

Emil Benedik¹

Psihološki in psihoanalitični koncepti v psihiatričnih klasifikacijah motenj osebnosti DSM-5 in MKB-11

Psychological and psychoanalytic concepts in psychiatric classifications of personality disorders DSM-5 and ICD-11

Povzetek

Prispevek opisuje razvoj psihiatričnih klasifikacij motenj osebnosti, s posebnim poudarkom na novih klasifikacijah DSM-5 in MKB-11. Ti vpeljujeta pomembne novosti, saj vključujeta psihološke in psihoanalitične koncepte, ki so rezultat raziskovanja v psihologiji osebnosti in bogatih kliničnih izkušenj v psihoterapevtskih, posebej psihodinamsko orientiranih modalitetah. Novi klasifikaciji motenj osebnosti DSM-5 in MKB-11 opuščata kategorialni in uvajata dimenzi- onalni ocenjevalni model, spreminjata kriterije od pretežno simptomatskih v bolj introspektivno-psihološke in fenomenološke ter iščeta povezave z zdravim delovanjem osebnosti. Kljub temu obstaja tveganje, da bo psihiatrično diagno- sticiranje motenj osebnosti v praksi še vedno ostalo na deskriptivni, površinski ravni. Motnje osebnosti niso samo še ena psihiatrična kategorija, ki jo je mogoče diagnosticirati oz. oceniti zgolj na podlagi rutinskega psihiatričnega intervjuja ter opazovanja vedenja posameznika, ampak zahteva poglobljeno oceno oseb- nostnega funkcioniranja. Ta ne zajema samo vedenjskih značilnosti, ki jih lahko pridobimo s samoocenjevalnimi tehnikami in intervjuji, temveč tudi psihodi- namske, razvojno-procesne in nezavedne vidike, za oceno katerih je potrebna uporaba manj strukturiranih metod in testov. Novi kriteriji za motnje osebnosti v DSM-5 in MKB-11 tako implicirajo psihoanalitična in kliničnopsihološka diagnostična znanja ter izkušnje, ki so že zajeta v nekaterih psihoterapevtskih klasifikacijskih sistemih kot sta PDM-2 in OPD-2.

Ključne besede: motnje osebnosti, DSM-5, MKB-11, psihoanaliza, kliničnopsihološka diagnostika, PDM-2, OPD-2, psihoterapija

¹ doc. dr. Emil Benedik, spec. klin. psih. in psihoterapevt, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Univerza Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana. emil.benedik@gmail.com

Abstract

The article describes the development of psychiatric classifications of personality disorders, with special emphasis on the new classifications DSM-5 and ICD-11. The alternative version of personality disorders in DSM-5 and new version of personality disorders in ICD-11 introduce important innovations, as they include psychological and psychoanalytical concepts. These are the result of research in psychology of personality and extensive clinical experience in psychotherapy, particularly psychodynamically oriented modalities. The new classifications of personality disorders in DSM-5 and ICD-11 abandon the old categorical model and introduce a dimensional assessment. The criteria have been changed from predominantly symptomatic to more introspective-psychologically and phenomenologically oriented, connections with healthy functioning personality are indicated as well. Nevertheless, there is a risk that in praxis psychiatric diagnoses of personality disorders will still be based on a descriptive, symptomatic level. Personality disorders are not just another psychiatric category that can be diagnosed or assessed using routine psychiatric interview and observation of the individual's behavior, but requires in-depth assessment of personality functioning. The assessment of personality disorders does not only cover behavioral characteristics that can be identified by self-assessment techniques and interviews, but also includes psychodynamic, development-process and unconscious aspects, for the evaluation of which it is necessary to use less structured methods and tests. The new criteria for personality disorders in DSM-5 and ICD-11 imply psychoanalytic and clinical psychological diagnostic knowledge and experience, which are already covered in some psychotherapeutic classification systems such as PDM-2 or OPD-2.

Key words: personality disorders, DSM-5, ICD-11, psychoanalysis, clinical psychological diagnostics, PDM-2, OPD-2, psychotherapy

Extended abstract

The official psychiatric classification of personality disorders, which began with the DSM-I (APA, 1952), was initially strongly influenced by the categorical classifications of Kreapelin and Schneider (Coolidge et al., 1998) and, on the other hand, by psychoanalytic theories of personality (Shorter, 2005). An important milestone in the development of the psychiatric concept and classification of personality disorders is the introduction of the multi-axis system in DSM-III (APA, 1980), which separated personality disorders from other mental disorders and moved them to axis II. At that time, according to some, the real diagnosis

of personality disorders had just begun (Coolidge et al., 1998) - as a specific expression of personality. The question of the relationship between personality and other symptomatic mental disorders was raised as well. However, DSM-III follows Kreapelin's categorical system and, by moving away from psychoanalysis, tries to establish itself as atheoretical classification (Natoli, 2019).

Along with clinical research on personality disorders, psychological assessment of personality was developed, which was derived from the normal (average) population and, unlike the psychiatric idiographic, categorical and biological approach, was based on nomothetic, phenomenological, statistical-dimensional research. In this framework, factor theories of personality were created (Allport, 1961; Eysenck, 1970; Cattell et al., 1970; Costa & McCrae, 1992) and the understanding of personality disorders as a quantitatively extreme expression of normal personality traits (Jaspers, 1968). Considering that individuals with personality problems very often seek psychotherapeutic help (Coolidge & Segal, 1998), psychotherapists are also interested in personality functioning in their practical work. Categorical and symptom-based psychiatric classifications of mental disorders cannot help much in this, because they are primarily interested in what kind of relationship they will be able to establish with their clients, whether and how they will be able to access their resources in order to be able to help them effectively (Bartuska et al., 2008). The assessment of the personality structure and its pathology is necessary for planning appropriate therapeutic treatment, as clients with more pronounced personality disorders need a more structured and supportive approach and a firmer therapeutic agreement than those with milder personality pathology (Caligor et al., 2018; Clarkin et al., 2020; Bach & Simonsen, 2021). However, this information cannot be obtained through psychiatric assessment systems and classifications. Therefore, alternative classifications of mental and personality disorders have appeared, such as Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force, 2006) and Operationalized Psychodynamic Diagnostic System - OPD (OPD Task Force, 2007), which try to capture the overall functioning of the personality, i.e. not only symptomatic or behavioral, but also processual, dynamic and unconscious aspects.

