

A személyiség szerveződés strukturált interjúja – átdolgozott változat (STIPO-R) felhasználói kézikönyve

John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern, Otto F. Kernberg

2021. július

Fordította: Kiss Tibor Cece

Tartalom

1. rész: Bevezetés és a STIPO-R áttekintése.....	3
A STIPO és a STIPO-R története és háttere	3
A személyiségpatológia tárgykapcsolati megközelítése	3
Az identitás alapfogalma.....	3
A STIPO eredete: „A strukturális interjú”	5
Egy félig strukturált interjú szükségessége	6
A STIPO és a STIPO-R részterületei (domének).....	6
A STIPO összehasonlítása hasonló mérőeszközökkel.....	7
Áttérés a STIPO-ról a STIPO-R-re	7
A STIPO-R interjú felépítése és jellemzői.....	8
Tartalom.....	8
Formátum	8
Pontozási rendszer.....	8
Megfelelő vizsgálati személyek	11
Az interjúvezető (vizsgáló) képesítése és képzése.....	11
A STIPO megbízhatósága (reliabilitása) és érvényessége (validitása).....	11
A STIPO klinikai alkalmazása: A személyiségpatológia súlyosságának mérése	12
A STIPO klinikai alkalmazása: a STIPO használata a változás mérésére	13
A STIPO alkalmazása a kezelés tervezésében és a változás elősegítésében	13
A DSM-5, a PDM-2 és a STIPO-R.....	14
A STIPO és a STIPO-R fordításai	14
A STIPO-R limitációi, korlátai	15
Irodalom.....	15
2. rész: A STIPO-R interjú útmutatója.....	18
2.1. Az interjú felvételével kapcsolatos általános kérdések	18
2.1.1. A „nem vagyok teljesen önmagam” időszakok	18
2.1.2. Útmutató a kötelező kérdésekhez, utánkövető, mélyítő kérdésekhez és opcionális kérdésekhez.....	18
2.1.3. A 0–2-es pontozási segédlet (horgonypontok).....	19
2.1.4. Az egymásra épülő kérdések kezelése	19
2.1.5. Klinikai mérlegelést igénylő döntések és a pontozási segédlethez nehezen illeszthető válaszok.....	20
2.1.6. A 0–2-es skálák szemben az 1–5-ös átfogó értékelésekkel	20
2.2. Egyes STIPO-R itemekre vonatkozó útmutató	21
1-3. kérdések: Energiabefektetés a munka/tanulmányok terén (azaz az elsődleges szerepek)..	21
1. kérdés: Hatékonyság	22
2. kérdés: Ambíciók / Célok	22
4. kérdés: Rekreáció	22

5., 6., ill. 12., 13. kérdések: 5/6. Szelfélmény, koherencia és kontinuitás – Felszínesség vs. mélység / Ambivalencia; 12/13 Tárgyreprezentáció – Felszínesség vs. mélység / Ambivalencia	23
7. kérdés: Konzisztens szelfélmény a jelenben	24
8. kérdés: Preferenciák / vélemények	25
9. kérdés: Nárcisztikus töltekezés	25
10. kérdés: Szelfélmény az intim kapcsolatokban	25
11. kérdés: Önbecsülés.....	25
15. kérdés: Tárgyak (mások) szelfre vonatkozó érzései	26
16-18. kérdés: Barátságok.....	26
16. kérdés: Barátságok megléte	26
17. kérdés: Közelség a barátságokban	26
18. kérdés: Barátságok idői stabilitása	26
20. és 21. kérdés: Intim kapcsolatok	26
22. kérdés: Szexuális aktivitás	26
23. kérdés: Szexuális gátlás, szégyenlősség.....	27
26. kérdés: Unalom	27
29. kérdés: Kapcsolatok nyereség alapú szemlélete	27
31. kérdés: Paranoia	27
33. kérdés: Fekete-fehér gondolkodás	27
35. kérdés: Idealizáció / Leértékelés II.	28
37. kérdés: Anticipáció / Tervezés	28
38. kérdés: Elnyomás (Szuppresszió / Tudatos félretevés).....	28
40. kérdés: Perfekcionizmus	28
41. kérdés: Önmaga felé fordított agresszió; Önelhanyagolás.....	28
44. kérdés: Szuicídium.....	28
46. kérdés: Irigység	28
50. kérdés: Etikus (morális) cselekedet.....	29
51. kérdés: Belsővé tett morális értékek	29
52. kérdés: Büntudat	29

A személyiség szerveződés strukturált interjúja – átdolgozott változat (STIPO-R) felhasználói kézikönyve

John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern, Otto F. Kernberg

2021. július

Fordította: Kiss Tibor Cece

A személyiség szerveződés strukturált interjúja – átdolgozott változat (STIPO-R) felhasználói kézikönyve két részből áll. Az 1. részben ennek történeti és elméleti háttérébe nyújtunk betekintést, megindokoljuk, miért hoztuk létre, továbbá a mérőeszköz pszichometriai tulajdonságaival és használatával kapcsolatban szolgálunk információval. A 2. rész az interjú lefolytatásához készült útmutatót tartalmazza.

1. rész: Bevezetés és a STIPO-R áttekintése

A STIPO és a STIPO-R története és háttére

A STIPO (Clarkin, Caligor, Stern, Kernberg, 2004), és annak átdolgozott változata, a STIPO-R (Clarkin, Caligor, Stern, Kernberg, 2016) olyan félig strukturált interjúk, amelyeket a személyiség működés azon strukturális részterületeinek (structural domains) értékelésére hoztak létre, amelyek – a személyiség és a személyiségpatológia tárgykapcsolati modellje alapján (Kernberg, 1984; Kernberg és Caligor, 2005) – központi jelentőségűek az egyén megértésében. A STIPO és a STIPO-R a klinikusok és a kutatók számára dimenzionális pontozási lehetőséget biztosít a személyiség működés kulcsfontosságú területeire (doménjeire) vonatkozóan. Az egyes területeken mutatókozó diszfunkció súlyossága a klinikus számára a kezelés megtervezéséhez, a kutató számára pedig a vizsgálati személyek kiválasztásához és a terápiás beavatkozásokkal összefüggő változások méréséhez használható fel.

A személyiségpatológia tárgykapcsolati megközelítése

Kernberg és a Személyiségzavarok Intézetének (Personality Disorders Institute) további munkatársai a személyiségpatológia egy olyan modelljét dolgozták ki, amely a kortárs tárgykapcsolat-elméleten alapszik (Kernberg és Caligor, 2005; Caligor és Clarkin, 2010; Caligor, Kernberg, Clarkin és Yeomans, 2018). Ez a megközelítés a személyiségpatológia súlyosságának dimenzionális szemléletét ötvözi a DSM-5-ben (APA, 2013) tárgyalt számos személyiség-szindrómájával konzisztens, leíró fenomenológián alapuló kategorikus vagy prototipikus osztályozással. Így a STIPO és a STIPO-R egyaránt nyújt súlyosságot jelző pontszámokat a működési területeken, valamint a területek pontszámaiból álló profilokat, amelyek jelzik a neurotikus, a magas szintű borderline, a közepes szintű borderline és az alacsony szintű borderline személyiség szerveződés prototipikus leírásaihoz képesti közelséget, illetve távolságot. A személyiség szerveződés szintje fontos prognosztikai implikációkkal bír, és a differenciált pszichoterápiás kezelési terv kialakításának iránymutatójaként szolgálhat (Caligor, Kernberg, Clarkin és Yeomans, 2018).

Az identitás alapfogalma

Kernberg személyiségpatológiára vonatkozó tárgykapcsolati modellje az „identitás” alapfogalma köré szerveződik. A személyiségzavarok univerzuma felosztható azokra, amelyeket konszolidált

identitás jellemez, és azokra, amelyeket az identitásképződés patológiája (amelyet olykor az „identitásdiffúzió” szindrómájaként is említene) jellemez.

A kevésbé súlyos (neurotikus) szintű személyiség szerveződést (NPO), a normál személyiséggel együtt, a konszolidált identitás jellemzi, amely a szelf és a mások stabil, jól differenciált, komplex, realisztikus és koherens megélésével társul. A neurotikus szintű személyiség szerveződés a normál személyiségtől a személyiség működés rigiditása (merevsége) alapján különíthető el. Míg a normál személyiség szerveződéssel rendelkező egyén képes rugalmasan és adaptívan kezelni a külső stresszorokat és a belső konfliktusokat, addig a neurotikus személyiség szerveződésű egyén hajlamos merev és bizonyos mértékig maladaptív válaszokat adni, amiben elfojtáson alapuló (repression-based) elhárítások pszichés működésre gyakorolt hatása tükröződik. A normál személyiséghez hasonlóan a neurotikus szinten szervezett egyének is képesek teljes, mély és kölcsönös kapcsolatokra, bár a neurotikus személyiség szerveződés spektrumába tartozó egyéneknek nehézséget okozhat az intim kapcsolatok és a szexualitás integrálása. A neurotikus személyiségnél a morális működés konzisztens és teljesen internalizált, de lehet szélsőségesen merev, ami túlzott önkritikára való hajlamban nyilvánulhat meg.

Az identitásdiffúzió a borderline szintű személyiség szerveződés (BPO) egyik fő jellemzője. A gyengén konszolidált identitás a szelf és a mások instabil, felületes, rosszul differenciált, polarizált („fekete-fehér”), torzított és diszkontinuus (töredezett) megélésével társul. A hasításon alapuló elhárítások (pl. hasítás, idealizáció/leértékelés, projektív identifikáció, tagadás) felelősek a szelf és a mások fragmentált és rosszul integrált élményének fenntartásáért, amely színezi a gyengén integrált identitással rendelkező egyén szubjektivitását. Ezzel szemben a neurotikus személyiség zavarokban a konszolidált identitás elfojtáson alapuló és érett elhárító mechanizmusok dominanciájával társul. A borderline személyiség szerveződésű egyéneket az atípusos pszichotikus zavarokban szenvedőktől a megtartott realitásvizsgálatuk különbözteti meg. A klinikailag szignifikáns identitásképződési patológia azonban a *szociális* realitásvizsgálat hiányosságával társul, vagyis azon képesség zavarával, hogy mások motivációit és belső állapotait pontosan kikövetkeztesse, valamint a szociális jelzéseket pontosan olvassa. Ezek a deficitiek a borderline szinten szerveződő személyiségű egyéneknél a mások pontos észlelésének bizonyos fokú károsodásával járnak együtt. Ezzel szemben a neurotikus szinten szervezett egyéneknél, akárcsak a normál személyiségnél, a szociális realitásvizsgálat rendkívül fejlett.

A borderline szintű személyiség szerveződés, amelyet az identitáspatológia, a hasításon alapuló elhárítások túlsúlya és a szociális realitásvizsgálat deficitjei jellemeznek, a személyiségpatológia viszonylag széles spektrumát fedi le. A BPO spektrum felső végén a páciensek rendelkeznek bizonyos kapacitással a dependens, bár problémás kapcsolatok fenntartására, morális működésük általában viszonylag megtartott vagy csak enyhe patológiát mutat, és a legtöbb helyzetben nem nyíltan agresszívek. Ezzel szemben a BPO spektrum alsó végén lévő egyéneknél súlyos tárgykapcsolati patológia és a morális működés klinikailag szignifikáns deficitjei figyelhetők meg, továbbá túlzottan agresszívek; a középszintű BPO spektrumba tartozók pedig mérsékelt tárgykapcsolati patológiát és változó morális működést mutatnak, agresszió tekintetében pedig kevésbé súlyos patológiát, mint ami az alacsony szintű BPO spektrumra jellemző. Míg a magas szintű BPO csoportba tartozó egyének prognózisa viszonylag kedvező a strukturált pszichodinamikus kezeléseknél, a középszintű BPO csoportba tartozóké pedig közepes (elfogadható), addig az alacsony szintű BPO csoportba tartozók kezelése sokkal nagyobb kihívást jelent, és prognózisuk sokkal bizonytalanabb. Ez még azokban a feltárási pszichodinamikus kezeléseknél is igaz, amelyek olyan lefektetett paraméterekkel (keretekkel) dolgoznak, melyek célja annak biztosítása, hogy a páciens nehézségei a terápiás helyzetben fejződjenek ki, és amelyek korlátozzák a rendelőn kívüli önpusztító és a kezelést akadályozó viselkedésformákat.

