzo istotną patologię. Ta patologia nie byłaby tak dobrze odzwierciedlona w czysto arytmetycznej ocenie, w której wszystkie elementy mają taką samą wagę przy obliczaniu wyniku. W przeciwieństwie do tego, badacz może przypisać jednemu elementowi większą wagę przy obliczaniu poziomu patologii odzwierciedlonego w skali klinicznej (1-5). Badacz nie powinien próbować pogodzić ocen arytmetycznych (0-2) i klinicznych (1-5). Ocena kliniczna na 5-punktowej skali powinna być dokonywana przede wszystkim na podstawie ogólnego wrażenia klinicznego w danej domenie.

2.2 Wytyczne dotyczące oceny poszczególnych pozycji w STIPO-R-PL

Uwagi ogólne:

- Aby uzyskać ocenę arytmetyczną 0-2 podczas wywiadu używamy wszystkich dostępnych, możliwych do zaobserwowania informacji (werbalnych i niewerbalnych). Nie należy dokonywać żadnych interpretacji, aby pomóc sobie w punktacji odpowiedzi, lecz badany powinien zostać skonfrontowany ze sprzecznościami, które pojawiają się podczas

wywiadu, nawet jeśli istnieją one między wypowiedziami werbalnymi a zachowaniami niewerbalnymi, przy czym te ostatnie z pewnością mogą być ważną informacją kliniczną.

- Nawet jeśli osoba przeprowadzająca wywiad uważa, że inna osoba badająca może nie widzieć tego w ten sam sposób, jej ocena powinna bazować na podstawie faktycznie uzyskanych informacji (werbalnych lub pozostałych). Nawet jeśli badacz uważa, że inny oceniający może to zobaczyć inaczej, to zadaniem jest ocenienie tego na podstawie rzeczywistych informacji, które zostały przedstawione (słownie lub w inny sposób).
- Zawsze należy powrócić do wcześniej zadanych pytań, jeśli nowe informacje są sprzeczne z poprzednio udzieloną odpowiedzią.

Omówienie przykładów:

Należy podkreślić, że pytania dotyczą dłuższego czasu, a nie tylko kilku dni.

- Kryterium wykluczenia to wyraźne odchylenie od normalnego funkcjonowania, z wyraźnym pogorszeniem typowego funkcjonowania (Jeśli tak, to jak długo w trakcie ostatnich 5 lat doświadczał(a) Pan(i) tych trudności i czuł(a), że nie jest sobą?)
- W odpowiedzi na „śmierć babci” lub inny bezpośredni stresor lub traumę, zapytaj o czas trwania tego okresu i czy było to wyraźne odchylenie od normalnego bycia sobą oraz jak szybko osoba badana powróciła do stanu wyjściowego.

Pytania 1-3: Zaangażowanie w pracę lub szkołę/studia. Główna rola:

- Jak określić **główną rolę**?

Jeśli badany pełni główną rolę zarówno jako student, jak i pracownik w okresie ostatnich 5 lat, z istotnymi rolami w obu obszarach, wówczas do oceny badacz powinien wybrać jedną lub drugą rolę na podstawie:

- Czasu trwania
 - Informacji od badanego dotyczącej tego, gdzie było jego większego zaangażowania czasu lub energii
 - Jeśli powyższe informacje nie będą wystarczające do podjęcia decyzji, wybierz dowolną opcję.
- Jeśli badany nie pracował ani nie uczęszczał do szkoły w badanym okresie, w którym można by przypuszczać, że praca lub szkoła powinna być główną rolą, należy przyznać badanemu we wszystkich sekcjach ocenę "9".

Przykład:

Student studiów magisterskich, który pracował dorywczo w niepełnym wymiarze godzin, np. 10 godzin tygodniowo w pracy tymczasowej, lub pracował w studenckim centrum rekreacji lub sklepie. Wtedy należy zbadać zaangażowanie w studia dla tej osoby, z uzasadnieniem, że studia są wyraźnie ważniejszą główną rolą w tym czasie.