The latest editions of psychiatric classifications, first DSM-5 (APA, 2013) and then ICD-11 (WHO, 2019), introduce important innovations in the field of understanding and classification of personality disorders, as they reintroduce psychological and psychotherapeutic (mainly psychodynamic) criteria for personality disorders. The alternative version of diagnosing personality disorders in DSM-5 (APA, 2013) represents a kind of hybrid, categorical-dimensional model, as it tries to integrate different views on personality disorders and approaches to their assessment. This model combines different assessment paradigms,

psychiatric (symptomatic-categorical) and psychological (trait-dimensional), and at the same time offers a functional and structural assessment of personality, which derives mainly from psychoanalytic, but also partly from social-cognitive, personological and interpersonal paradigms (Wiggins, 2003). The basic concepts here are impairment of personality functioning and pathological personality traits. The core of personality pathology is defined by disorders of the self and interpersonal functioning (criterion A), which are concepts that have been established mainly in the psychodynamic paradigm (Kernberg, 1986). Pathological personality traits (criterion B) derive from the „Big Five“ normal dimensions of personality (Goldberg, 1993; Costa & McCrae, 1992) and represent a maladapted form of them, or the extreme level of the expressed dimension: negative emotionality is the extreme form of neuroticism, detachment of introversion, antagonism of unacceptability, disinhibition of unconscientiousness and psychoticism of unlucidity.

The ICD-11 follows the alternative classification of personality disorders from the DSM-5 it tries to dimensionalize this area. It defines personality disorders as „problems in functioning regarding self-perception (identity, self-evaluation, accuracy of self-perception, self-direction) and/or problems in interpersonal relationships (ability to develop and maintain close and mutually satisfying relationships with others, ability to understand others and manage interpersonal conflicts)“ (WHO, 2019). Similar to DSM-5, it introduces two criteria for establishing a diagnosis: depth of personality pathology and personality traits, or patterns. The depth of personality pathology refers to problems with experiencing oneself and disturbances in interpersonal relationships, which is assessed on a scale of mild, moderate and severe, and a diagnosis of *t. i.* a personality difficulty that does not reach the threshold of a personality disorder. The personality traits are also similar to those in the DSM-5, with the difference that the trait psychoticism is replaced by anankastia, because schizotypy is understood as part of the schizophrenic spectrum in the ICD classifications (Tyrer et al., 2019). It also introduces the additional option of diagnosing a borderline personality pattern. This disorder is the only one of the „old categories“ that has not been abandoned, mainly due to severe criticism from various organizations that study personality disorders (Tyrer et al., 2019; Herpertz et al., 2017), so it might had happened, that pragmatic, practical decisions also influenced scientific ones. Presented the criteria and guidelines for assessing the expression of personality pathology in ICD-11 do address the areas where it is reflected, but the criteria for determining the degree of expression are loose, unclear, presented only on a descriptive level, following the example of symptomatic classifications of mental disorders (Bach et al., 2022).

The new classifications for personality disorders, the alternative classification from DSM-5 and the official version from ICD-11, despite the significant shift towards a dimensional understanding of disorders and despite the fact that they summarize the new criteria of personality disorders from different assessment paradigms - mainly from psychoanalytic and multivariate psychological models - as atheoretical systems, they still remain only at the descriptive and symptomatic level. This is not enough for a deeper understanding of (pathological) personality functioning, so for now psychotherapeutic classification systems such as PDM-2 and OPD-2 are more useful in the clinical practice of treating personality disorders (Lingiardi & McWilliams, 2017; Westen et al., 2012). The development of appropriate diagnostic instruments and procedures is necessary for the implementation of the DSM-5 and ICD-11 classifications of personality disorders in clinical practice (Bach et al., 2022).

The new classification system implies knowledge from psychodynamic, developmental and process psychotherapeutic diagnostics on the one hand, and from the psychometric understanding of data on personality traits obtained from psychological personality questionnaires on the other. In addition, the assessment of personality structure and pathology requires a lot of time, which is difficult to provide in everyday psychiatric practice (Blüml & Doering, 2021). Personality disorders are not just another psychiatric category that can be diagnosed or assessed on the basis of a routine psychiatric interview and observation of behavior, but requires an in-depth assessment of personality functioning: not only by identifying behavioral characteristics and data obtained with self-assessment questionnaires (e.g. Levels of Personality Functioning Scale; Bender et al., 2011; Personality Inventory for DSM-5 - PID-5; Krueger et al., 2012) and interviews (e.g. Structural interview for personality organization; Clarkin et al., 2016), but also by the analysis of individual performance in less structured problem situations. Namely, personality assessment addresses subjectivity (Waugh, 2019), which may be properly integrated with objective data (Parnas et al., 2012). The use of self-assessment questionnaires and interviews is not enough to assess personality (Jaspers, 1986; Kendler, 2005; Markova et al., 2009), since this, in addition to conscious, phenomenological aspects, also contains process, dynamic and unconscious aspects.

This data can only be obtained by using less structured questions and observing responses in more complex, less clear and emotionally burdensome problem situations, in the so-called *i. quasi-experimental* test conditions, such as those made possible by e.g. psychoanalytically oriented interviews and psychological tests such as the Rorschach assessment system R-PAS (Meyer et al., 2011; Mihura & Meyer, 2017) and TAT (Murray, 1992) - while understanding psychodynamics

and the developmental aspect of personality. An educated psychotherapist could also explore this dynamic through transference and countertransference in the relationship with the client, where he would address not only conscious but also unconscious processes. When assessing personality and its disorders, we have to use different measuring instruments (self-assessment questionnaires, ability tests and less structured tests), since they are used to assess different aspects of personality (Catell, 1988; Bornstein, 2009). These competencies, also due to the current trend taking place in psychiatry, the biological reductionism (Neimeyer, 2014), cannot be expected or even demanded from psychiatrists. Thus, there is a danger that the promising criteria for personality disorders from the ICD-11 will be trivialized and overgeneralized only at the behavioral level, which will once again (as in the entire history of psychiatric diagnosis of personality disorders) prevent an in-depth understanding of individuals with personality problems.

Despite the shortcomings and dilemmas presented, the new classifications of personality disorders DSM-5 and ICD-11 provide a solid basis for many psychotherapeutic approaches (Bach & Simonsen, 2021) and clinical psychological assessment and definitely represent a step forward in the understanding of personality disorders.