A személyiség szerveződés szintjének meghatározása elengedhetetlen a differenciált kezelési terv kidolgozásához. A magas szintű személyiség működéssel (neurotikus szerveződéssel) rendelkező pácienseknél a pszichodinamikus intervenció felépítése (Caligor, Kernberg és Clarkin, 2007; Caligor, Kernberg, Clarkin és Yeomans, 2018) eltér a borderline szintű szerveződéssel rendelkező pácienseknél alkalmazott intervenciótól (Yeomans, Clarkin és Kernberg, 2015) (lásd 1. táblázat). A

neurotikus szintű személyiség szerveződéssel rendelkező egyének prognózisa rendkívül kedvező, és sokat profitálhatnak a viszonylag strukturálatlan pszichodinamikus kezelésekből. Ezeknek a pácienseknek jellemzően nem okoz nehézséget a terápiás szövetség kialakítása és fenntartása, az áttételi torzítások pedig többnyire lassan alakulnak ki, konzisztensek és finomak. Ezzel szemben a borderline szinten szerveződő egyének – különösen az alacsony borderline spektrumba tartozók – rendkívül strukturált kezelési kereteket (szettinget) igényelnek, mint fentebb leírtuk. Ezeknek az egyéneknek komoly nehézséget jelent a terápiás szövetség kialakítása és fenntartása; az áttételi torzítások gyorsan alakulnak ki, rendkívül telítettek affektusokkal és szélsőségesek, ami gyakran a kezelés megszakadásához vezet.

1. táblázat A kezelésbeli különbségek a személyiség szerveződés szintjének függvényében

Neurotikus személyiség szerveződés	Borderline személyiség szerveződés
A terápiás keret standard használata	A terápiás keret egy gondosan megfogalmazott terápiás szerződést foglal magában
A terapeuta a terápiás neutralitás (semlegesség) pozíciójából működik	A terápiás neutralitástól eltér a terapeuta bizonyos krízishelyzetekben
A tisztázás, konfrontáció és értelmezés terápiás technikáinak alkalmazása	A tisztázás, majd a konfrontáció kiterjedtebb használata az értelmezés előkészítése céljából
Fókusz a jelenen, a múlttal való összefüggésében	Fókusz a jelenen

A STIPO eredete: „A strukturális interjú”

A személyiségpatológia tárgykapcsolati megközelítésének kidolgozása során Kernberg (1984) leírta a strukturális interjút; egy olyan klinikai interjút, amelyet nemcsak a páciens tüneteinek és nehézségeinek, hanem a személyiség szerveződés szintjének értékelésére is terveztek. Abban az időben Kernberg a strukturális interjút a már meglévő pszichodinamikus interjúk kontextusába ágyazva alkotta meg. Számos analitikus szerző hozott létre olyan módosított pszichiátriai interjúkat, amelyek a páciens és a terapeuta közötti interakcióra mint fontos információforrásra összpontosítottak (Whitehorn, 1944; Powdermaker, 1948; Fromm-Reichmann, 1950; Sullivan, 1954). Deutsch (1949) olyan interjútechnikát szorgalmazott, amely feltárja az aktuális nehézségek és a páciens múltja közötti tudattalan összefüggéseket. MacKinnon és Michels (1971; MacKinnon, Michels és Buckley, 2006) egy olyan értékelési módszert írt le, amely a páciens-terapeuta interakciót használja fel a diagnózis szempontjából hasznos jellemzők feltárására. Kernberg strukturális interjúja ezen eljárások rendszerezett továbbfejlesztése volt. Az interjú a páciens konfliktusaira fókuszál, ezáltal olyan feszültséget teremtve, amelyben a mentális működés uralkodó elhárító és strukturális szerveződése felszínre kerül, és így felállítható a személyiség szerveződés strukturális diagnózisa.

A strukturális interjú menete három fázison halad keresztül. A kezdeti fázis arra invitálja a páciens, hogy beszéljen a legfőbb nehézségeiről, tüneteiről és a segítségkérés okairól. A középső fázis a potenciálisan patológiás személyiségvonásokra, az interperszonális kapcsolatok nehézségeire, valamint az érzékelt interperszonális szükségletekre összpontosít. A befejező fázisban az interjúvezető lehetőséget biztosít a páciens számára a kérdésfeltevésre, ő maga pedig értékeli a páciens motivációját a diagnosztikai folyamat és a kezelés folytatására vonatkozóan.

A strukturális interjú eredménye egyrészt a tünetek felmérése, másrészt a személyiség szerveződés szintjének beazonosítása. Olyan különböző szerveződési szinteké, mint pl. a tárgykapcsolati nehézségekkel küzdő, de konzolidált identitás, vagy az identitásdiffúziót mutató magas szintű borderline személyiség szerveződés, vagy akár az agresszióval, súlyos tárgykapcsolati patológiával és a morális működés deficitjeivel társuló, identitásdiffúziót mutató, alacsony szintű személyiség szerveződés. A strukturális interjú eredményessége az interjúvezető klinikai éleslátásától és szakértelmétől függ. Az interjúvezetőnek kifinomult döntéseket kell hoznia arról, hogy a páciens

működésének mely területeit értékelje részletesen. A páciens másokkal való kapcsolatainak részletes vizsgálata lehetőséget teremt az interjúvezető számára, hogy megfigyelje a páciens működését egy feszültséggel teli helyzetben. Mivel nem áll rendelkezésre pontozási rendszer, az interjúvezetőnek szubjektív ítéleteket kell hoznia a páciens személyiségpatológiájának mértékéről és személyiség szerveződésének szintjéről. Az interjúvezetői készségekre való ráutaltság, az interjúkérdések rugalmassága, valamint az objektív pontozási rendszer hiánya miatt nehéz biztosítani a különböző interjúvezetők közötti megbízhatóságot (reliabilitást) a fókusz és a diagnosztikai következtetések tekintetében. A sok tekintetben kifinomult klinikai interjú ezen hiányosságai vezettek a STIPO megalkotásához.

Egy félig strukturált interjú szükségessége

A félig strukturált interjúk (a STIPO és a STIPO-R) megalkotása standard kérdéseket, utánkötető (mélyítő) kérdéseket és pontozási útmutatókat biztosít, amelyek garantálják az értékelés megbízhatóságát¹. Amit a STIPO elveszít egy tapasztalt klinikus kifinomult interjúvezetői manőverein, azt visszanyeri a pszichometriai tulajdonságokban. Strukturált kérdéseivel, a homályos vagy pontatlan páciensválaszokat követő, ugyanilyen strukturált mélyítő kérdéseivel, valamint strukturált pontozási rendszerével a STIPO megbízható felvételt és pontozást tesz lehetővé, ezek révén kiválóan alkalmas vizsgálati célokra. A felvétel és a pontozás standardizálása a STIPO-R-ben növeli annak hasznosságát a személyiségdiagnosztika oktatásában, emellett pedig egy olyan szókincset biztosít, amelynek segítségével a klinikusok világosan kommunikálhatnak bonyolult klinikai konstrukciókról egymással, illetve azokkal is, akik nem jártasak a tárgykapcsolat-elméletben.

A STIPO és a STIPO-R részterületei (domének)

Bármilyen mérőeszköz létrehozásánál kulcskérdés a működés azon korlátozott számú részterületeinek kiválasztása, amelyek döntő fontosságúak az egyén alkalmazkodása (adaptációja) szempontjából (lásd Clarkin, 2013). A tárgykapcsolat-elmélet az értékelőt két központi jelenséghez vezeti el az egyes páciensek megértésében: a személyiség struktúrájához és szerveződéséhez. Megközelítésünk fókuszában a strukturális, funkcionális részterületek állnak, nem pedig kizárólag a nehézségek és tünetek felmérése. A tárgykapcsolat-elmélet ad iránymutatást a STIPO-ban vizsgálandó részterületek kiválasztásához. A klinikai tapasztalatok és a pszichoanalitikus elmélet alapján a személyiség alapvető struktúrái a következőkben határozhatók meg: 1) identitás, azaz a szelf integrált koncepciója és a jelentős mások integrált koncepciója, 2) komplex és jól szabályozott (modulált) affektusdiszpozíciók (érzelmek) széles spektrumára való képesség, 3) belsővé tett értékek integrált és érett rendszere, és végül 4) a szexuális, függőségi és agresszív motivációk – amelyeket az egyén szubjektíven szükségletekként, impulzusokként, vágyakként és félelmekként él meg – megfelelő kezelése (Kernberg és Caligor, 2005). Ebből az elméleti pozícióból kiindulva a STIPO hat részterületre összpontosított: Identitás, Elhárítások, Tárgykapcsolatok minősége, Megküzdés (Coping), Agresszió és Morális értékek. A hosszabb STIPO-val felhalmozott tapasztalatok alapján a STIPO-R-be öt kulcsfontosságú domént emeltünk be: Identitás, Elhárítások, Tárgykapcsolatok minősége, Agresszió és Morális értékek (lásd 2. táblázat alább).

¹ Szeretnénk köszönetet mondani számos kollégánknak a STIPO és a STIPO-R fejlesztéséhez nyújtott fontos hozzájárulásukért. Armand Loranger, az International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger, 1999) szerzője tanácsadóként segített a STIPO struktúrájának kialakításában. Mark Lenzenweger értékes tanácsokkal szolgált a pontozás és a tervezés (design) terén. Susanne Hörz a disszertációjában alkalmazta a STIPO-t, és ő ösztönözte a STIPO profilelemzését. Kollégájával, Stephan Doeringgel közösen ők fejlesztették tovább a mérőeszköz német verzióját. Emanuele Preti kulcsszerepet játszott a STIPO-ról a STIPO-R-re való áttérésben, és fontos kutatásokat indított el a mérőeszköz olasz nyelvű változatával.

Az *Identitás* részterületet olyan kérdések mérik, amelyek az egyén tanulmányokba és/vagy munkába, szakmai életbe, valamint rekreációs tevékenységekbe (szabadidőbe) való energiabefektetési és bevonódási képességére vonatkoznak. A vizsgáló felméri továbbá az egyén szelfre és másokra vonatkozó élményét (szelf- és tárgyrepresentációját). A *Tárgykapcsolatok minősége* domén magában foglalja az egyén interperszonális kapcsolatainak, intim kapcsolatainak és szexualitásának, valamint a kapcsolatok belső vagy mentális modelljének értékelését. Az *Elhárítások* részterület mind a fejlettebb és érettebb elhárítások, mind pedig az archaikusabb („primitív”) elhárítások – mint például a hasítás – értékelését biztosítja. Az *Agresszió* domén fókuszál mind az önmaga felé fordított, mind a mások felé fordított agresszióra. Végül, a *Morális értékek* vagy morális működés részterülete az egyén büntudatra való képességének, valamint az interperszonális viselkedés általános normáihoz való alkalmazkodásának (adherenciájának) vizsgálata.

A STIPO összehasonlítása hasonló mérőeszközökkel

A STIPO-hoz vélhetően legközelebb álló klinikai interjú és pontozási rendszer a Klinikai Diagnosztikai Interjú (Clinical Diagnostic Interview, CDI; Westen és Muderrisoglu, 2003), amely a kezelésbe vétel (segítségkérés) okaira, a tünetekre és az interperszonális interakciós mintázatokra fókuszál. Ez egy szisztematikus diagnosztikai interjú, amely két és fél óra alatt vehető fel. Ebből az interjúból származnak azok a klinikai információk, amelyek a Shedler-Westen Értékelő Eljárás (Shedler-Westen Assessment Procedure, SWAP-200; Shedler és Westen, 2007) megbízható alkalmazásához szükségesek. A SWAP-200 egy olyan értékelő eszköz, amely 200 állításból áll, melyek lehetnek „nagyon”, „valamennyire” vagy „egyáltalán nem” érvényesek egy páciensre. Az állítások olyan tartalmakat tükröznek, amelyek megragadják a nem klinikai populációk személyiségvonásait, de a személyiségzavarokkal konzisztens interperszonális patológiát (megküzdési, elhárító és affektusregulációs mechanizmusokat) is, továbbá az olyan tüneteket, mint a szorongás és a depresszió. A CDI-ből származó információk felhasználásával a klinikus a 200 SWAP-item segítségével írja le a páciens egy Q-rendezéses (Q-sort) módszer alapján. Ez megköveteli a klinikustól, hogy a 200 itemet egy rögzített eloszlás szerint ossza el, vagyis meghatározott számú itemet soroljon az egyénre legkevésbé, illetve leginkább jellemző kategóriákba (Shedler, 2015). A SWAP eloszlása a klinikus számára dimenzionális pontszámokat biztosít a DSM-ben leírt összes személyiségzavarra vonatkozóan. Ezenkívül egy narratív eseteírás is generálódik, amely az esetkonceptualizációhoz és a kezelés megtervezéséhez használható fel.