Jeśli jednak badany był studentem studiów magisterskich w pełnym wymiarze godzin, a jednocześnie pracował jako asystent naukowy lub dydaktyczny w wymiarze 20 godzin tygodniowo, jest to również znacząca rola zawodowa w tym czasie, więc należałoby zapytać, którą rolę badany uważa za główną lub dokonać arbitralnego wyboru.

- W przypadku gdy badany pracuje **w niepełnym wymiarze godzin** (np. 10 godzin tygodniowo), a mimo to opisuje siebie jako "skutecznego i bardzo ambitnego":

- Ogólne wrażenie może być takie jakby zdolność zaangażowania była mniejsza niż badany mówi lub być może nie jest w stanie bardziej się zaangażować. Jest to element oceny w tej części pytań, stąd należy szczegółowo zbadać poszczególne elementy. Idealnie byłoby, gdyby szczegółowe badanie ujawniło, czy tak jest w rzeczywistości, co skutkowałoby oceną 1 a bardziej prawdopodobnie oceną 2.
 - Zapytaj, dlaczego badany nie pracuje więcej. Zadać osobie badanej pytanie, czy gdyby Pan(i) pracował(a) więcej, mógłby (aby) Pan(i) być równie skuteczny (a)? (np. "za dużo stresu", "potrzebuję czasu" itp.), czy też są po prostu "jest bardzo ambitną osobą", ale tylko w wymiarze 10 godzin tygodniowo, czego w rzeczywistości nie można uznać za ambitne.
 - Tego typu opisane sytuacje skutkują niższym wynikiem w 5-punktowej ocenie klinicznej.
- Jeśli badany wykonuje **pracę w domu na rzecz rodziny**, można zadać te same pytania. Zapytaj o skuteczność w pracy, ambicje, (czy jest to wybór, czy są cele) i czy odczuwa satysfakcję (normalna w tym względzie byłaby odpowiedź: Są chwile, kiedy kocham swoje obowiązki, w innych momentach uważam, że jest strasznie nudne i frustrujące– wówczas wynik: "0" byłby tutaj wynikiem adekwatnym).
- **"Okoliczności usprawiedliwiające"**: Ważne jest, aby zapytać o powody nieposiadania pracy. Mogą istnieć zrozumiałe okoliczności zewnętrzne, które uniemożliwiły pracę przez ostatnie 5 lat, np. poważny kryzys gospodarczy, urazy, które uniemożliwiły pracę w tym czasie. W takich przypadkach ocena nie powinna być zbyt surowa. W takich okolicznościach zdolność do zaangażowania w pracę należy ocenić tylko w tym okresie w ciągu ostatnich 5 lat, w którym badany pracował, jeśli czas ten był wystarczająco istotny, aby ocenić skuteczność, cele/ambicje i satysfakcję.

Okoliczności usprawiedliwiające. Ważne jest, aby zapytać badanych, którzy obecnie nie pracują o powody takiej sytuacji. Dla niektórych mogą istnieć uzasadnione, usprawiedliwiające okoliczności, które uniemożliwiły im pracę przez okres 5 lat, na przykład poważne spowolnienie gospodarcze lub uraz, który wykluczył ich z miejsca pracy. W takich przypadkach dana osoba niekoniecznie powinna być karana za czas *niepracowania* w okresie 5 lat. Jeśli najlepszą oceną jest to, że nieobecność w pracy jest niezamierzona, w takich okolicznościach zdolność do zaangażowania byłaby najlepiej oceniana przy użyciu tylko czasu w ciągu 5 lat, w których uczestnik *pracował*, zakładając, że istnieje rozsądna przynajmniej roczna próbka, na podstawie której można ocenić efektywną, stałą i satysfakcjonującą pracę.