1. Uvod

Motnje osebnosti so utečeni vzorci doživljanja in vedenja, ki resno ovirajo posameznikovo sposobnost učinkovitega delovanja na psihičnem in socialnem področju. Zajemajo težave v doživljanju sebe, medosebnih (predvsem intimnih) odnosih, v profesionalnih in prostočasnih aktivnostih.

Osebnostne razlike in motnje so prepoznavali ter razlagali že stari Grki. Po Hipokratu je človekova narava odvisna od mešanice življenjskih sokov, ki določajo njegov temperament. Te je kasneje podrobneje opisal Galen: npr. za melanholični temperament je značilna prevlada črnega žolča, za kolerični temperament pa rumenega (Musek, 1988). Znani so tudi opisi karakterjev starogrškega filozofa Teofrasta, ki je imel velik vpliv na medicino zahodne Evrope v 17. in 18. stoletju, lahko pa bi iskali vzporednice teh opisov tudi v sodobnih psihiatričnih klasifikacijah: npr. sumničavi človek, ki verjame, da so vsi prevaranti (po Teofrastu), ustreza sodobnim opisom paranoidne motnje osebnosti). Pinel, Esquirol in Prichard so bili avtorji prvih opisov abnormalne osebnosti v psihiatričnih tekstih, pri čemer je bila osrednja pozornost posvečena psihopatskim, antisocialnim osebnostim (Crocq, 2013). Prichard je v zvezi s tem uporabil termin »moralna norost« (Coolidge idr., 1998). Koncept motenj osebnosti se je v psihiatriji uveljavil s klasifikacijami duševnih motenj Kreapelina in Schneiderja. Schneider (1950) je opisal 10 psihopatoloških osebnosti, kot jih je poimenoval, s katerimi je močno vplival na kasnejše klasifikacije motenj osebnosti (Coolidge idr. 1998). Po drugi strani so bile prve psihiatrične klasifikacije motenj osebnosti močno pod vplivom psihoanalitičnih teorij osebnosti (Shorter, 2005), ki so ključni pomen za razvoj osebnostnih tipov pripisovali zgodnjim izkušnjam v otroštvu – za razliko od Kreapelina, ki je motnje osebnosti razumel kot produkt vrojenega psihološkega defekta (Crocq, 2013). Motnje osebnosti so še bolj pridobile na pomenu ob popularizaciji psihoanalitičnih konceptov mejne in narcisistične osebnosti v klasifikacijah Ameriškega združenja psihiatrov DSM (APA, 1952; 1968). Nov pomemben mejnik v razvoju psihiatričnega pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti je vpeljava večosnega sistema v DSM-III (APA, 1980), ki je motnje osebnosti ločil od ostalih duševnih motenj in jih premaknil na drugo os. Takrat se je po mnenju nekaterih pravzaprav šele začelo pravo diagnosticiranje motenj osebnosti (Coolidge idr., 1998) – ki predstavljajo specifični izraz osebnosti, izpostavilo pa se je tudi vprašanje odnosa med osebnostjo in drugimi, simptomatskimi duševnimi motnjami. DSM-III sicer obnavlja Kreapelinov kategorialni sistem in se z odmikom od psihoanalize skuša vzpostaviti kot ateoretska klasifikacija (Natoli, 2019).

Povezano s kliničnim raziskovanjem motenj osebnosti, se je razvijalo psihološko ocenjevanje osebnosti, ki je izhajalo iz normalne (povprečne) populacije in je, za razliko od psihiatričnega, kategorialnega in medicinskega pristopa, temeljila na fenomenološkem, statistično-dimenzionalnem raziskovanju. V tem okviru so nastale faktorske teorije osebnosti (Allport, 1961; Eysenck, 1970; Cattell idr., 1970; Costa in McCrae, 1992) in razumevanje motenj osebnosti kot kvantitativno-ekstremnega izraza normalnih osebnostnih potez (Jaspers, 1968).

Glede na to, da posamezniki z osebnostnimi težavami zelo pogosto iščejo psihoterapevtsko pomoč (Coolidge in Segal, 1998), tudi psihoterapevte pri svojem praktičnem delu zanima delovanje osebnosti. Pri tem si s kategorialnimi in na simptomatiki temelječimi psihiatričnimi klasifikacijami duševnih motenj ne morejo dosti pomagati, saj jih v prvi vrsti zanima, kakšen odnos bodo lahko vzpostavili s svojimi klienti in/ali kako bodo lahko dostopali do njihovih virov, da bi jim lahko učinkovito pomagali (Bartuska idr., 2008). Ocena strukture osebnosti in njene patologije je nujna za načrtovanje ustrezne terapevtske obravnave, saj klienti z izrazitejšimi motnjami osebnosti potrebujejo bolj strukturiran in podporen pristop ter jasnejši terapevtski dogovor kot tisti z blažjo patologijo osebnosti (Caligor idr., 2018; Clarkin idr., 2020; Bach in Simonsen, 2021). Teh informacij pa s psihiatričnimi ocenjevalnimi sistemi in klasifikacijami ni mogoče pridobiti. Zato so se pojavile alternativne klasifikacije duševnih in osebnostnih motenj, kot sta npr. Psihodinamski diagnostični priročnik (PDM Task Force, 2006) in Operacionaliziran psihodinamični diagnostični sistem – OPD (OPD Task Force, 2007), ki skušata zajeti celostno delovanje osebnosti, torej ne samo simptomatski oz. vedenjski, temveč tudi procesni, dinamski in nezavedni vidiki. V teh okoliščinah smo pričakali najnovejši izdaji psihiatričnih klasifikacij, najprej DSM-5 (APA, 2013) in nato še MKB-11 (WHO, 2019), ki uvajata pomembne novosti na področju razumevanja in klasificiranja motenj osebnosti, saj ponovno vpeljujeta psihološke in psihoterapevtske (predvsem psihodinamske) koncepte osebnosti.

2. **Motnje osebnosti v sodobnih psihiatričnih klasifikacijah**

Psihiatrična diagnostika motenj osebnosti, kot edinstvene in ločene diagnostične entitete, se je začela šele s prvo izdajo Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj DSM-I (APA, 1952), ki je sledila Kreapelinovi in Schneiderjevi kategorialni klasifikaciji mentalnih oz. osebnostnih motenj (Coolidge idr., 1998). Motnje osebnosti so bile opredeljene kot razvojni deficiti ali patološki proces v osebnostni strukturi, ob minimalni subjektivni anksioznosti ter brez občutenja nelagodja.