A Németországban, Ausztriában és Svájcban dolgozó pszichoanalitikus klinikus kutatók által kidolgozott Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika (OPD-2; OPD Task Force 2008) egy olyan mérőeszköz, amely négy pszichodinamikus tengelyből, valamint ötödik tengelyként a BNO-10-ből (ICD-10) áll: I) Kezelési előfeltételek és betegségfeldolgozás (a betegség élménye), II) Kapcsolat (interperszonális kapcsolatok, III) Konfliktus, IV) Struktúra (pszichés struktúra), és V) Pszichés és pszichoszomatikus zavarok (BNO-10, F-főcsoport diagnózisok). A STIPO-hoz legszorosabban a negyedik tengely kapcsolódik, amely a szelf- és tárgyrepresentáció, a kötődés, az affektus-differenciáció, illetve az impulzus-szabályozás dimenzióit foglalja magában. Az OPD-2-t a személyiségpatológia minden szintjének felmérésére fejlesztették ki, míg a STIPO kifejezetten a személyiségsszerveződés finom árnyalataira és szintjeire fókuszál. Ahogy azt feltételezték, a STIPO személyiségsszerveződési szintje szignifikáns összefüggést mutatott az OPD-2 IV. tengelyének összpontszámával ($r = 0,68$; $p < 0,001$) (Doering, Burgmer, Heuft és mtsai, 2013).

Áttérés a STIPO-ról a STIPO-R-re

A STIPO-R az eredeti STIPO átdolgozott változata; a revízió célja egyrészt a hosszabb STIPO lerövidítése volt, ezáltal elősegítve a kutatási és klinikai alkalmazhatóságát, másrészt a kevésbé

kedvező pszichometriai tulajdonságokkal rendelkező itemek módosítása. Ezen felül klinikai tapasztalataink arra ösztönöztek bennünket, hogy az eredeti STIPO-ban szereplő, a nárcisztikus patológiára vonatkozó itemeket egy teljes Nárcizmus skálává bővítsük.

A STIPO-R interjú felépítése és jellemzői

Tartalom

A STIPO-R 55 itemet tartalmaz, amelyek a pszichés működés öt részterületét (domén) fedik le: 1) Identitás, 2) Tárgykapcsolatok minősége, 3) Elhárítások, 4) Agresszió és 5) Morális értékek. Három domén esetében fontos aldoméneken is történik értékelés (lásd 2. táblázat). A különböző részterületekhez tartozó 11 itemből a STIPO-R egy Nárcizmus dimenzióra vonatkozó pontozást is lehetővé tesz.

2. táblázat. A STIPO-R részterületei és aldoménjei az oda tartozó itemek számával és sorszámaival

Részterület (domén)	Aldomén
Identitás (15 item)	Energiabefektetési képesség (munka/tanulmányok és rekreáció terén) - 4 item (1-4)
	Szelfélmény– koherencia és folytonosság - 7 item (5-11)
	Tárgyrepresentáció, jelentős mások reprezentációja - 4 item (12-15)
Tárgykapcsolatok minősége (15 item)	Interperszonális kapcsolatok / Barátságok - 4 item (16-19)
	Intim kapcsolatok és szexualitás - 5 item (20–24)
	Kapcsolatokba való bevonódás / A kapcsolatok belső (mentális) munkamodellje - 6 item (25-30)
Elhárítások (10 item)	Alacsonyabb szintű, archaikus („primitív”) elhárítások - 6 item (31-36)
	Magasabb szintű (érett) elhárítások - 4 item (37-40)
Agresszió (9 item)	Önmaga felé fordított agresszió - 4 item (41-44)
	Mások felé fordított agresszió - 5 item (45-49)
Morális értékek (6 item)	A büntudat élménye; morális és immorális viselkedés - 6 item (50-55)

Formátum

A STIPO-R formátumát gondosan a Nemzetközi Személyiségzavar Vizsgálat (International Personality Disorder Examination, IPDE; Loranger, 1999) mintájára alakítottuk ki, amelyet kollégánk, a Cornell Egyetem munkatársa, Dr. Armand Loranger hozott létre. Dr. Loranger tanácsadóként vett részt a STIPO megalkotásában. A STIPO-R standard kérdéseket, valamint további mélyítő (utánkövető) kérdéseket alkalmaz, amelyek akkor használhatók, ha a válaszok nem kellően egyértelműek vagy részletesek a pontozáshoz.

Pontozási rendszer

A standardizált formátum és pontozási rendszer lehetővé teszi az interjúvezető számára, hogy az interjú előrehaladtával az *egyedi itemek szintjén* értékelje (0, 1 vagy 2 ponttal) a vizsgálati személy válaszait. Az IPDE-hez hasonlóan az interjúvezetőt arra bátorítjuk, hogy a legpontosabb item-értékelések (pontszámok) elérése érdekében *ne csak a vizsgálati személytől származó információkat*

használja fel, hanem az interjúhelyzet korlátain belül elérhető, további forrásokból (pl. családtagoktól, korábbi terapeutáktól) származó egyéb információkat is. Az interjú befejeztével az egyedi itemek szintjén adott pontszámokat az egyes részterületeken belül összeadjuk, így megkapva a domén összpontszámát. (Alternatív módszer a 0-1-2-es itempontszámok átlagának kiszámítása az egyes doméneken belül.) Ez az - ekképp dimenzionálissá tett – értékelés az adott doménon (illetve aldoménon) mutatkozó patológia teljes mértékét jelzi. A domének közötti pontszámok közvetlen összehasonlíthatósága érdekében a dimenzionális összpontszám százalékos értékévé is alakítható (illetve az átlagszámításos megoldás eleve összehasonlíthatóvá teszi az értékeket).

Az egyes domének dimenzionális összpontszámai mellett az interjúvezetőnek minden **doménre (és aldoménre) vonatkozóan egy átfogó klinikai értékelést (1-től 5-ig terjedő skálán)** is adnia kell. Ez az átfogó doménértékelés lehetővé teszi az interjúvezető számára, hogy támaszkodjon a vizsgálati személlyel kapcsolatos benyomásaira és klinikai véleményére, amely némileg eltérő eredményre vezethet, mint az adott domén dimenzionális item-összpontszámai szerinti értékelés.

A két pontozási rendszer kiegészíti egymást. Az itemeken alapuló pontozási rendszer szorosan követi az egyedi itemekre adott válaszokat, míg az 5-fokú értékelési rendszer lehetővé teszi az interjúvezető számára klinikai benyomásainak felhasználását: a pervazivitás (átható jelleg) vagy a súlyosság alapján nagyobb vagy kisebb súlyt rendelhet a skála vagy szubskála egyes itemeihez, és/vagy módosíthatja az értékelést olyan – általa klinikailag szignifikánsnak és az értékelt domén szempontjából relevánsnak tartott – tényezők alapján, mint pl. a nonverbális vagy interperszonális faktorok. Mindkét értékelési eljárás esetében megfelelő inter-rater reliabilitást (értékelők közötti statisztikai megbízhatóságot) találtunk (Stern és mtsai, 2010; Hörz és mtsai, 2009). A 3. táblázatban szereplő pontszámok ezeknek a klinikailag orientált értékeléseknek a használatát szemléltetik.

3. táblázat. A STIPO-R dimenzionális pontszámai a személyiség szerveződés szintjei szerint, 2021-ben frissítve.

	Normál, érett	Neurotikus 1	Neurotikus 2	Magas	Közepes	Alacsony
	személyiség szerveződés					
Identitás	1	1	2	3	4	5
					(3-5)	(4-5)
Tárgykapcsolatok minősége	1	2	3	3	4	5
		(1-2)	(2-3)	(2-4)	(3-5)	(4-5)
Elhárítás	1	2	2	3	4	5
		(2-3)	(2-3)		(4-5)	(4-5)
Agresszió	1	2	2	3	4	5
		(1-3)	(1-3)	(2-3)	(3-4)	(4-5)
Morális értékek	1	2	3	3	3	5
		(1-2)	(2-3)	(2-3)	(3-4)	(4-5)

Akár az egyes részterületek dimenzionálisan összegzett item-pontszámait, akár az 5-fokú klinikai értékeléseket használja az interjúvezető, a vizsgált öt domén alapján elkészítheti a vizsgálati személyiség szerveződésének profilját. A páciensek a normál, neurotikus vagy borderline szerveződési tartományba sorolhatók. A STIPO-R dimenzionális értékelései alapján elvégezhető ez a kategorizálás, megkülönböztetve a normál, a neurotikus és a borderline személyiség szerveződést; utóbbit a súlyossága szerint további három szintre bontva: magas, közepes és alacsony szintű BPO (Hörz, Stern, Caligor és mtsai, 2009). A normál és a neurotikus csoportba tartozó személyek konzolidált identitással rendelkeznek; nem mutatják archaikus („primitív”) elhárítások használatát vagy a realitásvizsgálat zavarát. A neurotikus csoportba tartozó pácienseknél a szelf és/vagy mások megélésében (a szelf- és/vagy tárgyreprezentációban) bizonyos fokú felszínesség figyelhető meg, és mutathatják archaikus elhárítások csekély használatát. A borderline szintű személyiség szerveződéssel rendelkező páciensek a magas szinttől a középszintűn át az alacsony szintig terjednek: az identitásdiffúzió, az archaikus elhárító mechanizmusok használata, az agresszió nyílt megnyilvánulásai és a tárgykapcsolatok zavara egyre fokozódik, miközben a belső (internalizált)

morális normák használata csökken. A következő prototipikus profilok segítik a személyiség szerveződési szintek besorolását a dimenziális pontszámok alapján.

<i>NORMÁL / ÉRETT SZINTŰ SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS</i>		
<u>Identitás:</u>	1	Konzolidált.
<u>Tárgykapcsolatok minősége:</u>	1	Stabil, komplex és tartós; képes a gyengéd és erotikus érzések integrálására.
<u>Elhárítás:</u>	1	Az egészséges megküzdés dominál; archaikus („primitív”) elhárításoknak nincs nyoma.
<u>Agresszió:</u>	1	Nincs primitív agresszió; az agresszió kontrollált és modulált.
<u>Morális értékek:</u>	1	Konzisztens és rugalmas; nincs antiszociális viselkedés.
<i>NEUROTIKUS 1-ES SZINTŰ SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS</i>		
<u>Identitás:</u>	1	Konzolidált.
<u>Tárgykapcsolatok minősége:</u>	2 (1-2)	Stabil, komplex és tartós; a gyengéd és erotikus érzések integrálásának nehézsége.
<u>Elhárítás:</u>	2 (2-3)	Archaikus elhárításoknak nincs nyoma; az elfojtáson alapuló és érett elhárítások dominálnak; némi rigiditással (merevséggel).
<u>Agresszió:</u>	2 (1-3)	Nincs primitív agresszió; az agresszió hibás modulációjára utaló jelek előfordulnak (pl. enyhe önelhanyagolás vagy alkalmi verbális dühkitörések).
<u>Morális értékek:</u>	2 (1-2)	Túlzottan szigorú és/vagy rugalmatlan, de teljesen szervezett és internalizált (belsővé tett); nincs antiszociális viselkedés.
<i>NEUROTIKUS 2-ES SZINTŰ SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS</i>		
<u>Identitás:</u>	2	Konzolidált; a szelf és/vagy mások némileg felszínes megélése.
<u>Tárgykapcsolatok minősége:</u>	3 (2-3)	Némileg felszínes, de tartós; az empátias készség bizonyos fokú korlátozottsága; a gyengéd és erotikus érzések integrálásának nehézsége.
<u>Elhárítás:</u>	2 (2-3)	Archaikus elhárítások megjelenése ritka; az elfojtáson alapuló elhárítások dominálnak; némi rigiditás.
<u>Agresszió:</u>	2 (1-3)	Nincs primitív agresszió; az agresszió hibás modulációjára utaló jelek előfordulnak (pl. enyhe önpusztító viselkedések vagy kontrolláló interperszonális stílus).
<u>Morális értékek:</u>	3 (2-3)	Szervezett és internalizált, de változékony; az önkritikus attitűdök és a szigorú elvárások vagy magas (követelő) mércék együtt járhatnak a kihasználó, kizsákmányoló vagy enyhén önpusztító viselkedések elutasításával (megtagadásával).
<i>BORDERLINE 1 – MAGAS SZINTŰ BORDERLINE SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS</i>		
<u>Identitás:</u>	3	Identitásdiffúzió, enyhe.
<u>Tárgykapcsolatok minősége:</u>	3 (2-4)	Hasított és/vagy felszínes, de bizonyos fokú stabilitással és integrációval, különösen a konfliktusmentes területeken.
<u>Elhárítás:</u>	3	A hasításon alapuló és az elfojtáson alapuló elhárítások kombinált használata, jelentős rigiditás és károsodott alkalmazkodás (adaptáció).
<u>Agresszió:</u>	3 (2-3)	Primitív agresszió; nagyrészt önmaga felé irányuló agresszív viselkedések.
<u>Morális értékek:</u>	3 (2-3)	Változékony.
<i>BORDERLINE 2 – KÖZEPES SZINTŰ BORDERLINE SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS</i>		
<u>Identitás:</u>	4 (3-5)	Identitásdiffúzió, mérsékelt.
<u>Tárgykapcsolatok minősége:</u>	4 (3-5)	Felszínes és szükséglet-kielégítésen alapuló; károsodott empátia; csekély képesség az érdeklődés tartós fenntartására; széles körben hasított és instabil.