Pytanie 1a/1s – Skuteczność

- Jeśli badany otrzymał dobre zewnętrzne oceny własnej skuteczności w pracy i nadal czuje, że pracuje poniżej swojego osobistego potencjału, należy odróżnić jego niską samoocenę i samokrytykę od rzeczywistej, obiektywnej kwestii skuteczności. Ocena "0" powinna zostać przyznana, jeśli wszystkie inne miary jego skuteczności potwierdzają się, z wyjątkiem krytycznej samooceny.

Pytanie 2a/2s Cele/Ambicje

- Stwierdzenia takie jak: Chcę, zapewnić moim dzieciom studia lub Chcę, tylko zarabiać pieniądze, aby utrzymać rodzinę, są oceniane na "0", ponieważ nadal odzwierciedlają zdolność do zaangażowania się w coś dla osiągnięcia celu, co rzeczywiście odzwierciedla ambicję. Zmiany pracy w tym samym obszarze (np. z wykładowcy finansów na konsultanta finansowego) można ocenić jako "0" lub "1".

Pytanie 4 – Rekreacja, Trwałe zainteresowania

- Nie chodzi tu tylko o posiadanie aktywności w czasie wolnym, ale także o chęć dalszego rozwijania się w niej, uczenia się czegoś nowego, angażowania się nawet wtedy, gdy się tego w danym momencie nie wykonuje. Na przykład angażowanie się w zdrowe odżywianie i gotowanie – aby uzyskać ocenę „0” należałoby zapytać o czytanie blogów, czasopism, oglądanie programów kulinarnych itp.

Robienie czegoś przez długi czas, może nie wystarczyć, aby było to prawdziwe, głębokie rekreacyjne zaangażowanie. Bez tego głębszego zainteresowania najbardziej prawdopodobna ocena to „1”

- **Joga, pilates, siłownia, czytanie, oglądanie filmów:** Nie są automatycznie oceniane na „0”, nawet jeśli są wykonywane regularnie. Jeśli na przykład joga, pilates, siłownia, bieganie mają na celu tylko utrzymanie formy, to nie jest to zaangażowanie rekreacyjne, która kwalifikuje się do 0. Jeśli dana osoba twierdzi, że interesuje się siłownią, czyta o fitnessie, regularnie podejmuje wysiłki, aby uczyć się o fitnessie i zdrowym stylu życia, tj. że jest to w pewnym sensie coś więcej niż tylko ćwiczenie dla własnego zdrowia, ale szersze zainteresowanie, to jest to bardziej zbliżone do zainteresowania fitnesssem / zdrowiem, tj. kwalifikuje się na wynik „0”. Jeśli badany czyta lub ogląda filmy dla przyjemności, ponieważ „lubi filmy”, to jest to coś, co robi, a nie coś, w co koniecznie jest zaangażowany; to również *nie* jest zaangażowanie rekreacyjne. Jeśli jednak czyta o literaturze, podąża za konkretnymi pisarzami, należy do grup czytelniczych, tj. coś więcej niż „po prostu lubię czytać”, wtedy ocena przesuwana jest w kierunku 0. Jeśli po prostu jest zapalonym czytelnikiem, otrzymałby ocenę „1”.

- **Anonimowi Alkoholicy (AA):** Ludzie czasami mówią o swoim zaangażowaniu w Anonimowych Alkoholików. Można to postrzegać albo jako leczenie, które nie jest zainteresowaniem rekreacyjnym, albo, jako poważniejsze zaangażowanie rekreacyjne w zależności od poziomu zaangażowania. Ocena "0" oznaczałaby więcej niż regularne uczestnictwo w spotkaniach, np. przyjmowanie pozycji lidera lub stałe wspieranie innych członków grupy.

- Jeśli nie można zidentyfikować żadnych trwałych zainteresowań można zapytać w następujący sposób:

Proszę mi opowiedzieć o swoim czasie wolnym; czy cieszysz się Pan(i) nim i uważa go za satysfakcjonujący? Czy w sytuacji, gdy jest go dużo, to Pan(i) nie wie, co robić, czuje się Pan(i) niezadowolony(a) lub nie sprawia on przyjemności?