Pri tem je bil poudarek na trajnih patoloških vzorcih vedenja, ne pa na mentalnih in čustvenih simptomih. Motnje osebnosti so bile razdeljene v tri glavne skupine: motnje osebnostnih vzorcev (npr. shizoidna in paranoidna motnja osebnosti), motnje osebnostnih potez (npr. čustveno nestabilna osebnost in kompulzivna osebnost) in sociopatske osebnostne motnje (sem so uvrščali posameznike z antisocialnimi motnjami, seksualnimi deviacijami in zasvojenostjo). Opisi za posamezno motnjo so bili siromašni, zanesljivost in veljavnost sta bili nizki (Natoli, 2019). DSM-I se je zelo uveljavila v psihiatriji, edino konkurenco ji je predstavljala Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB), ki je prav tako vključila poglavje mentalnih motenj, a šele v osmi verziji MKB se je pojavila tudi diagnostična kategorija motenj osebnosti (WHO, 1968).

V DSM-II (APA, 1968) so bile motnje osebnosti opredeljene kot globoko zakoreninjeni neprilagodljivi vzorci vedenja, ki se po kakovosti opazno razlikujejo od psihotičnih in nevrotičnih motenj. Gre za trajne življenjske vzorce, ki so pogosto prepoznani v adolescenci ali že prej (APA, 1968). Tako kot v prvi verziji priročnika gre tudi v tej verziji za kategorialno klasifikacijo, ki je bila močno pod vplivom psihoanalitičnih teorij osebnosti, ki so prevladovale v tedanji psihiatriji. Zgodovina psihoanalitične teorije in klinične prakse je namreč bogata z opisi specifičnih tipov osebnosti, kot so histerična osebnost (Janet), multipla osebnost (Prince) ipd. Freud je predstavil strukturalni model psihe (Freud, 1961; 2012), na podlagi katere so nasledniki razvijali teorije nevrotičnih karakterjev, kot so shizoidni, oralni, analni, narcisistični in histerični (glej npr. Abraham, 1957; Shultz-Hencke, 1952). Vendar so bile posamezne motnje osebnosti tudi v DSM-II pomanjkljivo definirane, skopo opisane z enim ali dvema stavkoma, problemi zanesljivosti in veljavnosti diagnoze so bili še vedno močno prisotni (Natoli, 2019).

DSM-III (APA, 1980) predstavlja radikalni premik iz psihoanalitične k vedenjski paradigmi (Coolidge in Segal, 1998) oz. k t. i. ateoretskemu sistemu. Poleg bolj jasno definiranih kriterijev za vsako posamezno motnjo osebnosti in večji nevtralnosti glede etiologije (Natoli, 2019), je bila pomembna novost večosni sistem klasifikacije mentalnih motenj, ki je temeljil na biopsihosocialnem modelu psihičnih motenj (Paris, 1994). Motnje osebnosti so bile umeščene na drugo os, ločene so bile od simptomatskih motenj. S tem se je odprl nov vidik razumevanja duševnih motenj, ne samo z vidika biologije in socialnega okolja, ampak tudi z vidika osebnosti. Tako je bilo potrebno pri vsakem pacientu oceniti tudi osebnostno delovanje (oz. potencialne motnje osebnosti) in preučiti povezanost osebnosti s prvo osjo – psihiatričnimi simptomi. To je bila posebnost te klasifikacije, saj MKB ni sledila večosnemu sistemu. Prav tako so bili v DSM-III vpeljani novi kriteriji za posamezno motnjo osebnosti po načelu

prototipa: potrebno je bilo identificirati minimalno število ključnih značilnosti za postavitev diagnoze. Spremenilo se je tudi pojmovanje in sama definicija motenj osebnosti, ki sedaj izhajajo iz osebnostnih potez:

»Osebnostne poteze so dolgotrajni vzorci zaznavanja, odnosa do in razmišljanja o okolju in sebi ter se odražajo v širokem spektru pomembnih socialnih in osebnih kontekstih. Za motnje osebnosti gre samo v primerih, ko so te osebnostne poteze neprilagodljive in povzročajo pomembno okvaro socialnega ali poklicnega delovanja ter subjektivno stisko. Prepoznavne so v adolescenci ali že prej, nadaljujejo se v odrasli dobi, pogosto postanejo manj očitne v srednjih ali starejših letih« (APA, 1980).

S takšno definicijo se nakazuje dimenzionalni pristop, čeprav gre še vedno za kategorialno klasifikacijo. Glede na skupne značilnosti, so bile v DSM-III motnje osebnosti razvrščene v tri klastre: čudaške oz. ekscentrične, dramaturgične in anksiozne motnje, v kasnejših verzijah priročnika so to postale skupine A, B in C. Nadalje je DSM-III odprl pot za postavitev več posameznih diagnoz motenj osebnosti istočasno (Coolidge idr., 1998). Torej je lahko posameznik izpolnjeval kriterije za več osebnostnih motenj istočasno, kar je dodatno zameglilo diagnostično sliko.

Motnje osebnosti so v klasifikaciji DSM-IV (APA, 1994), DSM-IV-TR (APA, 2000) in aktualni klasifikaciji DSM-5 (APA, 2013) definirane kot

»dolgotrajen vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja, in se odražajo na naslednjih (vsaj dveh) področjih: kogniciji, čustvovanju, medosebnih odnosih in/ali nadzoru impulzov. Niso rezultat psihofizioloških učinkov ali substanc oz. splošnega somatskega stanja ali drugih mentalnih motenj. Ti vzorci so prodorni, togi in stabilni, pojavljajo se že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi. Vodijo h klinično pomembnim subjektivnim težavam ali okvaram na socialnem, zaposlitvenem in na drugih področjih posameznikovega delovanja« (APA, 1994, 2000, 2013).

Podobno kot v DSM-III, klasifikaciji DSM-IV in DSM-5 zajemata opis posameznih motenj osebnosti. Vsako motnjo sestavlja skupek osebnostnih oz. vedenjskih lastnosti. Posameznik dobi diagnozo za posamezno motnjo, če ustreza kritičnemu številu lastnosti iz posamezne kategorije (npr. pet lastnosti od devetih iz kategorije mejne motnje osebnosti). Posamezne motnje osebnosti so razdeljene v tri skupine. V skupini A so t. i. čudaške osebnosti, ki naj bi bile sorodne psihotičnim motnjam (shizoidna, shizotipska in paranoidna motnja osebnosti), skupina B opisuje „dramatike“, posameznike s pestro in spremenljivo psihiatrično simptomatiko (histrionična, narcisistična, mejna in antisocialna motnja osebnosti), skupina C pa naj bi bila blizu nevrotičnim motnjam,

saj je glavna značilnost teh osebnosti povečana anksioznost (obsesivno-kompulzivna, izogibajoča in odvisnostna motnja osebnosti). Gre pravzaprav za skupek motenj, ki temeljijo na različnih teoretskih izhodiščih, npr. kriteriji za mejno motnjo osebnosti izhajajo iz psihoanalitičnega pristopa (Kernberg, 1986), kriteriji za izogibajočo motnjo osebnosti pa iz Millonove evolucijske teorije osebnosti (Millon, 1996).