<u>Elhárítás:</u>	4 (4-5)	Az archaikus elhárítások dominanciája jelentős károsodással; súlyos rigiditás és durván maladaptív elhárítási stratégiák.
<u>Agresszió:</u>	4 (3-4)	Primitív agresszió; mások és/vagy önmaga ellen irányuló agresszív viselkedések.
<u>Morális értékek:</u>	3 (3-4)	Változékony, általában rosszul integrált és gyengén internalizált.
<i>BORDERLINE 3 – ALACSONY SZINTŰ BORDERLINE SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS</i>		
<u>Identitás:</u>	5 (4-5)	Identitásdiffúzió, súlyos.
<u>Tárgykapcsolatok minősége:</u>	5 (4-5)	Teljes mértékben szükséglet-kielégítésen alapul, nincs empátia és hiányzik a mások iránti érdeklődés fenntartásának képessége.
<u>Elhárítás:</u>	5 (4-5)	Az archaikus elhárítások állandó használata; extrém rigiditás és az alkalmazkodás kudarca.
<u>Agresszió:</u>	5 (4-5)	Primitív agresszió, önmaga és/vagy mások felé irányuló veszélyes, agresszív viselkedésekkel.
<u>Morális értékek:</u>	5 (4-5)	Nincs szervezett morális értékrendszer; antiszociális viselkedés.

Megfelelő vizsgálati személyek

Minden kezelésre jelentkező páciens értékelhető a STIPO-R segítségével. Ez átfogó képet ad a személyiség szerveződés szintjéről, amely bármely kezelést befolyásol, beleértve azokat is, amelyek szinte kizárólag tünetegyüttesekre (pl. szorongás vagy depresszió) fókuszálnak. A STIPO-R azonban azokban a klinikai helyzetekben a leginkább releváns, ahol felmerül a gyanú, hogy a páciens olyan személyiségpatológiával küzd, amely befolyásolja a tüneti kezelést, vagy akiknél a kezelés elsősorban a különböző súlyosságú személyiségzavarra fog összpontosítani.

Az interjúvezető (vizsgáló) képesítése és képzése

A mérőeszköz szempontjából központi jelentőségű pszichodinamikus fogalmak előzetes ismerete, valamint a személyiségpatológia különböző súlyossági szintjeit mutató páciensekkel szerzett klinikai tapasztalat előfeltétel a STIPO-R interjúvezetők számára. Az interjúvezetőt ki kell képezni az utánkötető, mélyítő kérdések használatára annak érdekében, hogy pontosítható anyagot nyerjen a páciensről. A pontozás megbízhatóságára irányuló képzésnek részét képezi videóra vett STIPO-R interjúk megtekintése, valamint a standardokkal megegyező értékelések (pontozások) elsajátítása.

A STIPO megbízhatósága (reliabilitása) és érvényessége (validitása)

Az itt bemutatott adatok az eredeti STIPO-ra vonatkoznak. A STIPO-R pszichometriai tulajdonságainak értékelése jelenleg is zajlik. Az előzetes, publikálatlan adatok elfogadható megbízhatóságot, valamint a személyiségműködés külső mérőeszközeivel való jó konvergenciát mutatnak.

Megbízhatóság (statisztikai reliabilitás)

A STIPO angol, német és olasz verzióit egyidejűleg fejlesztették ki, és jó értékelők közötti megbízhatóságot (inter-rater reliabilitást) mutattak. Az osztályon belüli korrelációs együtthatók (Intraclass Correlation Coefficients, ICC) az angol verzió esetében 0,84 és 0,97 között (Stern és mtsai, 2010), a német verzió esetében 0,89 és 1,0 között (Doering és mtsai, 2013), az olasz verzió esetében pedig 0,82 és 0,97 között (Preti és mtsai, 2012) mozogtak.

Érvényesség (statisztikai validitás)

A STIPO doménjei belső konzisztenciát mutatnak a különböző vizsgálatokban. A STIPO Identitás (0,86) és az Archaikus („Primitív”) Elhárítások (0,85) részterületeinek Cronbach-alfa mutatói magasak voltak, míg a rövidebb Realitásvizsgálat doménje (0,69) az elfogadhatóság határán mozgott (Stern, Caligor, Clarkin és mtsai, 2010). A STIPO német nyelvű verzióját alkalmazó vizsgálatban (Doering és mtsai, 2013) a Cronbach-alfa értéke 0,93-tól (Identitás) 0,69-ig (Realitásvizsgálat) terjedt, míg az összpontszámra vonatkozóan 0,97-et ért el.

A STIPO Identitás és Archaikus Elhárítások részterületei szoros kapcsolatot mutattak a Nem Adaptív és Adaptív Személyiség Kérdőívvel (Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP; Clark, 1993) felmért személyiségzavar-tünetek számával, az agresszió mértékével, valamint a pozitív és negatív affektusok szintjével. Egy másik vizsgálatban (Doering, Burgmer, Heuft és mtsai, 2013) szignifikáns korrelációkat találtak a STIPO Archaikus Elhárítások doménje és a Borderline Személyiség Kérdőív (Borderline Personality Inventory; Leichsenring, 1997) önkitöltős változatának archaikus elhárítások skálája között.

Preti és munkatársai (2012) összefüggést mutattak ki a STIPO Identitás skálája valamint olyan mérőeszközök között, amelyek az énkép stabilitását, illetve a célok követésének képességét mérték. A STIPO Elhárítások doménje összefüggést mutatott az archaikus elhárítások egyik külső mérőeszközével, valamint az önkontroll hiányának és az érzelmi instabilitásnak egy másik mérőeszközével is (SIPP-118; Verheul és mtsai, 2008). A STIPO összes doménje (jól) elkülönítette a klinikai vizsgálati személyeket a nem klinikai vizsgálati személytől.

A STIPO jó konstruktumvaliditást (fogalmi érvényességet) mutat a DSM személyiségdiagnózisával összefüggésben. A DSM szerinti személyiségzavarban szenvedő páciensek a személyiség szerveződés alacsonyabb szintjén álltak minden részterületen, összehasonlítva a személyiségzavar diagnózissal nem rendelkező páciensekkel (Baumer, 2010; Doering és mtsai, 2013). Egy krónikus fájdalommal küzdő páciensek körében végzett vizsgálatban szignifikáns korrelációt találtak a STIPO alapján meghatározott személyiség szerveződés és a SCID-II diagnózisok száma között (Fischer-Kern és mtsai, 2011). Hasonlóképpen, igen szoros, de nem teljes körű összefüggést találtak a STIPO strukturális diagnózisok és a DSM személyiségpatológia között egy opiátfüggő páciensekből álló mintában (Rentrop, Zilker, Lederle, Birkhofer és Hörz, 2014). Szignifikáns az összefüggés a STIPO strukturális jellemzői és a DSM-diagnózisok között, azonban a STIPO dimenziói hatékonyabban tudták azonosítani a kezelésből való lemorzsolódást (dropout) a kettős diagnózisú páciensek körében, mint pusztán a személyiségzavar diagnózisok (Preti, Rottoli, Dainese és mtsai, 2015).

A STIPO klinikai alkalmazása: A személyiségpatológia súlyosságának mérése

A STIPO klinikai eszközként használható a személyiségpatológia súlyossági szintjeinek felmérésére a normál, a neurotikus, valamint a magas és alacsony szintű borderline személyiség szerveződés (borderline personality organization, BPO) spektruma mentén. Egy a STIPO angol verzióját alkalmazó vizsgálatban – a STIPO részterületeinek értékelése alapján – kidolgoztak egy BPO-ra jellemző prototipikus profilt, és tesztelték annak képességét a BPO és a nem-BPO elkülönítésére (Hörz, 2007). A súlyos identitásdiffúzió jelenléte, az archaikus elhárítások használata, a zavart tárgyakapcsolatok, valamint az összességében megtartott realitásvizsgálat elkülönítették az alacsony szintű BPO-val és a nem BPO-val rendelkező pácienseket. Azok az egyének, akiknek az értékelései közel álltak a BPO prototipikus profiljához – azaz 3-as vagy annál magasabb pontszámot értek el a „Szelfélmény” és a „Tárgyrepresentáció” aldoméneken, illetve 4-es vagy annál magasabb pontszámot a „Tárgyakapcsolatok” és az „Archaikus elhárítások” részterületeken –, markánsabb patológiát mutattak olyan, a borderline patológiához szorosan kapcsolódó változókban, mint például a negatív affektusok, vagy az agresszió. Hasonlóképpen fordított kapcsolatot találtak a BPO prototipikus értékeléseit mutató egyének profiljai és a pozitív affektusok (pl. derű/nyugalom) változói

között. Ezenfelül a gyengén integrált agresszió jelenléte és a morális értékek leromlása hasznosnak bizonyult a magasabb és az alacsonyabb szintű BPO elkülönítésében (Stern és mtsai, 2010).

Egy kezelési hatékonyságvizsgálatban, amely 104 borderline személyiségzavarral (BPD) diagnosztizált pácienset vizsgált, a STIPO eredményeit összevetették a SCID-I és a SCID-II eredményeivel, valamint a zavar klinikai súlyosságának mutatóival (öngyilkossági kísérletek, önsértő viselkedés, egészségügyi ellátórendszer igénybevétele) (Doering és mtsai, 2010). Specifikus mintázatokat találtak, amelyek igazolták a STIPO alkalmasságát a súlyossági szint felmérésére. Az egy vagy több komorbid DSM-személyiségzavarral küzdő betegcsoport nagyobb patológiát mutatott a STIPO doménjeiben és a személyiség szerveződés általános szintjén, mint a kizárólag BPD diagnózissal rendelkező betegcsoport (pl. Identitás: $M = 3,88$ vs. $M = 3,59$, $t = -2,13$, $p < 0,04$). Hasonló eredményeket kaptak a legalább egy öngyilkossági kísérletet elkövető személyeknél szemben az öngyilkossági kísérletet nem elkövetőkkel, valamint a korábban sürgősségi ellátást igénylő páciensek esetében szemben azokkal, akiknél ilyen nem volt. Továbbá korrelációs elemzések azt mutatták, hogy a személyiségpatológia számos mutatója, például a BPD-kritériumok száma szignifikáns mértékben összefüggött a STIPO Identitás, Archaikus elhárítások, Érett elhárítások és Agresszió részterületeinek súlyosabb patológiájával, valamint a személyiség szerveződés általános szintjével ($r = 0,29$, $p < 0,01$). Összegezve, ezek az eredmények bizonyítják a STIPO klinikai hasznosságát, minthogy a klinikailag súlyosabb zavarral küzdő páciensek a személyiség szerveződés károsodottabb szintjét mutatták (Hörz és mtsai, 2017).

A STIPO klinikai alkalmazása: a STIPO használata a változás mérésére

A STIPO használhatóságát a személyiség szerveződés változásainak mérésében egy randomizált, kontrollált vizsgálatban (randomized controlled trial, RCT) vizsgálták, amely áttételfókuszú pszichoterápiával (transference-focused psychotherapy, TFP), ill. tapasztalt közösségi pszichoterapeuták által végzett kezelés hatékonyságát hasonlította össze egy 104 fős BPD-páciensből álló mintán (Doering és mtsai, 2010). A STIPO-ban vizsgált időkeret általában a megelőző öt évre vonatkozik. Annak érdekében azonban, hogy egy egyéves kezelésen belüli változásokat lehessen értékelni, a kutatók az elmúlt egy hónapot választották időkeretként a vizsgálatban felvett második STIPO-interjúhoz. E mérőeszköz használatával egy év pszichoterápia után szignifikáns változásokat mutattak ki a személyiség szerveződés szintjén. Ebben az elemzésben a személyiség általános szintje szolgált kimeneti (eredmény-) változóként, a STIPO személyiség szerveződési szintjeinek 6-fokú kategoriális skáláját alkalmazva, amely a normáltól (1) a Borderline 3-as szintig (6) terjedt. A személyiség szerveződési patológia szintjének átlaga egy év terápia után mindkét kezelési csoportban csökkent. Ez igaz volt mind a TFP-ben (előtte: $M=5,00$, $SD=0,56$; utána: $M=4,46$, $SD=0,67$; $d=1,0$, $p<0,001$), mind a közösségi pszichoterapeuta csoportban részt vevő páciensekre (előtte: $M=4,77$, $SD=0,58$; utána: $M=4,62$, $SD=0,53$; $d=0,3$, $p=0,004$), ugyanakkor a TFP-csoport szignifikáns fölénye mutatkozott ($F=12,136$; $df=1, 101$; $p=0,001$) (Doering és mtsai, 2010). Az egyes STIPO részterületeken bekövetkező változások részletesebb elemzése jelenleg is folyamatban van.