Jeśli badany cieszy się czasem wolnym, jest aktywny towarzysko lub rekreacyjnie, ale, bez trwałego zainteresowania zgodnie z powyższą definicją i nie występuje znaczne znudzenie lub niepokój, to można również to pytanie ocenić na „0”. Jeśli dana osoba nie ma jasno określonych zajęć, ale czuje się w pewnym stopniu zaangażowana i doświadcza pewnej przyjemności w czasie wolnym/rekreacyjnym, należy **ocenić** to jako „1”. Jeśli dana

osoba ma dużo nieustrukturyzowanego czasu wolnego/rekreacyjnego, z którego czerpie niewielką satysfakcję lub nie czerpie jej wcale, **przyznaj** ocenę „2”.

Pytania 5/6 – Poczucie ja – Spójność, ciągłość/Ambiwalencja;

Pytania 12/13 - Reprezentacja innych – Powierzchnowy opis a głębia, Ambiwalencja:

- Pytanie otwarte dotyczące samoopisu; pytania 5/6 i 12/13 są oceniane za trzy cechy odzwierciedlające reprezentacje, które zawierają:
 - Powierzchnowość vs. Głębia/Zniuansowanie
Opisy składające się wyłącznie z superlatywów, np. "najbardziej niesamowity" lub "cudowny", wskazują na pewne zniekształcenia obronne lub idealizację. Należy poprosić o szersze rozwinięcie (np. przykłady), ale jeśli nie zostanie uzyskana większa głębia opisu, ocena wynosi "2".
 - Realistyczny/ Zintegrowany vs. Zniekształcony/ Spolaryzowany (wyidealizowany/zdewaluowany)
Czy dana osoba potrafi przedstawić swoje cechy zarówno pozytywne, jak i negatywne w sposób niebędący przerysowanym. Niekoniecznie wymagany jest najbardziej dogłębny i zniuansowany opis każdej z nich. Chodzi tutaj o zdolność do refleksji i opisywania zarówno pozytywnych i negatywnych cech, w sposób który jest nieco realistyczny i rozbudowany. Samo to wystarcza do przyznania "0" w pytaniach 6 i 13. Opisy o mniejszej głębi dają wynik "1". Opisy zawierające wyłącznie pozytywną lub negatywną prezentację dają wynik „2”
 - Nie należy odbiegać od kolejności pytań. Najpierw zapytaj: Proszę mi opowiedzieć, jaką Pan(i) jest osobą? Chciałbym..., poczekaj na pełną odpowiedź dopiero wtedy należy zadać bardziej szczegółowe pytanie: Czy jest jeszcze coś, co mógłby/mogłaby mi Pan(i) powiedzieć o tym, co jest dla Pana(-i) najbardziej charakterystyczne, co stanowi sedno Pana(-i) osoby?
- Następnym krokiem jest zbadanie głębi i rozwinięciu opisu. Jeśli osoba badana wymieniła tylko listę przymiotników, można zadać bardziej szczegółowe pytanie: Użył(a) Pan(i) do opisanie siebie kilku przymiotników...
Podobnie, jeśli jedna lub dwie cechy zostały opisane raczej powierzchownie (zapytaj o jeden lub więcej przymiotników). W obu przypadkach należy sprawdzić, czy badany może „nieco uzupełnić opis, być może ożywiając go przykładem lub historią ilustrującą tę cechę.
- Przykład lub historia może być użyta do jednej pozytywnej i jednej negatywnej cechy
- Ocena dla pytań 5/6 i 12/13 jest przyznawana dopiero po zadaniu wszystkich pytań w danej części.
- Należy uważać na fałszywie „negatywne” cechy, np. „Jestem zbyt skromny”, „Jestem bardzo samokrytyczny”, które mogą być ukrytym wyrazem wielkościowości lub podkreśleniem zalet bez możliwości krytycznego spojrzenia na siebie.
- Decydując między **oceną** „0” a „1”, opieramy się na łatwości, z jaką badany może przytoczyć przykład, wówczas ocena przechyla się w kierunku „0”, podczas gdy ubóstwo w narracji lub trudność w przytoczeniu przykładu przechyla ocenę na „1”.