V deseti, aktualni izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni MKB-10 (WHO, 1992), ki jo uporabljamo tudi v Sloveniji, so motnje osebnosti definirane kot resne motnje karakterne konstitucije in vedenja posameznika. V tej klasifikaciji so zajete podobne motnje osebnosti, kot jih najdemo v DSM-IV in DSM-5. Od ameriške se razlikuje v tem, da ni opisa za shizotipsko motnjo, ker je premeščena v kategorijo psihotičnih motenj, kamor naj bi spadala glede na družinsko, genetsko povezanost. Kategorijo antisocialna motnja nadomešča disocialna motnja, mejna motnja je ob impulzivnem tipu pod oznako emocionalno nestabilna motnja osebnosti. Termin obsesivno-kompulzivna motnja pa zamenjuje anankastična motenost. V MKB-10 ne najdemo opisa za narcisistično motnjo osebnosti, zasledimo le njeno omembo pod kategorijo Druge motnje osebnosti. Ta razporeditev vsebuje kar štiri kategorije za nespecifične, mešane in druge motnje osebnosti, kar je eden izmed pokazateljev težav, s katerimi se srečujemo pri klasificiranju (Benedik, 1997).

Težave psihiatričnih klasifikacij motenj osebnosti so sicer dobro znane in opisane v literaturi. DSM-IV, DSM-5 in MKB-10 so kategorialne klasifikacije, saj psihiatrija kot medicinska veda izhajajo iz klasičnih medicinskih diagnostičnih modelov, ki opisujejo simptome, motnje oz. bolezni po metodi izključevanja »obstaja – ne obstaja« (Benedik, 1997). Posameznika torej ocenjujemo samo glede tega, ali izpolnjuje merila za določeno motnjo ali ne. Ob takšnem klasificiranju nastanejo težave pri ocenjevanju psiholoških fenomenov kot je osebnost (Zachar in Kendler, 2007), saj ni mogoče jasno določiti meje med zdravim in patološkim (Westen idr., 1998). Tudi najnovejša klasifikacija DSM-5 ostaja pri kategorialnem sistemu, čeprav avtorji priznavajo, da so meje med posameznimi motnjami bolj »fluidne«, kot jih je prepoznaval DSM-IV (APA, 2013). Prav tako se številni simptomi določene motnje pojavljajo v različnih stopnjah intenzivnosti. DSM-5 zato vpeljuje hibridni kategorialno-dimenzionalni sistem, a samo kot alternativni, raziskovalni model, ki ga predstavljamo v nadaljevanju.

Naslednja težava je, da psihiatrični kriteriji za motnje večinoma temeljijo na opisih vedenja in simptomov, ne pa procesno-dinamičnih in etioloških vidikov, kar je pri diagnosticiranju motenj osebnosti še posebej problematično. Ocene, ki temeljijo na vedenjskih kriterijih, lahko hitro povzročijo zmedo, saj je vedenje zelo spremenljivo pri specifični osebnosti, poleg tega pa se različne osebnostne

značilnosti odražajo v podobnem vedenju oz. »simptomu« (Millon, 1996). Po Beutlerju in sodelavcih (1998) za nobeno motnjo v klasifikacijah duševnih motenj niso značilni specifični simptomi. Za razliko od splošne medicine, kjer so simptomi odvisni od bolezni, se v psihiatriji pojavlja, da je simptom že sama bolezen (glej npr. kriterije za paranoidno motnjo osebnosti, ki temeljijo na glavnem simptomu - patološki nezaupljivosti). Suhoparni vedenjski kriteriji za posamezne motnje osebnosti se pogosto prekrivajo, zato je veliko pacientov diagnosticiranih z več kot eno motnjo (Westen idr., 1999). Takšna komorbidnost (tj. sočasna prisotnost različnih motenj oz. bolezni) je umetno povzročena s sistemom klasificiranja osebnosti v ozke kategorije (Benedik, 1997). Nadalje diagnosticiranje motenj osebnosti nima povezave z zdravo osebnostjo, zanemara pa tudi blažjo osebnostno patologijo, npr. depresivno osebnostno motnjo, ki naj bi po raziskavah Westna in Shelderja (1999) celo prevladovala med populacijo. Te pomanjkljivosti sta avtorja skušala odpraviti s. t. i. Shedler-Westnovim ocenjevalnim postopkom SWAP – 200, ki omogoča sistematičen, kvantificiran in klinično bogat psihološki opis pacientov ter specifičen postopek obdelave podatkov, Q-faktorsko analizo, ki minimalizira komorbidnosti in maksimira razlike. Na podlagi tega sta razvila novo razdelitev osebnostnih motenj (Westen in Shelder, 1999).

Psihiatrično klasificiranje je tudi preveč površno in neprilagojeno posamezniku. Dva pacienta, diagnosticirana z isto motnjo osebnosti, lahko delujeta in se prilagajata na povsem različnih ravneh osebnostne organiziranosti, zato je njuna prognoza povsem različna, kar pa iz takšne diagnoze ni razvidno (Kernberg, 1986; Millon, 1996;). Motnje osebnosti oz. same osebnosti ne moremo razumeti samo z vidika »simptomov«. Naslednji problem se nanaša na vprašanje odnosa osebnosti z drugimi duševnimi oz. psihičnimi motnjami. Rezultati raziskav potrjujejo povezanost različnih psihičnih motenj z motnjami osebnosti in izrazito komorbidnost (glej npr. Costa in Widiger, 2002; Millon, 1996; Paris, 1994; Zanarini idr., 1998). Motnje osebnosti niso samo še ena skupina v nizu duševnih motenj, temveč odraz osebnosti v »patoloških« razmerah, ki producira »psihiatrične motnje«. Korak k takšnemu razumevanju odnosa med osebnostjo in duševnimi motnjami je večosni sistem klasificiranja v DSM-III in DSM-IV, kjer so bile motnje osebnosti, za razliko od duševnih motenj, razvrščene na drugo os. V tem pogledu je bila ameriška klasifikacija bliže psihološkemu in psihoanalitičnemu razumevanju osebnosti kot pa MKB-10. Vendar je to prednost klasifikacija v najnovejši verziji izgubila, saj je (uradna) DSM-5 ukinila večosno klasificiranje, češ da osi niso neodvisne (APA, 2013). Argument, zakaj premakniti motnje osebnosti na prvo os oz. med ostale duševne motnje je bil tudi ta, da je diagnosticiranje motenj osebnosti stigmatizirajoče, saj motnje osebnosti implicirajo neozdravljivost in vseživljenjsko prisotnost: opisujejo,