A STIPO alkalmazása a kezelés tervezésében és a változás elősegítésében

A személyiségzavarok kategóriák vagy típusok szerinti diagnózisa, amely nem veszi figyelembe a diszfunkció súlyosságának dimenzióját, komoly hiányosságot jelent a DSM-5-ben, és csökkenti a DSM-alapú diagnózisok hasznosságát a kezelés megtervezésében. A DSM-diagnózis ezen hiányosságának egyik sajnálatos következménye, hogy a meglévő pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatok az adatelemzés során nem veszik figyelembe a személyiségdiszfunkció súlyosságát.

A STIPO-R öt pszichés működési doménjének alkalmazása a személyiség működés prototipikus modelljeinek (pl. neurotikus személyiség működés, a borderline személyiség szerveződés és -működés

különböző szintjei) beazonosítására, azaz a diagnosztikai kategóriákon belül a súlyosság kérdésének a figyelembe vétele – reményeink szerint – előrelépést jelent majd a DSM-rendszerhez képest, és eszközt nyújt majd a klinikai súlyosság diagnózishoz, valamint a kezelési folyamathoz és eredményhez való viszonyának tanulmányozásához.

A DSM-5, a PDM-2 és a STIPO-R

A DSM-5 személyiségzavar-leírása tünetek, vonások és problematikus viselkedések listáin alapul. Ez a lista – az értékelés megbízhatóságának biztosítása érdekében – szorosan ragaszkodik a beszámolóknak szereplő és megfigyelhető viselkedésekhez. Ezt a tünetorientált személyiségzavar-leírást és -értékelést nem valamely személyiségelmélet vagy a személyiségzavarok egy kidolgozott elmélete vezérli.

Ezzel szemben a STIPO és a STIPO-R konceptualizációja és dimenzionális profiljai elméletvezéreltek. Az elméletvezérelt értékelés előnye, hogy a teória iránymutatást nyújt az értékelésre szánt idő hatékony felhasználásához. Az elmélet által vezérelt értékelés azt is biztosítja, hogy a korlátozott idő alatt a személyiség- és a személyiségzavar-működés lényeges területeit térképezzük fel. Például a jelenlegi személyiségelméletek rámutatnak arra, hogy a főbb figyelembe veendő területek a kognitív-affektív egységek, a viselkedés, valamint a személy egyedi mintázata abban, ahogyan bizonyos környezetekhez kapcsolódik, ill. azokat keresi. A személyiségműködés alapvető területeinek elméletvezérelt értékelése ezt követően logikusan a diszfunkcionális területekre fókuszáló (célzott) beavatkozásokhoz vezethet.

A STIPO-R hozadéka vagy eredménye összehasonlítható az olyan, személyiségpatológiát vizsgáló félig strukturált interjúk által nyújtott eredménnyel, mint amilyen a SCID-II. A SCID-II eredménye egy vagy több diagnózis a DSM által leírt tíz személyiségzavar közül. A DSM-5-ben szereplő személyiségzavarok mögött kevés elméleti alap húzódik meg, és a leírt kategóriák nem állják meg a helyüket az empirikus vizsgálatok próbáján. Ezzel szemben a STIPO-R interjú eredménye a személyiségműködés doménjeinek (részterületeinek) dimenzionális értékelése. Az ezeken a doméneken elért pontszámok olyan profilt nyújtanak a páciensek működéséről, amely az adekvát működésű területektől az inadekvát működésűekig terjed. A kapott profil segítségével az interjúvezető felmérheti, hogy a páciens mennyire áll közel a neurotikus, valamint a magas vagy alacsony szintű borderline szerveződésű páciensek prototipikus leírásaihoz (Hörz, 2007). A személyiségértékelés ezen megközelítése konzisztens a tárgykapcsolat-elmélettel, és összhangban áll azzal az iránnyal is, amelyet a DSM-5 III. része (Section III) képvisel a személyiségpatológia *dimenzionális* értékelésének és diagnosztizálásának megközelítésével (Alternative Model for Personality Disorders, AMPD). Valójában a STIPO-R megbízható eszköz olyan, a páciensekkel kapcsolatos információk megszerzésére, amelyek felhasználhatók a DSM-5 III. részében szereplő személyiségműködési szint (Level of Personality Functioning, LoPF) értékelések elvégzéséhez (Preti, Di Pierro, Costantini és mtsai, 2018).

A Pszichodinamikus Diagnosztikai Kézikönyv 2. kiadása (Psychodynamic Diagnostic Manual-2, PDM-2; Lingardi és McWilliams, 2017) egy arra irányuló törekvés, hogy a diagnózist és a kapcsolódó kezeléstervezést közelebb hozza a személyiségműködés/-diszfunkció, valamint a kapcsolódó tüneti zavarok elméletileg koherens szemléletéhez. Ebben a rendszerben a személyiségműködés tárgykapcsolati orientációja explicit hivatkozásként szerepel, és a STIPO-t a páciensek klinikai értékeléséhez kapcsolódó kulcsfontosságú mérőeszközként említik.

A STIPO és a STIPO-R fordításai

Arra bátorítottuk a más intézményekben dolgozó kollégáinkat, hogy fordítsák le a STIPO-t a saját nyelvükre. A STIPO-nak léteznek elfogadott változatai angol (Stern és mtsai, 2010), német (Doering

és mtsai, 2013) és olasz (Preti, Prunas, Sarno és De Panfilis, 2012) nyelven. A kutatók jelenleg is dolgoznak a STIPO-R verzióin Spanyolországban, Lengyelországban, Kínában, Törökországban, Magyarországon, a Cseh Köztársaságban, Oroszországban, Argentínában és Brazíliában.

A STIPO-R limitációi, korlátai

Mint minden interjút, a STIPO-R-t is behatárolja a vizsgálati személy őszintesége, valamint az a képessége, hogy részletes és pontos információkkal tudjon szolgálni. Az önkéntöltős kérdőívvel ellentétben azonban az interjúformátum lehetőséget biztosít az interjúvezető számára az utánkövető, mélyítő kérdések feltevésére, ezáltal a témát kibontó, bővebb információk nyerhetők a vizsgálati személytől, valamint az olyan jelentős másoktól is, mint a családtagok vagy korábbi terapeuták.

Irodalom

- 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. (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. (2004). *The Structured Interview for Personality Organization (STIPO)*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York.
- 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. (1944). *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.
- 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, O. F., Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F. (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 114–156). New York, NY: Guilford Press.
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Personlichkeits-Inventar (BPI) Manual [Borderline Personality Inventory]*. Göttingen, 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.
- 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 (SIPP118): 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.

2. rész: A STIPO-R interjú útmutatója

2.1. Az interjú felvételével kapcsolatos általános kérdések

2.1.1. A „nem vagyok teljesen önmagam” időszakok

Amennyiben az interjú kezdetén arról számol be az interjúalany, hogy az elmúlt öt év során egy jelentős időszakban nem volt a „szokott önmaga” az interjúvezetőnek *tájékozódnia kell a zavar természetét illetően*. Általánosan *az interjú csak azon időszakot szeretné értékelni, amelyben a személy valóban saját „szokott, normális, tipikus önmaga” volt*. Ez azt is jelentheti, hogy az időtartam, amelyről a válaszoló beszámol kevesebb lesz a standard öt évnél.

A STIPO validálási kutatásunkból *kizártuk* azokat a pácienseket, akik teljes életükben *szkizofrénia* vagy *bipoláris I-es zavar* diagnózissal rendelkeztek. Klinikai mintán folytatott interjúink tapasztalatai alapján – melyekben eredetileg szerepeltek a fenti diagnózissal élő személyek – ezek a páciensek a tüneteik hatása miatt nem tudtak pontosan reflektálni a „szokott önmaguk” élményére vagy fogalmára.

Számos páciens – különösen a borderline páciensek, de a depressziós és a II. típusú bipoláris páciensek is – igennel fog válaszolni erre a kérdésre. Ez felveti a kérdést, hogy vajon az elmúlt öt év bizonyos időszakaiban nem voltak „szokott önmaguk” vagy „szokott önmaguk” valójában ennyire instabil, töredezett vagy máshogyan zavart? A legfontosabb tényező, amelyet ezen a ponton fel kell derítenünk, az az *időtartam* az elmúlt öt év alatt, amíg a válaszadó nem a „szokott önmaga” volt, és hogy ezen időszakban mutatott működése mennyiben tért el a tőle akkoriban egyébként megszokottól. Amennyiben az interjúvezető benyomása az, hogy megragadható egy jól elkülönülő időszak, amelyben a válaszadó személyisége *akut tünettana miatt vagy súlyos traumatikus életesemény hatására* elszakadt attól, amely számára abban az időben egyébként megszokott, „normális” volt, akkor ezt a *jól elkülöníthető periódust ki kell zárni az interjúban tárgyalt ötéves időszakból*. Amennyiben nem tudunk tisztán elkülöníthető időintervallumot beazonosítani, amely alatt az alany nem volt „normális önmaga” akut tünetekkel jelentkező mentális zavar vagy súlyos traumatikus esemény hatására, akkor arra kérjük a páciens, hogy az elmúlt teljes öt évre vonatkozóan válaszoljon.

A következő kérdés, amelyet mérlegelnünk kell, hogy mennyi az a minimális „szokott önmagaként” megélt idő, amely alapján az interjú megbízhatóan értékelhető. Példának okáért, amennyiben az alany arról számol be, hogy az elmúlt öt évből kettőben drogfüggő volt, a fennmaradó három év elegendő a válaszadó „szokott önmagára” vagy személyiségére való reflexióra? Ezen a ponton azt mondanánk, igen. Az adatfelvétel és a normaképzés standardizálása érdekében jelenleg azt javasoljuk, hogy *az interjúvezetőnek az interjúalany értékeléséhez álljon rendelkezésére egy legalább hároméves „normál” működésű időszak*; ellenkező esetben az interjú megszakítását javasoljuk, mivel valószínűtlen, hogy a kapott adatok a válaszadó valódi személyiségét tükröznék.

2.1.2. Útmutató a kötelező kérdésekhez, utánkövető, mélyítő kérdésekhez és opcionális kérdésekhez

- Kötelező kérdések.** Minden STIPO-ban szereplő kötelező kérdés **félkövérrel** szerepel az interjúban. Az interjúvezetőnek *fel kell* tennie minden ilyen, az item lényegéhez tartozó kérdést.
- Térképezzük fel!** Több helyen az interjú során láthatja ezt az aláhúzott felszólítást. Ez a felszólítás általános kifejezésekkel szolgál, amelyek felhasználásával a vizsgálatvezető saját szavaival megfogalmazva további egyértelműsítést kérhet az elsődleges témával kapcsolatban. Javaslat *utánkövető, mélyítő kérdésekre*.
- További, opcionális kérdések, javaslatok (normál, nem félkövér betűvel). Az interjúban szinte minden kérdésnél található járulékos szöveg, amely az interjúvezető döntése alapján

felhasználható további egyértelműsítés céljából az elsődleges kérdésre vonatkozóan. Ezeknek a járulékos szövegeknek egy része felhasználható, de akár kihagyható is a fő kérdésre kapott válasz fényében. *Az interjúvezető elsődleges célja, hogy képes legyen a kérdés pontozására.* Ezek a járulékos, nem félkövéren szereplő szövegek azt a célt szolgálják, hogy standardizáljuk az interjúvezetők által használt nyelvezetet, amikor az eredeti interjúválaszok további tisztázását próbálják elérni.

- d. **Feltételes kérdések** Ha igen, ... Ha nem, ...
 Bizonyos további kérdéseket fel kell tenni az utánkövetés során, amennyiben az adott válasz igenlő vagy nemleges (az esetek többségében: „Ha igen....”). *Minden „Ha igen” és „Ha nem” jellegű kérdés kötelező!*
- e. **Figyelem** (Figyelem: ...)
 Ezek a jelzések arra szolgálnak, hogy felhívják az interjúvezető figyelmét a kérdés lényegére és hogy segítséget és struktúrát nyújtsanak számára további tisztázó kérdések szabad megfogalmazásában nem egyértelmű válaszok esetén. Előfordul, hogy általános megjegyzéseket tartalmaznak az interjúvezető által gyűjtendő információ jellegéről, más esetekben pedig jellegzetes kifejezéseket is felajánl az interjúztatónak, melyeket felhasználhat a kérdések megfogalmazásánál.
- f. **Általános, nem specifikus kérdések**
 Általánosságban, ha az interjúvezető nem teljesen biztos abban, hogyan pontozza a választ, javasoljuk az alábbi kérdések felhasználását:
 Fel tud idézni ezzel kapcsolatban egy nemrégiben történt példát?
 Ez gyakori? / Gyakran teszi ezt?
 Ez a viselkedés tipikusnak és gyakorinak vagy inkább ritkának számít?