Pytanie 7 – Spójne poczucie ja w teraźniejszości:

2021 Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg
2024 Musiał, Kaczmarek-Fojtar, Soroko

- Jeśli badany podczas wywiadu zachowuje się dziwnie, lub zachowania są sprzeczne z wypowiedziami werbalnymi, należy o to zapytać lub uwzględnić w ocenie
- Przyjmowanie różnych ról przez badanego w zależności od sytuacji np., konieczność bycia agresywnym w środowisku biznesowym, w przeciwieństwie do bycia wrażliwym w bliskich relacjach ale nie zgłasza, że czuje się jak inna osoba w obu tych sytuacjach. Niższa ocena pojawia się, gdy osoba rzeczywiście zaczyna czuć się jak inna osoba lub próbuje przyjąć „inną osobowość” w danej sytuacji, tak że poczucie siebie i tego, kim faktycznie jest, jest inne w tych sytuacjach.
- Badani czasem opisują siebie jako „przewidywalnie nieprzewidywalnych”. Jest to typowe dla oceny „2” - ponieważ jest to niemalże definicja tego, czego szukamy w tym punkcie. Stwierdzenie takie jak: Nie, nie jestem postrzegany jako osoba nieprzewidywalna, ale niektórzy ludzie postrzegają mnie jako nieprzewidywalnego, ponieważ uważają moje zachowanie za nieobliczalne - w zależności od stopnia w jakim ta nieobliczalność jest poważna lub wszechobecna przypisuje się tutaj ocenę "1" lub "2".
- To normalne, że ludzie różnie zachowują się i prezentują np. w życiu zawodowym i prywatnym. To jednak poczucie bycia inną osobą w tych środowiskach i/lub prezentowanie się w różny sposób w każdym z nich sugeruje dyfuzję tożsamości i uzasadniają ocenę „2”

Pytanie 8 – Gusta/Opinie:

- Otwartość a podatność na wpływy. Czy opinie innych są przyjmowane bezkrytycznie, bez rozwijania prawdziwie osobistego poglądu lub preferencji? Kluczem do decyzji o przyznaniu punktacji jest ocena czy zewnętrzna orientacja jest konieczna, ponieważ wewnętrzny świat badanego nie jest w stanie zapewnić żadnych wskazówek. Jeśli opinie są nieukształtowane, niekoniecznie oznacza to ocenę „2”, należy ją przyznać, jeśli własne opinie są konsekwentnie przyjmowane z zewnątrz - być może po to by zorientować co czuje w środku, lub w celu ukrycia poczucia braku. Ponownie, jest całkowicie w porządku, jeśli dana osoba mówi, że nie ma silnych opinii - osoba prowadząca wywiad powinna wtedy ustalić, jak się z tym badany czuje i czy przyjmuje za własne opinie innych, aby ukryć swój brak opinii lub gustów.

Pytanie 9 – Narcystyczny pokarm:

- Jeśli u badanego pojawia się uczucie pustki i przygnębienia, gdy nie otrzymuje uwagi czy podziwu, należy zbadać jak trwałe i stresujące są te uczucia, pytając: Kiedy czuje się Pan(i) w ten sposób, to jak długo może to trwać i jak bardzo jest to nieprzyjemne uczucie?

Pytanie 10 - Poczucie ja w bliskich relacjach:

- Elastyczność i pewien stopień dostosowania się do partnera mogą być adaptacyjne i są oceniane jako "0". Regularne jednostronne podporządkowywanie się partnerowi w celu uniknięcia konfliktu, nawet jeśli jest określane jako „bycie elastycznym”, przesuwa wynik do oceny „1” lub „2” w zależności od nasilenia i wszechobecności zachowania. Regularne podporządkowywanie się preferencjom/

potrzebom partnera **daje** wynik „1”, prawie wyłącznie podporządkowanie się preferencjom/potrzebom partnera **daje** wynik „2”.