»kaj posameznik je in ne kaj ima«, kot je to v primeru drugih duševnih motenj (Neimeyer, 2014). Vendar se s tem problem stigmatizacije ne rešuje, motnje osebnosti niso nič bolj „ozdravljive“ in nezaznamujoče, če so na osi skupaj z ostalimi motnjami. Problem je najbrž v nejasnem ločevanju, kaj je osebnostna lastnost in kaj je prepoznano kot motnja v specifičnih okoliščinah. Takšne in druge kritike psihiatričnega klasifikacijskega sistema DSM-IV so privedle do alternativnega modela motenj osebnosti v DSM-5 (APA, 2013) ter kasneje do uradne klasifikacije v MKB-11 (WHO, 2019), ki še čaka udejanjenje.

3. **Alternativna klasifikacija motenj osebnosti v DSM-5: nazaj k psihoanalitičnim in psihološkim konceptom**

Najnovejša klasifikacija DSM-5 (APA, 2013) po mnenju mnogih temelji na biološkem redukcionizmu in zapušča »ateoretični« pristop prejšnjih verzij priročnika (Neimeyer, 2014). »Ateoretičnost« klasifikacije motenj osebnosti je bila pravzaprav krinka za različne, včasih med seboj neskladne teorije (npr. že prej omenjena Millonova izogibajoča motnja osebnosti, psihoanalitični koncepti mejne, narcisistične in shizoidne motnje osebnosti). DSM-III in DSM-IV sta bila nekakšna zbirateljska albuma različnih teorij (Benedik, 1997), da bi zadostili željam čim širšega dela strokovne javnosti (Beutler idr., 2004). V DSM-5 pa je poudarek na nevroznosti kot najbolj preferirani usmeritvi in izključno biološki etiologiji motenj. Ukinjena je večosna klasifikacija, ukinjeni so vsi psihološki koncepti, ki nimajo dokazane biološke podlage, kot so npr. psihosomatske motnje, motnje odvisnosti oz. zasvojenosti, zanemarljivo se psihološki in socialni vplivi na duševne motnje. Depresija npr. ni več pojmovana kot motnja razpoloženja, ampak izključno kot patologija možganov, kot motnja energije in aktivacije (Neimeyer, 2014).

Raziskovalna skupina za motnje osebnosti DSM-5 pa je presenetljivo šla v nasprotno smer: v vključevanje psihoanalitičnih in psiholoških konceptov v kriterije (Natoli, 2019; Yalch, 2020). Ne glede na to, da v končni verziji priročnika ni bila sprejeta predlagana klasifikacija motenj osebnosti in ni bil upoštevan noben predlog raziskovalne skupine (Neimeyer, 2014) ter je v veljavi ostala nespremenjena verzija klasifikacije iz DSM-IV, je v priročniku v poglavju III predstavljena alternativna verzija, ki se je v nekoliko spremenjeni obliki kasneje uveljavila v MKB-11 (WHO, 2019). Alternativna verzija diagnosticiranja motenj osebnosti v DSM-5 predstavlja nekakšen hibridni, kategorialno-dimenzionalni model, saj skuša integrirati različne poglede na motnje osebnosti in pristope k ocenjevanju le-teh. Ta model združuje različne ocenjevalne paradigme,

psihiatrično (simptomatsko-kategorialno) in psihološko (potezno-dimenzionalno), hkrati pa ponuja funkcionalno in strukturalno oceno osebnosti, ki izhaja predvsem iz psihoanalitične, deloma pa tudi socialno-kognitivne, personološke in medosebne paradigme (Wiggins, 2003). Osnovna koncepta sta pri tem okvara osebnostnega delovanja (kriterij A) in patološke osebnostne poteze (kriterij B):

- a. Zmerna ali večja oškodovanost osebnostnega delovanja. Jedro osebnostne patologije določata motnje selfa in medosebne delovanja. Self sestavljata identiteta (doživljanje sebe kot edinstvenega, z jasnimi mejami med sabo in drugimi, s stabilnim samovrednotenjem, realnim samoocenjevanjem in zmožnostjo uravnavanja čustvenih izkušenj) in samostojno delovanje (zmožnost udejanjanja koherentnih in smiselnih kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, uporaba konstruktivnih in prosocialnih notranjih standardov vedenja, zmožnost produktivne samorefleksije). Področje medosebne delovanja pa zajema empatijo (razumevanje in upoštevanje izkušenj in motivov drugih, tolerantnost do različnih pogledov, razumevanje učinkov lastnega vedenja, ki ga ima na druge) in intimnost (globoka in trajna povezanost z drugimi, želje in kapacitete za bližino, vzajemnost v medosebnih odnosih). Izraženost oškodovanosti osebnostnega delovanja ocenjujemo s petstopenjsko lestvico (0 – brez, 1 – blaga, 2 – zmerna, 3 – resna ali 4 – izrazita okvara), na podlagi katere ocenimo vrsto in intenziteto osebnostne motnje. Zmerna raven izraženosti okvare je minimalni kriterij za diagnozo osebnostna motnja (APA, 2013). Ocena oškodovanosti osebnostnega delovanja naj bi bila rezultat intervjuja, konstruirani pa so bili tudi samoocenjevalni vprašalniki, ki merijo te značilnosti. Eden takšnih je Skala za ocenjevanje osebnostnega delovanja« (Levels of Personality Functioning Scale LPFS; Bender idr., 2011);
- b. Patološke osebnostne poteze. Osebnostna poteza je definirana kot težnja konstantnega čustvovanja, zaznavanja in vedenja (APA, 2013). Poteze se nanašajo na »Velikih pet« dimenzij osebnosti (Goldberg, 1993; Costa in McCrae, 1992) in predstavljajo neprilagojeno obliko le-teh oz. skrajno stopnjo izraženosti dimenzije: negativno čustvovanje je skrajna oblika nevroticizma, odtujenost introvertnosti, antagonizem nesprijemljivosti, dezinhibicija nevestnosti in psihotizem nelucidnosti oz. zaprtosti. Te poteze sestavlja skupno 25 poddimenzij, ki temeljijo na metaanalitičnem pregledu in empiričnih podatkih (Krueger in Markon, 2014). Ko ocenjujemo patološke vidike osebnosti specifičnega posameznika, ga opišemo z vsemi petimi dimenzijami – s pomočjo za to konstruiranih samoocenjevalnih vprašalnikov, kot je npr. Osebnostni vprašalnik za DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5 - PID-5; Krueger idr., 2012) ali na podlagi klinične ocene teh poddimenzij (Hopwood idr., 2019).