2.1.3. A 0–2-es pontozási segédlet (horgonypontok)

Minden egyes interjúkérdés után található egy pontozási segédlet az interjúfüzetben, amely a háromfokú, item-szintű pontozást könnyíti meg.

0 = patológia hiánya; a kérdéses jellemző egyáltalán nincs jelen, vagy ha valamennyire jelen is van, nincsen hatása a válaszadó működésére

1 = a kérdéses vonás jelen van és utal valamilyen mértékű patológiára, küszöb alatti mértékben; kismértékű károsodás

2 = a mért vonás egyértelműen jelen van és jelentőstől súlyosig terjedő patológiára utal; jelentőstől súlyosig terjedő károsodás

A 2-es valójában szélesebb területet ölel fel, mint a 0-ás és az 1-es, mivel tartalmazza azokat a személyeket, akik rendelkeznek a vonással és emiatt (mérhető, megragadható) károsodást szenvednek, valamint azokat, akiknek életét *súlyosan* befolyásolja az adott vonás.

!! Hacsak nem írjuk egyértelműen, a válaszadónak *nem kell megfelelnie* a pontozási segédlet *felsorolt összes jellemzőjének* ahhoz, hogy annak a szintnek a pontszámát kapja. Csupán felsoroljuk azokat a jellemzőket, amelyek különböző kombinációkban az adott szintű választ alkothatják. Ezen jellemzők értékelésekor – és például egy 1-es, ill. 2-es pontszám közötti döntéskor – az interjúvezetőnek figyelembe kell vennie a vizsgált konkrét viselkedés vagy érzés *gyakoriságát, intenzitását, súlyosságát, valamint pervazivitását (mindent átható jellegét).*

2.1.4. Az egymásra épülő kérdések kezelése

Amennyiben például egy személynek az elmúlt öt évben nem volt szexuális kapcsolata, hogyan kerül értékelésre a „29 – Kapcsolatok nyereség alapú szemlélete” itemnél, hogy „foglalkoztatja-e,

mennyit kap egy kapcsolatból annak fényében, hogy a partnere mennyit kap belőle” kérdés? Amellett döntöttünk, hogy ilyen helyzetekben az itemet „9”-esre értékeljük, ami az „kihagyott kérdés” vagy „nem alkalmazható” kategóriát jelenti, és amit később a számítógépes elemzés során majd „2”-es értéké kódozunk majd át, amely a legalacsonyabb adható pontszám. Ez a pontozási szabály a következő területeken fordul elő: munka/tanulmányok, barátságok, romantikus kapcsolatok és szexuális kapcsolatok.

2.1.5. Klinikai mérlegelést igénylő döntések és a pontozási segédlethez nehezen illeszthető válaszok

Időről időre előfordul, hogy a páciens válasza nem a feltett kérdéstről szól, vagy nem feleltethető meg pontosan a felkínált pontozási segédletnek. Ilyen körülmények között az interjúvezetőnek meg kell fontolni a következőt: „mit árul el a válaszadó reakciója a szóban forgó részterületről?”. Például a 2. item esetén, amely a tanulmányokkal/munkával kapcsolatos ambíció/célok témáját járja körül: amennyiben a reakció nem válaszolja meg precízen a kérdést, vagy ha nem teljesen egyértelmű, hogy a válasz hogyan feleltethető meg a pontozási segédlet megfogalmazásainak, az összes utánkövető, mélyítő kérdés feltevését követően az interjúvezetőnek azt kell megfontolnia: „mit mond el ez a reakció a válaszadó energiabefektetési képességéről?” (ami az első aldomén az Identitás doménen belül).

Második példa: Ha a válaszadó azt jelzi, hogy részmunkaidős állásból részmunkaidős állásba sodródik, és egyetlen munkahelye sem tart tovább néhány hétnél vagy hónapnál, az 1-3. kérdéseknek kevesebb értelme van, mint annak az átfogó képnak, hogy a személy egyszerűen nem képes energiát fektetni a munkába. Ebben az esetben szintén a vizsgált részterülethez (jelen esetben energiabefektetési képesség) térjünk vissza gondolkodásunkban, és 2-es (a lehető legrosszabb) értéket adjunk mindhárom kérdésre, ami egyaránt jelzi, hogy a vizsgálati személy életében nincs elsődleges (munkahelyi) szerep és hogy az energiabefektetés képessége súlyosan károsodott.

2.1.6. A 0–2-es skálák szemben az 1–5-ös átfogó értékelésekkel

Az interjúvezetőnek a STIPO értékelése közben kétféle értékelést kell vezetnie: az egyes kérdéseket 0-tól 2-ig, a személyiségszerveződés vonatkozó alterületeit pedig 1-től 5-ig értékeljük. Mindkét rendszer szorosan kapcsolódik az egyes kérdések tartalmához.

Az 1–5 értékelőskáláknak az interjúvezető átfogó klinikai benyomását kell tükrözniük, amely minden rendelkezésre álló verbális és non-verbális információn, valamint a válaszadónak az adott részterület kérdéseire adott válaszaiban mutatkozó felszínességén alapul. Továbbá az interjúvezető az 5-fokozatú skála segítségével különböző súlyozást is adhat a kérdéseknek; például az egyik 2-esre értékelt válaszban megnyilvánuló patológia szintje szignifikánsan súlyosabb lehet, mint egy másik, szintén 2-esre értékelt válaszban kifejeződő patológia. Az is előfordulhat, hogy a vizsgálati személy egy adott részterületen csupán egyetlen kérdésre kap 2-es értékelést, de az interjúvezető úgy érzi, hogy már ez az egyetlen válasz is rendkívül jelentős patológiát tükröz. Ez a patológia nem tükröződne olyan jól a 0–2-es értékelésekben, ahol a pontszámításnál minden item egyenlő súllyal esik latba. Ezzel szemben az interjúvezető az 1–5-ös skálán tükröződő patológiaszint megállapításakor ezt az egyetlen itemet nagyobb súllyal veheti figyelembe. Az interjúvezetőnek ezeket az értékeléseket anélkül kell megadnia, hogy tudatosan megpróbálna összeegyeztetni a 0–2-es pontszámokat az 1–5-ös értékelésekkel. Utóbbi egyszerűen az interjúvezető klinikai értékítéletén vagy azon alapuljon, ahogyan érzékeli a válaszadót, miközben megválaszolja a részterület kérdéseit.

A részterületekre, doménekre és aldoménekre vonatkozó, 1–5-ös átfogó értékeléseket is pontozási segédlet, horgonypontok segítik, amelyek a felvételi űrlapon találhatóak meg.

2.2. Egyes STIPO-R itemekre vonatkozó útmutató

Általános megjegyzések:

- Az interjú folyamán minden rendelkezésre álló, megfigyelhető információt felhasználunk a 0–2 tartományú értékeléshez, beleértve a verbális és nonverbális adatokat is. Nem értelmezünk vagy következtetünk egy item értékelésének megkönnyítése végett, de *amennyiben a válaszadó szóbeli beszámolója ellentmondásos az interjú alatt, szembesítjük ezzel a kettősséggel (tapintatos konfrontáció). Továbbá, ha a viselkedés a verbális beszámolóval ellentétes információt közöl, súlyozzuk a viselkedést is, ami hasonlóképp érvényes információval szolgál.*
- Még ha az interjúvezető úgy is gondolja, hogy egy második pontozó talán nem ugyanígy látná a helyzetet, a feladat az, hogy a pontozást a ténylegesen bemutatott (verbális vagy egyéb) információk alapján végezze el.
- Az értékelőnek mindig *vissza kell térnie* a korábbi kérdésekhez, ha egy új információ ellentmond egy régebbi válasznak.

Általános megjegyzések a felvezetéshez:

- Tegyük világossá – szükség esetén menet közben is, ismételten –, hogy a kérdések egy kiterjedt időszakra vonatkoznak, nem pedig csak néhány napra.
- Kizárási kritérium a normál („szokott”) szelftől való markáns eltérés, a személy tipikus működésének egyértelmű hanyatlásával („képtelen volt úgy funkcionálni ebben az időszakban, mint a »szokott« önmaga?”)
- Olyan válasz esetén, mint pl. „elhunyt a nagymamám” vagy egyéb hasonló fokális stresszor vagy trauma esetén mérjük fel az időtartamot, és térképezzük fel, hogy a normál szelfműködéshez képest markáns változást idézett-e elő, illetve, hogy a személy milyen hamar tért vissza a kiindulási (alap-) állapotához.

1-3. kérdések: Energiabefektetés a munka/tanulmányok terén (azaz az elsődleges szerepek)

- Hogyan határozzuk meg az **elsődleges szerepet**:
Ha a vizsgálati személynek az elmúlt öt éves időszakban **diákként és munkavállalóként egyaránt** volt elsődleges szerepe, méghozzá mindkét területen jelentős mértékben, az **interjúvezetőnek kell választania** az alábbiak alapján:
 - Vagy a ráfordított idő mennyisége szerint,
 - vagy az alapján, hogy a válaszadó szerint hol volt a legfőbb (elsődleges) idő- vagy energiabefektetése.
 - Ha minden más próbálkozás kudarcot vall, egyszerűen válasszuk ki az egyiket.
 - Példa: Nézzünk egy egyetemistát, aki tanulmányai alatt végzett némi részmunkaidős alkalmi munkát (pl. heti 10 órában), vagy diákrekreációs központban, esetleg kisboltban dolgozott a tanulmányok alatt. Az ő esetében csak az *iskolát (1t, 2t, 3t)* pontozzuk, abból a megfontolásból, hogy nyilvánvalóan az iskola volt abban az időszakban életének meghatározó elsődleges színtere. Más a helyzet viszont, ha a személy nappali tagozatos hallgató volt, aki ugyanakkor heti 20 órás kutatási vagy tanársegédi állásban is alkalmazásban állt, amely úgyszintén jelentős munkakör volt abban az időszakban. Ebben az esetben meg kell kérdeznünk a válaszadót, hogy melyik szerepét érezte elsődlegesnek, ill. akár ő, akár az interjúvezető válasszon egyet.
- Ha a vizsgálati személy **nem dolgozott és nem is járt iskolába** az említett időszakban, noha elvárható lett volna, hogy ez legyen az elsődleges szerepe, mindkét szekcióban minden itemre (1m, 2m, 3m és 1t, 2t, 3t) adjon 9-es (kihagyott/nem alkalmazható) pontszámot.

- Ha vizsgálati személy **csak részmunkaidőben dolgozott** (pl. 10 órát egy héten), de azt állítja, hogy „nagyon hatékony, nagyon ambiciózus”:
 - Az általános benyomásunk az lehet, hogy talán mégsem olyan mértékű az energiabefektetés, mint azt a személy állítja, vagy talán nem is képes rá, ami ennek a részterületnek a lényege. Ideális esetben továbbvezető, mélyítő kérdésekkel tisztázhatjuk, hogy valóban ez-e a helyzet, amely legjobb esetben 1-es, de valószínűleg inkább 2-es értékelést fog eredményezni.
 - Kérdezzünk rá, miért nem dolgozik többet. Kérdéses lehet, hogy ha többet dolgozna, akkor is ugyanilyen „hatékony” lenne-e (pl. több munka esetén lehet „túl sok a stressz”, vagy „szüksége van szabadidőre” stb.). Az is megfontolandó, hogy a heti 10 órás ambíció *nem olyan nagyon nagy* ambíció!
 - Természetesen ez alacsonyabb értéket (nagyobb pontszámot) indokol az 5-fokú értékelésben is!
- Ha a válaszadó **háztartásbeli**, ugyanezeket a kérdéseket (1m, 2m, 3m) fel lehet tenni. Vizsgáljuk a hatékonyságot, az ambíciót (az ő döntése volt-e, hogy a háztartásban dolgozzon, vannak-e céljai), és elégedett-e. A „0” pont itt a realiztikus hozzáállás lenne: pl. „vannak pillanatok, amikor imádom, máskor meg halálra unom magam, vagy agyon-frusztrálódóm”. Ez lenne normális.
- **Enyhítő körülmények.** Ha valaki jelenleg nem dolgozik, fontos megkérdeznünk, hogy miért. Egyeseknél előfordulhatnak olyan legitim, enyhítő körülmények, amelyek az 5 éves időszakon belül egy bizonyos ideig megakadályozták a munkavégzést, például súlyos gazdasági válság, vagy sérülés, amely miatt elhagyni kényszerült a munkahelyét. Ilyen esetekben nem feltétlenül kell „büntetni” (leértékelni) a személyt a vizsgált 5 éves periódusban nem munkával töltött idő miatt. Amennyiben úgy értékeljük, hogy a munkanélküliség nem szándékos volt, akkor az energiabefektetési képesség felméréséhez az elmúlt öt évből csak munkában töltött időszakot vegyük figyelembe – feltéve, hogy rendelkezésre áll egy elfogadható hosszúságú (kb. egy éves vagy hosszabb) minta, amely alapján értékelhető a hatékonyság, ambíció és elégedettség.