Pytanie 11 – Samoocena:

- Chodzi o stopień fluktuacji, poczucie stabilności w poczuciu własnej wartości (nie walencji, ale stabilności).

Pytanie 15 – Reprezentacja innych, Uczucia innych dotyczące badanego(-ej):

- Oceniamy w jakim stopniu badanemu trudno jest ocenić jaki obraz jego samego mają inni ludzie, jak jest on doświadczany przez innych. Należy odróżnić to od samokrytyki projektowanej na drugą osobę.

Pytania 16-18 – Przyjaźń:

- Jeśli osoba badana nie ma żadnych przyjaźni lub jeśli istniejące przyjaźnie są ocenione na "2", pytania 17 i 18 również powinny być ocenione na "2".

Pytanie 16 - Przyjaźń, Obecność:

- Ponieważ pozycja ta jest miarą więzi społecznych w porównaniu z izolacją, warto dodatkowo zapytać badanego czy czuje się społecznie odizolowany czy przywiązany. Przy podejmowaniu decyzji między "1" a "2" należy wziąć pod uwagę odczucia badanego dotyczące poczucia więzi społecznych w porównaniu z poczuciem izolacji społecznej.

Pytanie 17 - Przyjaźń, Bliskość:

- Tutaj należy zapytać o dwie najbliższe osoby (przyjaciół).

Pytanie 18 - Przyjaźń, Stałość w czasie:

- Jeśli trudno jest odróżnić oceny "1" od "2", możesz zapytać: Dlaczego Pana(i) krąg znajomych zmieniał się tak bardzo w czasie?

Pytania 20 i 21 – Bliskie związki i seksualność

- Jeśli badany w ciągu ostatnich pięciu lat nie miał żadnych znaczących związków romantyczny (pytanie 20), pominij pytanie 21 (ocena "9"). Podobnie, jeśli w pytaniu 20 uzyskano **wynik „2”**, co oznacza, że związek romantyczny był bardzo krótki lub nieudany, wówczas w pytaniu 21 również uzyskamy wynik „2”.
- Seksualny nie ogranicza się jedynie do stosunku płciowego.
- Aby umożliwić standaryzację między badaczami proponujemy uznanie związku trwającego 8 miesięcy lub dłużej jako znaczącego związku pod względem czasu trwania.

Pytanie 22 – Bliskie związki i seksualność:

- Poprzez satysfakcję rozumiana jest pewna kombinacja częstotliwości, przyjemności i poczucia więzi z partnerem.
- Uwaga teoretyczna:
Zdrowy - aktywność seksualna i zdolność do odczuwania przyjemności;
Neurotyczny - rzadsza aktywność seksualna, zahamowanie zdolności do odczuwania przyjemności, trudności w łączeniu miłości i seksualności;
Borderline - polimorficznie perwersyjny, seksualność w służbie agresji.
Celem jest próba odnalezienia równowagi pomiędzy kilkoma kwestiami:

- Czy dana osoba uprawia seks?
- Czy seks odbywa się w kontekście trwającego związku?
- Czy badany jest usatysfakcjonowany i potrafi czerpać przyjemność z doznań seksualnych?

Jeśli którykolwiek z tych aspektów jest poważnie zaburzony, odpowiedź powinna się skłaniać ku ocenie "2".

Pytanie 23 – Bliskie związki i seksualność, Zahamowanie seksualne:

- Należy zadać pytanie: Czy postrzega Pan(i) siebie jako osobę zahamowaną seksualnie?
- Jeśli w ciągu ostatnich pięciu lat nie zgłoszono żadnej aktywności seksualnej (pytanie 22), pominąć pytanie 23.