Tabela 1

Patološke osebnostne poteze v povezavi z dimenzijami »velikih pet« in njihove poddimenzije v PID-5 (Krueger idr., 2012)

Dimenzija	Poddimenzije
Negativno čustvovanje (vs. čustvena stabilnost)	čustvena labilnost, anksioznost, separacijska negotovost, podredljivost, sovražnost, depresivnost, sumničavost, omejena čustvenost (nasprotni pol), perseverativnost
Odtujenost (vs. ekstraverzija)	socialni umik, izogibanje intimnosti, anhedonija, depresivnost, omejena čustvenost, sumničavost
Antagonizem (vs. sprejemljivost)	manipulativnost, prevare, grandioznost, iskanje pozornosti, brezčutnost, sovražnost
Dezinhibicija (vs. vestnost)	neodgovornost, impulzivnost, motnje pozornosti, tvegano vedenje, pomanjkanje vestnosti in natančnosti (nasprotni pol rigidnega perfekcionizma)
Psihoticizem (vs. lucidnost – odprtost)	nenavadna prepričanja in doživetja, čudaštvo, kognitivne in zaznavne motnje

Alternativni model ocenjevanja osebnosti DSM-5 skuša integrirati dimenzionalni (nomotetični) in tipološki (idiografski) pristop k razumevanju in ocenjevanju osebnosti. Obenem želi združiti različne paradigme, predvsem psihoanalitično, pa tudi personološko in medosebno (Bender idr., 2011). Predstavniki psihoanalitične paradigme z avtorji kot so Freud, ki je poudarjal kapacitete za delo in ljubezen (Freud, 1961), Erikson s svojo razvojno teorijo identitete in intimnosti (Erikson, 1963; 1968), Blatt z anaklitično in introjektivno razvojno linijo, empatijo ter samousmerjanjem (Blatt idr., 2001; Blatt, 2008), Kernberg s kriteriji za raven osebnostne organizacije, ki temelji na jasnosti identitete, zrelostjo obrambnih mehanizmov in ohranjenosti nadzora nad realnostjo (Kernberg, 1986; Clarkin idr., 2016) ter Fonagy s konceptom mentalizacije, reflektivne funkcije, razumevanja intencionalnih stanj sebe in drugih (Fonagy, 1999; Fonagy idr., 2002; Bateman idr., 2004), so močno zaznamovali kriterije za oceno okvare osebnostnega delovanja (kriterij A).

Iz psihoanalitične paradigme izhajajo tudi manj strukturirani instrumenti, ki so nujni za naslavljanje vprašanj o identiteti in kakovosti medosebnih odnosov, saj do ocene teh ni mogoče priti z samoocenjevalnimi vprašalniki ali strukturiranimi intervjuji, ki imajo glede tega omejitve: klient namreč poroča o sebi samo tisto, kar je sposoben prepoznati pri sebi in kar je pripravljen razkriti – oba pogoja pa pri osebnostno motenih posameznikih pogosto nista izpolnjena,

saj je njihova samoocena nekritična, še posebej glede ključnih težav imajo »slepo pego«. Najbolj uveljavljeni manj strukturirani testi so Rorschachov ocenjevalni sistem R-PAS (Meyer idr., 2011; Mihura in Meyer, 2017), Tematsko apercpcijski test (Murray, 1992) z ocenjevalnim sistemom SCORS-G (The Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method; Westen, 1995; Stein in Slavin-Mulford, 2017) in Blattova lestvica reprezentacije sebe in pomembnih drugih v samoopisih (Blatt idr., 1993; Blatt idr., 1992). Oceno teh kriterijev lahko pridobimo tudi skozi manj strukturirana vprašanja, ki so pridružena psihoanalitičnim intervjujem (npr. Strukturiranemu intervjuju za osebnostno organizacijo STIPO-R; Clarkin idr., 2016), ali skozi analizo neverbalne komunikacije, transferja in kontratransferja v psihoterapevtskem procesu. Medosebna paradigma (Wiggins, 2003) izpostavlja posameznika v kontekstu medosebnih odnosov, ki jih ocenjujemo na dimenzijah dominantnost-podredljivost in toplina-distanciranost (Pincus, 2010). Tu lahko najdemo vzporednice z A kriteriji alternativne klasifikacije DSM-5: identiteto, usmerjenostjo k ciljem, intimnostjo in empatijo. Poleg samoocenjevalnih vprašalnikov in ocenjevalnih shem (Pincus idr., 2019) se avtorji, kot so Girard, Wright in drugi (Girard idr., 2018; Lizdek idr., 2012), usmerjajo tudi na preučevanje socialnih interakcij preko video posnetkov in računalniške obdelave podatkov (Računalniško kontinuirano ocenjevanje medosebne dinamike CAID). V okviru personološke paradigme (McAdams, 1993) ocena osebnosti izhaja iz analize naracij, življenjskih zgodb in avtobiografij (npr. Life Story Interview - LSI; McAdams, 2008), na podlagi katerih lahko izluščimo značilnosti doživljanja sebe in značilnosti medosebnih odnosov ter motnje teh funkcij (McAdams idr., 2001).