1. kérdés: Hatékonyság

- Ha a személy jó külső visszajelzést kapott a munkában mutatott hatékonyságára, de így is azt állítja, hogy a képességeihez mérten alulteljesít, el kell különítenünk az alacsony önértékelését és önkritikáját a tényleges, objektív teljesítményétől. Tehát így is „0” értékelést adunk, ha önmaga (negatív) megítélésén túlmenően, a hatékonyságra utaló egyéb szempontok fennállnak.

2. kérdés: Ambíciók / Célok

- Ha az egyén olyasmint válaszol, mint pl. „Csak azért dolgozom, hogy legyen pénz a gyerekeim tanulmányaira” vagy „Csak azért akarok pénzt keresni, hogy eltartsam a családomat”, ez (a leértékelő megfogalmazás dacára) „0” értékelést kap, mivel célok eléréshez szükséges energiabefektetést feltételez, ami ambíciót tükröz.
- Egy szakterületen belüli váltáskor, ha pl. egy közgazdaságtan professzor vált pénzügyi tanácsadó területre, ez „0” vagy „1” pontszámot kapna.

4. kérdés: Rekreáció

- Amire az interjúvezető itt választ keres, az nem csak valami, amit a személy csinál, hanem olyasmi, amit *csinál és közben tanul is róla*, időt tölt az abban való elmélyedéssel és *akkor is*

foglalkozik vele, amikor éppen nem végzi. A főzés esetén pl. ahhoz, hogy „0” értékelést adhassunk, megkérdezhetjük, hogy szoktak-e új ételek után kutatni, receptblogokat, főzős magazinokat olvasni stb.? Csak attól, mert valamit gyakran csinál valaki, még akkor is, ha rendszeresen és hosszútávon, nem biztos, hogy ez megfelel egy mély, rekreációs jellegű tevékenységnek. Legjobb esetben az ilyen jellegű érdeklődésre „1”-es pontot adhatunk.

- **Jóga, pilates, kondi, olvasás, filmnézés:** Ezeket önmagában nem értékeljük „0”-ra, még akkor sem, ha hosszútávú, számottevő és rendszeresen végzett időtöltésről van szó. Ha a jóga, pilates, kondi vagy futás csak egy „formában maradási” szolgáló eszköz, akkor nem beszélhetünk „0” értékpontot érő rekreációs tevékenységről. Ha a személy arról beszél, hogy szenvedélyesen (aktívan) érdeklődik a fitnessz iránt, például olvas róla, rendszeresen erőfeszítéseket tesz, hogy a fitnesszról és az egészséges életmódról tanuljon, azaz többről szól ez számára, mint az egészsége érdekében végzett testedzés, akkor ez mélyebb érdeklődésre utal a tárgy iránt, és „0” értékpontot adunk. Ha szórakozásképpen olvas vagy filmeket néz, mert pl. „szereti a könyveket/filmeket”, akkor ez inkább olyasvalami, amit csinál, nem pedig valami, amibe szükségszerűen bevonódik; újfent, ez nem számít rekreációs tevékenységnek (nem „0”). Viszont amennyiben filmkészítésről, filmalkotókról tájékozódik, az irodalomról olvas, nyomon követi bizonyos írók munkásságát, tag egy könyvklubban vagy olvasóköri, azaz valamivel több annál, hogy „szeretek olvasni”, ebben az esetben adhatunk „0”-t. Ha csak „falja a könyveket”, az „1”-es.
- **Anonim Alkoholisták:** Az emberek néha megemlítik, hogy járnak az Anonim Alkoholisták üléseire. Ez tekinthető kezelésnek, ami nem rekreációs jellegű tevékenység (tehát nem „0”), de annak fényében, hogy mennyire elkötelezett az egyén a csoport iránt, ez jelezhet komoly rekreációs érdeklődést is. Például, ha egy személy, aki már több éve tiszta, mégis heti több ülésen is részt vesz – nem szükségéből, hanem a csoport iránti elkötelezettségéből, aki vezető szerepet vállal és más alkoholistákat „szponzorál”, támogat – ez már nyilvánvalóan inkább a komoly energiabefektetés irányába mozdul el, azaz a „0” értékelés felé.
- Ha nem azonosítható **semmilyen tartós érdeklődési terület**, megkérhetjük, hogy „meséljen a szabadidejéről; élvez-e és talál-e magának feltöltődést nyújtó (rekreációs) időtöltést, vagy inkább ha nincs programja, és sok szabadideje van, akkor nem tudja, hogy azt mivel üsse el, nem kielégítő, nem élvez-e?”.
 - Ha a válaszadó élvez-e a szabadidejét, szociálisan vagy rekreációsan elfoglalja magát, de a fent definiált módon nem tart fenn konkrét érdeklődést semmivel kapcsolatban, de közben unalmat vagy distresszt sem él át, az is „0”.
 - Ha egy személy nem rendelkezik egyértelmű szabadidős aktivitással, de valamilyen módon elkötelezett vagy élvezetet talál a szabad / rekreációs idejében, „1”-es értékelést adunk.
 - Ha a személynek rengeteg strukturálatlan szabad- ill. rekreációs ideje van, amelyben csak kis mértékben vagy egyáltalán nem talál elégedettséget, ez „2”-es értékpont.

5., 6., ill. 12., 13. kérdések: 5/6. Szelfélmény, koherencia és kontinuitás – Felszínesség vs. mélység / Ambivalencia; 12/13 Tárgyreprezentáció – Felszínesség vs. mélység / Ambivalencia

- Nyílt végű (szabad) kérdés a szelfélmény és a tárgyrepresentáció feltérképezésére. A 5/6-os és 12/13-as itemeket három minőség mentén pontozzuk, amelyek a reprezentációk következő jellemzőit tükrözik:
 - *Felületes vs. Mély / Árnyalt (differenciált):* A kizárólag felsőfokú jelzőkből álló leírások (pl. „a legcsodálatosabb”, „olyan fantasztikus”) valamilyen elhárító jellegű torzításra vagy idealizációra utalnak. Az interjúvezetőnek ilyenkor bővebb kifejtésére

- kell ösztönöznie (pl. mélyítő kérdésként kérjünk konkrét példákat), de amennyiben nem térképezhető fel mélyebb tartalom, az „2” értékpont.
- *Ambivalencia*. Realisztikus / Integrált vs. Torzított / Polarizált (idealizált / leértékelt): Azt vizsgáljuk, hogy a személy képes-e pozitív és negatív adottságok megfogalmazására egyaránt, és ezt nem leegyszerűsített, karikatúraszerű módon teszi. Ez nem kell, hogy a legmélyebb, legrészletesebben kidolgozott leírás legyen. Amit itt tetten érni igyekszünk, az az arra való képesség, hogy az egyén mind pozitív, mind negatív színben képes legyen leírni valamit vagy gondolkozni valamiről, valamennyire realisztikus és elaborált módon. Ez már önmagában is egy „0”-ás értékelést jelent a 6-os és a 13-as itemekre nézve. A felszínesebb, kevésbé részletekbe menő leírásokra „1”-t adunk. Ha a személy képtelen arra, hogy a leírásban pozitív és negatív aspektusokat is megjelenítsen, „2”-es értékelést kap.
 - Ne térjünk el az interjúszövegtől. Tegyük fel az első kérdést („*Kérem, meséljen magáról, milyen ember Ön? Ha mondjuk szeretné, hogy minél gyorsabban ...*”) és várjuk meg a teljes választ. Ezután haladjunk tovább, („*Van más is, amit esetleg elmondana azzal kapcsolatban, hogy...*”) és kövessük pontosan az interjúkérdés szövegezését.
 - Ezt követően teszünk fel kiegészítő kérdéseket a mélység és kidolgozottság felderítésére.
 - Ha a válaszadó egyszerűen felsorolja az adottságokat, az interjúvezető az 1-es kérdéssel felmérheti ezek mélységét („*Számos melléknevet használt, hogy leírja önmagát: azon gondolkodom, hogy...*”).
 - Hasonlóképpen, ha csak egy-két adottságot említ, de egyiket sem jelentős mélységben, az interjúvezető felteheti a 2-es kérdést („*érdeklődjön utána egy vagy több melléknevnél vagy tulajdonságnak...*”). Mindkét esetben a válaszadó „*meg tudná esetleg tölteni ezt a leírást, életre kelthetné egy példával vagy történettel, amiben megmutatkoznak ezek a tulajdonságok*”.
 - Kérjünk szemléltető példát vagy történetet egy pozitív és egy negatív tulajdonsággal kapcsolatban is!
 - Az 5-ös és 6-os, ill. 12-es és 13-as itemek értékelése *azután* történjen, hogy az összes (mélyítő) kérdést feltettük.
 - Figyeljünk a *hamis* „negatív” jelzőkre, pl. „Túl szerény vagyok”, „Nagyon önkritikus vagyok”, ami a grandiozitás rejtett megnyilvánulása lehet, vagy a pozitív adottságok hangsúlyozására a negatívumok valódi elismerése (felvállalása) nélkül.
 - Ha a „0” és az „1” pontszám között kell dönteni, akkor az a könnyedség, amivel a személy példát tud hozni, a „0” pontszám felé billenti a mérleget, míg a narratíva (elbeszélés) szegényessége vagy a példáhozatal nehézsége az „1”-es pontszám felé mutat..

7. kérdés: Konzisztens szelfélmény a jelenben

- Ha a válaszadó kiszámíthatatlanul, vagy hullámzóan viselkedik az interjú során, arra rá lehet kérdezni, vagy az interjúvezető figyelembe veheti az item pontozásakor, még akkor is, ha ez ellentmond a szóbeli beszámolónak.
- A válaszadó beszámolhat arról, hogy az adott helyzetnek megfelelően különböző szerepeket vesz fel (pl. agresszívnek kell lennie egy üzleti vagy jogi környezetben, míg az intim kapcsolataiban inkább alkalmazkodó és érzékeny) – anélkül, hogy arról számolna be, hogy ezekben a helyzetekben más embernek érzi magát. A kulcs ehhez az itemhez az, hogy *a személy úgy kezdi-e érezni magát, mintha egy másik személy lenne*. Megkísérel-e az adott

szituációban egy eltérő személyiséget vagy „én”-t felvenni. Ahol a szelfélménye és az identitása (hogy ki is ő valójában) ténylegesen megváltozik.

- Egyesek azt mondják, hogy „kiszámíthatóan kiszámíthatatlanok”. Pontosan ez a definíciója annak, amit ezzel az itemmel kapcsolatban keresünk, és ezt általában „2”-ként pontozunk. Amennyiben a személy olyasmit mond, hogy „Nem, nem gondolják rólam, hogy hullámzó lennék. A barátaim tudják rólam, hogy nagyon szétszórt vagyok, el is várják tőlem, hogy kiszámíthatatlanul viselkedjem.”, az vagy „1”-es vagy „2”-es érték, attól függően, hogy mennyire súlyos vagy pervazív ez a jellemző.
- Teljesen normális, ha az emberek kissé másképp mutatkoznak meg a munkahelyükön és a magánéletükben. A kérdés az, hogy a személy hajlamos-e *ezekben a közegekben belül is különböző módokon megjelenni*, és hogy *eltérő személynek érzik-e magukat ezekben a különböző szituációkban*. Ha ezekben a helyzetekben más embernek érzik magukat, és/vagy az egyes közegekben belül is változékonnyan nyilvánulnak meg, az identitásdiffúzióra utal, vagyis „2”-es pontszámot adunk.

8. kérdés: Preferenciák / vélemények

- Nyitott vs. befolyásolható. Úgy fogadja el mások véleményét, mintha a sajátjai lennének, nem igazán van rálátása arra, ezek közül melyik az, ami saját személyiségéből fakad. A kulcs itt az, hogy azért keres-e külső véleményeket, mert *magán belül egyáltalán nem tud ilyet érzékelni*. Ha a véleményei nem kiforrottak, az nem feltétlenül jelent „2”-es értéket. Akkor adjunk „2”-t, ha a személy állandóan külső véleményeket keres, majd azokat sajátjaként átveszi. A döntő szempont, hogy a személynek azért van-e szüksége arra, hogy állandóan ezeket a külső ítéleteket, véleményeket keresse, mert ezeken keresztül ismeri meg, mit érez ő belül, vagy pedig véleménye, ízlése és preferenciái nagyrészt belülről erednek. Ismét hangsúlyozzuk, teljesen rendben van, ha valaki azt mondja, hogy nincs erős, karakteres véleménye a dolgokról – amire a kérdés választ akar találni, az az, hogy a személy mennyire érzi magát komfortosan ezzel, vagy pedig sajátjaként átveszi mások véleményét a saját hiányzó véleménye vagy ízlése elfedése végett.