Pytanie 26 – Wewnętrzne zaangażowanie w innych, Nuda:

- Chodzi tutaj o zdolność badanego do podtrzymywania relacji w czasie. Utrata zainteresowania odnosi się do wzorców idealizacji/dewaluacji, w przeciwieństwie do oddalania się lub uświadomienia sobie z czasem, że związek nie był satysfakcjonujący.
- Podobnie jest z poczuciem u badanego, że partner z czasem stał się odpychający. Chociaż nie jest to związane z nudą, jako taką, to nadal może odzwierciedlać trudność ze zdolnością do wewnętrznego zaangażowania w drugą osobę, a zatem może być ocenione jak „2”

Pytanie 29 - Wewnętrzne zaangażowanie w innych, Interesowne spojrzenie na relacje:

- W pytaniu tym badamy, czy istnieje konsekwentna eksploatacyjna postawa wobec związków, polegająca na uzyskiwaniu jak najwięcej z relacji dla siebie, tj. postaw wyzyskiwacza albo przyjmowanie postawy dawania tj. otrzymywanie mniej z relacji w masochistyczny sposób
- Jeśli badany zawsze stara się uzyskać więcej ze związku lub podporządkować się dawaniu więcej partnerowi, zaleca się przyznanie oceny "2".

Pytanie 31 – Niedojrzałe mechanizmy obronne, Paranoja:

- Rozróżnienia między "1" i "2" można dokonać na podstawie uczucia wstydu, które pojawia się, gdy badany nie chce ujawniać pewnych aspektów swojego doświadczenia lub osobowości (ocena "1"). Kontrastuje to z nieufną postawą wobec podejrzenia o manipulację, która występuje u pacjentów narcystycznych lub borderline (ocena „2”).
- Dla wyjaśnienia można zapytać: Nie chodzi (tylko) o bliskie relacje, ale bardziej o ogólne podejście do ludzi; czy opisałby(aby) Pan(i) siebie jako bardziej otwartego(a) czy zamkniętego (a)?

Pytanie 33 - Niedojrzałe mechanizmy obronne, Myślenie czarno-białe:

- Możliwe dodatkowe pytanie: Czy jest Pan(i) osobą, która z łatwością dostrzega obie strony danej sytuacji i jej niuanse?

Pytanie 35 - Niedojrzałe mechanizmy obronne, Idealizacja/Dewaluacja II:

- Możliwe pytanie dodatkowe: Niektórzy ludzie mają tendencję do bycia drażliwymi lub nadwrażliwymi lub reaktywnymi, a inni mają tendencję do bycia bardziej wyluzowanymi; jak Pan(i) opisałby(aby) siebie?"

Pytanie 37 - Dojrzałe mechanizmy obronne – Przewidywanie/Planowanie:

- Jeśli badany nie wykazuje żadnej aktywności w zakresie planowania, można zadać następujące pytanie: Czy Pana(i) życie jest ogólnie dobrze zorganizowane i efektywne, czy też czasami gubi Pan(i) rzeczy lub często spóźnia się lub nie dotrzymuje terminów itp.
- Badany, który nie planuje z wyprzedzeniem, ale mimo to dobrze radzi sobie w życiu, otrzymuje ocenę "0".
- Niektórzy badani nie mają w swoim życiu żadnych istotnych obowiązków ani zobowiązań, tj. nie mają wiele do zorganizowania i zaplanowania (brak pracy, brak edukacji, brak odpowiedzialności związanej z opieką nad dziećmi itp.) Dlatego twierdzą, że nie planują z wyprzedzeniem, ale w rezultacie nie doświadczają stresu z tego powodu. Niemniej jednak w tym przypadku należy przyznać ocenę "2", ze względu na założenie, że życie pozbawione stresu i zobowiązań odzwierciedla znaczną sztywność i słabe mechanizmy radzenia sobie.