9. kérdés: Nárcisztikus töltekezés

- Ha a válaszadó arra utal, hogy üresnek vagy lehangoltnak érzi magát, ha nem kap elegendő figyelmet/csodálatot, megkérdezhetjük: „Amikor így magába zuhan, mennyi ideig tart ez és mennyire érzi magát ilyenkor rosszul?”

10. kérdés: Szelfélmény az intim kapcsolatokban

- Ha önmaga, vagy a neki fontos dolgok elvesztésével kapcsolatban azt mondja, hogy ez „inkább csak rugalmasság”, ezt tekinthetjük adaptívnek, a partnerhez való alkalmazkodás kaphat „0”-ás értékelést. Ha azonban ez a „rugalmasság” a partnernek való rendszeres vagy kizárólagos alárendelődést jelenti a konfliktus elkerülése céljából, az értékpontokat az „1”-es vagy „2”-es értékek felé mozdítja annak súlyossága és pervazivitása függvényében. A partner preferenciáinak /szükségleteinek való rendszeres alárendelődés inkább „1”-es, a szinte kizárólagos alárendelődés pedig a „2”-es.

11. kérdés: Önbecsülés

- Ez a kérdés az ingadozás mértékéről és az önbecsülés stabilitásának élményéről szól (nem az önbecsülés valenciájáról [pozitív vagy negatív előjeléről], hanem *stabilitásáról*).

15. kérdés: Tárgyak (mások) szelfre vonatkozó érzései

- Ez az item egy kognitív szintű *zavarodottság* megragadására irányul, ami azzal kapcsolatos, hogy a vizsgálati személynek mennyire esik nehezére az, hogy *mások őróla alkotott véleményét felmérje*. Esetenként itt kihalljuk a válaszból a válaszadó projektált önkritikáját, de az nem ugyanez (és ne azt pontozzuk)!

16-18. kérdés: Barátságok

- Ha a személynek egyáltalán nincsenek barátai, vagy a barátok leírása „2”-es értékű a 16-os kérdésnél, akkor „2”-es pontot adunk, a 17. és 18. kérdéseknél is.

16. kérdés: Barátságok megléte

- Mivel az item egyszerűen a szociális kapcsolódást méri szemben az izolációval, érdemes ráadásként megkérdezni, hogy maga a válaszadó szociálisan izoláltnak vagy kapcsolódónak érzi-e magát.
- Az „1”-es és a „2”-es értékek közötti döntésnél vegyük figyelembe a személy szociális kapcsolódással vagy izolációval kapcsolatos saját érzéseit.

17. kérdés: Közelség a barátságokban

- A kérdést a válaszadó *két legközelebbi barátjával kapcsolatban* járjuk körül.

18. kérdés: Barátságok idői stabilitása

- Amennyiben nehézséget okoz az „1”-es és „2”-es értékpontok közötti választás, feltehetjük a következő kérdést: „Mi lehet az oka annak, hogy a baráti társasága ilyen módon megváltozott az idő múlásával?”

20. és 21. kérdés: Intim kapcsolatok

- Amennyiben a válaszadónak nem volt jelentős romantikus kapcsolata az elmúlt öt évben (20-as kérdés), akkor ugorjuk át a 21-es kérdést. Hasonlóképp, ha a 20-as kérdést „2”-esre értékeljük, azaz a romantikus viszony jelentősen rövid vagy problémás volt, akkor a 21-es kérdésre is „2”-es értékpontot adunk.
- A „szexuális” kifejezés nem korlátozódik a közösülésre.
- Időtartam szempontjából „jelentős” kapcsolatként a 8 hónap vagy annál hosszabb kapcsolatok figyelembe vételét javasoljuk, hogy lehetővé tegyünk a különböző interjúkészítők közötti standardizálást.

22. kérdés: Szexuális aktivitás

- Elégedettség alatt jellemzően a gyakoriság, az élvezet, a komfortérzet és a (társas) kapcsolódás valamilyen kombinációját értjük.
- Néhány elméleti megjegyzés: Normális = szexuális szeretet (szerelem) + szexuális élvezet; Neurotikus = kevésbé rendszeres szexuális aktivitás, gátlás az örömrészletben, a szerelem és szexualitás összeegyeztetésének nehézsége; Borderline = polimorf perverz, a szexualitás az agressziót szolgálja.

- A cél itt az, hogy megpróbáljunk egyensúlyt teremteni több szempont között: él-e a személy szexuális életet, a szex egy tartós kapcsolat kontextusában zajlik-e, és a vizsgálati személy elégedett-e, képes-e élvezni a szexuális élményt. Ha ezen szempontok bármelyike súlyosan sérült, az a „2”-es érték felé billent.

23. kérdés: Szexuális gátlás, szégyenlősség

- Utánkövető kérdésként feltehetjük: „Gátlásosnak tartaná magát?”
- Ha az elmúlt 5 évben egyáltalán nem volt szexuális aktivitás (22-es kérdés), akkor ugorjuk át a 23-as kérdést.

26. kérdés: Unalom

- Arra keresünk választ, hogy a válaszadó képes-e hosszútávon fenntartani kapcsolatokat. Az érdeklődés elvesztése az idealizáció / leértékelés mintázataihoz kapcsolódik, szemben azzal, amikor a felek eltávolodnak egymástól vagy idővel rájönnek, hogy a kapcsolat nem úgy működik, ahogyan szeretnék volna.
- Hasonlóképpen, egyes válaszadók arról számolnak be, hogy idővel „undort” éreznek a partnerük iránt. Bár ez önmagában nem feltétlenül az unalomhoz kapcsolódik, ez a válasz mégis a másikba való belső (érzelmi) befektetés képességének nehézségét tükrözi, és így ezt „2”-essel kell pontozni.

29. kérdés: Kapcsolatok nyereség alapú szemlélete

- Itt azt keressük, hogy mennyire kizsákmányoló attitűddel viszonyul a válaszadó a tárgykapcsolataihoz, pl. mindig a lehető legtöbbet szeretné kapni a partnerétől szemben azzal, amit maga ad, azaz kizsákmányoló attitűd áll fenn, VAGY a válaszadó pervazív módon mazochisztikus, mindig adakozó (alárendelt) pozícióban van és azzal van elfoglalva, hogy a kevesebbet kap a kapcsolatból.
- Ha a válaszadó mindig ragaszkodik ahhoz, hogy a partner kapjon többet, vagy hogy ő maga alárendelődjön, ez „2” pont.

31. kérdés: Paranoia

- Az „1”-es és „2”-es értékelés közötti döntésnél: Amennyiben a személy a szelf azon aspektusai (részei) miatti szégyent él meg, amelyeket nem akar felfedni, az inkább „1”, szemben azzal, hogy mások manipulatív szándéka ellen szükséges így védekezni, ami inkább nárcisztikus / borderline tendenciákat jelez („2”).
- Szükség esetén feltehetünk tisztázó kérdést: „Itt most nemcsak a közeli kapcsolatairól beszélek, hanem az emberekhez és a világhoz való általános hozzáállásáról; inkább nyitottnak vagy zárkózottnak jellemezné magát?”

33. kérdés: Fekete-fehér gondolkodás

- Feltehető a következő mélyítő kérdés: „Ön olyan ember, aki könnyen meglátja az érme mindkét oldalát, és észreveszi a dolgokban az árnyalatokat is?”

35. kérdés: Idealizáció / Leértékelés II.

- Feltehető a következő mélyítő kérdés: „Egyesek inkább ingerlékenyen, nagyon érzékenyen reagálnak, míg mások inkább lazábban fogják fel a dolgokat. Melyik jellemző Önre inkább?”

37. kérdés: Anticipáció / Tervezés

- Ha a válaszadó nem proaktív a tervezéssel kapcsolatban, feltehető a következő kérdés: „Az élete általában jól szervezett és hatékony, vagy inkább az jellemző, hogy elhagyja a dolgait, állandóan elkésik, csúszik a határidőkkel stb.?”
- Az a válaszadó, akinek nem erőssége a proaktív tervezés, de mégis hatékonyan intézi teendőit, szintén „0” értékpontot kap.
- Egyes vizsgálati személyeink élete nem jár jelentős elkötelezettségekkel vagy elvárásokkal, vagyis nincs sok minden, amit meg kellene szervezniük, vagy amiben proaktívnak kellene lenniük (nincs munka, nincs iskola, nincsenek gyermeknevelési kötelezettségek stb.). Ezért ők azt mondják, hogy nem alkalmaznak proaktív megküzdést, de emiatt nem is élnek át stresszt. Ezek a résztvevők mégis „2”-es pontszámot kell, hogy kapjanak, arra alapozva, hogy egy stressztől és elköteleződéstől mentes élet jelentős merevségre és szegényes megküzdésre utal.

38. kérdés: Elnyomás (Szuppresszió / Tudatos félretevés)

- Feltehető a következő kérdés: „Lehet erre egyfajta „bedobozolásként” is gondolni, amikor a nyomasztó dolgokat félre tudjuk tenni annyi időre, amíg továbbmegyünk és elvégezzük a feladatainkat. Ez olyasmi, amire Ön képes?”

40. kérdés: Perfekcionizmus

- Ha a személy egyáltalán nem lelkiismeretes, vagy nincsenek olyan körülmények az életében, ahol az ilyen ambíciót észszerűen alkalmazni lehetne, „2”-es értékelést adunk.

41. kérdés: Önmaga felé fordított agresszió; Önelhanyagolás

- Az olyan válaszok, mint pl. „Nem alszom eleget”, „Nem eszem olyan jól (egészségesen), mint kellene, „0” értékpontot kapnak. (Nem számítanak jelentős patológiának.)

44. kérdés: Szuicídium

- Ha a személy azt válaszolja, hogy nem kísérelt meg öngyilkosságot az elmúlt 5 évben, megkérdezhetjük: „Előfordul-e, hogy az öngyilkosságra gondol?” „Milyen gyakran?”
- Ha viszonylag gyakran gondol öngyilkosságra, „1”-es értékelést kap, a jelentős vagy súlyos mértékben megjelenő szuicid fantáziák, tervek pedig „2”-es értékelést kapnak.

46. kérdés: Irigység

- Megkérdezhetjük, hogy a válaszadó érez-e neheztelést (ellenérzést) olyanok iránt, akik sikeresek vagy elértek valamit.

50. kérdés: Etikus (morális) cselekedet

- Azt próbáljuk felmérni, hogy a válaszadónak van-e egy internalizált, belsővé tett, mégis rugalmas erkölcsi kódexe, értékrendje. Ha pl. egy vallásos páciens, aki szerint a házasság előtti szex helytelen, de mégis folytat bizonyos szexuális aktivitást, továbbra is kaphat „0”-s pontszámot, amennyiben úgy látjuk, hogy egyébként küzd ezekkel a belső erkölcsi normákkal.

51. kérdés: Belsővé tett morális értékek

- Az erkölcsös viselkedésben vallásos normák által vezérelt személyek „1”-es értékelést kapnak, amennyiben a normát inkább a *büntetéstől való félelem* tartja fenn, semmint a jó és rossz világos érzékelése.

52. kérdés: Büntudat

- A büntudat ezt jelenti: „Rosszat tettem / bántottam valakit, és rosszul érzem magam, *amiért megbántottam őt*”, ahol a hangsúly a másik iránt érzett aggodalmon van. SZEMBEN AZZAL, HOGY pl. „Rosszul érzem magam, mert kudarcot vallottam.” VAGY „Bűnösnek érzem magam”, ami alatt tulajdonképpen azt érti, „tudom, hogy helytelen dolgot tettem, és arra figyelek, hogy én mennyire rossz ember vagyok, mekkora hibát vétettem, és ezért büntetést érdemlek”. Ez inkább egy paranoid / szégyen dinamika. *A kleini „depresszív pozíció” értelmében vett büntudatra való képesség* meglétét keressük itt: „megbántottam másokat, bánom és aggaszt mindaz a kár, amit nekik okoztam”; Kell, hogy legyen erre rálátása, ill. erőfeszítést tegyen, hogy a jövőben másképp viselkedjen, vagy jóvátegye a történeteket.
- „1”-es értékelés odaítéléséhez világos példákra van szükség, amelyekben megmutatkozik némi aggodalom azzal kapcsolatban, hogy a viselkedése kedvezőtlenül hatott másokra.
- A következő példák valójában jobban önkritikát, és kevésbé büntudatot fejeznek ki: pl. „Nem járok el edzeni”, „Jobb anyának kellett volna lennem, amíg a gyerekeim kisebbek voltak.” Ilyen esetben nem „0”, hanem „1” pontra értékeljük.
- Ha a válaszadó olyasmit mond, hogy „Mások szerint bűnös/hibás vagyok ebben vagy abban”, kérdezzük meg: „És *Ön* hogyan érez ezzel kapcsolatban?”
- Amennyiben a személy nem szolgál egyetlen példával sem, válaszát „9”-re értékeljük.