Pytanie 38 - Dojrzałe mechanizmy obronne, Tłumienie:

- Możliwe pytanie dodatkowe: Niektórzy mówią o odkładaniu rzeczy na bok na jakiś czas, kiedy jest mocno stresująco po to by zająć się innymi ważnymi rzeczami: czy potrafi Pan(i) to zrobić?

Pytanie 40 - Dojrzałe mechanizmy obronne, Perfekcjonizm:

- Jeśli dana osoba nie jest sumienna i w jej życiu nie występują okoliczności, w których taka postawa mogłaby być racjonalnie zastosowana, należy przyznać ocenę "2".

Pytanie 41 - Agresja skierowana na siebie, Zaniedbywanie siebie:

- Stwierdzenia takie jak: Nie śpię wystarczająco dużo lub nie jem tak dobrze, jak powinienem są oceniane jako "0".

Pytanie 44 - Agresja skierowana na siebie, Skłonności samobójcze:

- Jeśli dana osoba stwierdzi, że nie podejmowała żadnych prób samobójczych w ciągu ostatniego roku, można zadać następujące pytanie: Czy zdarzało się Panu(i) myśleć o samobójstwie?
- Znaczące zaabsorbowanie samobójstwem jest oceniane jako "1", jeśli jednak jest ono poważne lub bardzo silne, zalecana jest ocena "2".

Pytanie 46 - Agresja skierowana na innych, Zawieść:

- Można zapytać, czy badany czuje niechęć do innych, którzy odnieśli sukces lub coś osiągnęli.

Pytanie 50 – Wartości moralne, Moralne postępowanie:

- Osoba przeprowadzająca wywiad próbuje ocenić u badanego obecność zinternalizowanego, ale elastycznego wewnętrznego kodeksu moralnego. Przykład: religijny badany, który twierdzi, że uprawianie seksu przedmałżeńskiego jest złe, ale

angażuje się w pewną aktywność seksualną, nadal uzyskałby **wynik „0”**, jeśli istnieje wewnętrzna konfrontacja z kodeksem moralnym.

Pytanie 51 - Wartości moralne, Zinternalizowane wartości moralne:

- Osoby, które kierują się religijnymi kodeksami moralnego postępowania, nadal otrzymują "1", jeśli ich zachowaniem kieruje bardziej strach przed karą niż silne wewnętrzne przekonanie o dobru i złu.

Pytanie 52 - Wartości moralne, Wina:

- Poczucie winy oznacza: „Zrobiłem coś złego lub skrzywdziłem kogoś i czuję się źle, ponieważ to zrobiłem” - nacisk kładziony jest tutaj na współczucie i troskę o drugą osobę. W przeciwieństwie do: „Czuję się winny” - z silnym skupieniem na tym, jak bardzo źle coś zrobiłem lub jak bardzo się mylę, z tendencją do samokarania lub wycofania się, co jest dynamiką paranoi/wstydu. Celem pytania jest ocena czy badany ma zdolność do odczuwania poczucia winy rozumianej jako wejście w pozycję depresyjną (w rozumieniu Melanie Klein) - skrzywdziłem innych, żałuję i martwię się wyrządzoną im szkodą. Powinna nastąpić refleksja/wysiłek, aby w przyszłości postępować inaczej lub naprawić szkody.
- Dla oceny "1" wymagany jest wyraźny przykład, który pokazuje współczucie dla poszkodowanej strony.
- Przykładem może być mniejsze poczucie winy niż samokrytyka, np. „Nie chodzę na siłownię”, „Powinnam być lepszą matką, kiedy moje dzieci były małe”. Nie daje to **wyniku „0”**, ale „1”.
- Jeśli badany powie: Inni powiedzieli mi, że powinienem czuć się winny, ponieważ zrobiłem..., wtedy należy zadać dalsze pytanie: Cóż, jak w takim razie Pan(i) się z tym czuje?
- Jeśli badany w ogóle nie poda przykładu, przyznajemy mu **ocenę "9"**.