Kriterij B (ocena patoloških osebnostnih potez) alternativne klasifikacije motenj osebnosti iz DSM-5 temelji na treh Wiginsovih (Wiggins, 2003) paradigmah: že opisani medosebni, ki izpostavlja medosebne odnose, empirični, ki se osredotoča na odnos osebnosti s psihiatričnimi kategorijami motenj, še najbolj pa na multivariatni (Krueger, 2019). Slednja uporablja faktorske metode za ugotavljanje primarnih dimenzij osebnosti s pomočjo samoocenjevalnih vprašalnikov, predvsem vprašalnika Velikih pet osebnostnih dimenzij (Goldberg, 1993; Costa in McCrae, 1992; Costa in Widiger, 2002) in povezanosti teh dimenzij z motnjami osebnosti (Widiger in Trull, 2007). V ta namen je nastal že omenjeni Vprašalnik osebnosti za DSM-5 (PID-5; Krueger idr., 2012). Glavni ocenjevalni instrument empirične paradigme je Minesotski multifazični osebnostni vprašalnik MMPI (Hathaway in McKinley, 1942), ki zajema osebnostne in psihopatološke lestvice. Faktorska analiza najnovejše verzije vprašalnika MMPI-2-RF odkriva tri klastre, v katere se razvrščajo lestvice vprašalnika in sicer: čustveno internalizirajoče disfunkcije, motnje mišljenja in vedenjsko-eksternalizirajoče disfunkcije

(Ben-Porath in Tellegen, 2011). Ugotovitve so skladne z novim empiričnim hierarhičnim modelom psihopatologije HiTOP (Kotov idr., 2017), ki kategorizira manifestne vedenjske motnje. Glavni prispevek nove verzije MMPI-2-RF na področju motenj osebnosti so skale PSY-5, ki se pomembno povezujejo z dimenzijami Velikih pet, PID-5 (Harknes idr., 2014) in B kriteriji v alternativni klasifikaciji motenj osebnosti DSM-5 (Anderson idr., 2013).

Z multivariatnimi metodami avtorjem ni uspelo identificirati vseh tradicionalnih motenj osebnosti (shizoidne, paranoidne, histrionične in odvisnostne), zaradi česar so poželi številne kritike klinikov. To je najbrž tudi eden izmed razlogov (poleg pomanjkanja empiričnih podatkov), zakaj ta ocenjevalni model ni bil sprejet kot uradna, temveč samo kot alternativna, raziskovalna verzija (Krueger, 2019; Neimeyer, 2014). Spodbudno pa je, da se tudi v DSM klasifikaciji usmerjajo h konceptu dimenzionalnega ocenjevanja motenj osebnosti.

4.

Klasifikacija motenj osebnosti v MKB-11

Enajsta verzija Mednarodne klasifikacije bolezni MKB-11 (WHO, 2019) je stopila v veljavo leta 2022 (WHO, 2022). V Sloveniji naj bi v letu 2023 dobila svoj prevod, uporabljati pa naj bi jo začeli v dolgem prehodnem obdobju. ICD-11 naj bi sledila DSM-5, v načrtu je bilo poenotenje obeh vodilnih klasifikacij psihiatričnih motenj (Neimeyer, 2014), kar pa se očitno ni povsem uresničilo. Res je DSM-5 po zgledu MKB opustila večosno klasifikacijo, vendar pa MKB-11 ni opustila kategorije motenj razpoloženja, prav tako ne koncepta odvisnosti. Na področju klasificiranja motenj osebnosti, MKB-11 sledi alternativni klasifikaciji iz DSM-5, torej skuša to področje dimenzionalizirati. Motnje osebnosti definira kot

»težave v delovanju glede doživljanja sebe (identiteta, samovrednotenje, točnost doživljanja sebe, samousmerjanje) in/ali težave v medosebnih odnosih (zmožnost razvijanja in ohranjanja tesnih in vzajemno zadovoljujočih odnosov z drugimi, zmožnost razumevanja drugih in obvladovanja medosebnih konfliktov« (WHO, 2019).

Podobno kot DSM-5 uvaja dva glavna kriterija za postavitev diagnoze: globina osebnostne patologije in osebnostne poteze oz. vzorci. Globina osebnostne patologije se nanaša na težave glede doživljanja sebe in motnje v medosebnih odnosih, kar se ocenjuje na lestvici blaga, zmerna in huda, možna pa je tudi diagnoza t. i. osebnostna težavnost, ki ne dosega praga osebnostne motnje. Osebnostne poteze so prav tako podobne kot v DSM-5, s to razliko, da so namesto poteze psihotizem dodali anankastičnost, ker je shizotipija v MKB klasifikacijah razumljena kot del shizofrenskega spektra (Tyrrer idr., 2019). Uvaja pa tudi dodatno možnost diagnosticiranja mejnega osebnostnega vzorca. Ta motnja je

edina od »starih kategorij«, ki ni bila opuščena, predvsem zaradi hudih kritik različnih organizacij, ki preučujejo motnje osebnosti (Tyrer idr., 2019; Herpertz idr., 2017), torej gre bolj za pragmatično kot strokovno odločitev.

V primerjavi z DSM-5 so v MKB-11 kriteriji za določanje ravni izraženosti osebnostnih motenj nekoliko razširjeni. Stopnja in razširjenost motenj na področju doživljanja sebe se nanašata na:

- stabilnost in koherentnost identitete;
- zmožnost ohranjanja splošno pozitivnega in stabilnega doživljanja lastne vrednosti;
- ustreznost samoocene osebnih značilnosti, moči in omejitev; ter
- kapacitete za samousmerjanje (zmožnost načrtovanja, izbiranja, odločanja in uresničitve ustreznih ciljev).

»Stopnja in razširjenost motenj v socialnih odnosih (npr. v intimnih odnosih, šoli/delu, v družinskih odnosih, v odnosih s prijatelji)« vključujeta:

- zanimanje za druge in pripravljenost vključevanja v odnose;
- zmožnost razumevanja in spoštovanja vidikov drugih;
- zmožnost razvoja in ohranjanja tesnih in vzajemnih, obojestransko zadovoljujočih odnosov;
- zmožnost konstruktivnega obvladovanja medosebnih konfliktov.

Nadalje je potrebno definirati »koliko so te težave razširjene, resne in kronične, v čustvenem, kognitivnem in vedenjskem izrazu osebnosti« (WHO, 2019). Pri tem čustveni vidik zajema obseg in ustreznost čustvenega doživljanja in izraza, preveliko ali premajhno čustveno odzivnost ter zmožnost prepoznavanja in sprejemanja nezaželenih, neprijetnih čustev. Kognitivni vidik se nanaša na ustreznost ocene situacije, medosebnih odnosov, zlasti pod stresom; zmožnost ustreznega odločanja v nejasnih situacijah ter stabilnost in prožnost sistema prepričanj. Vedenjski vidik pa predstavlja prožnost pri obvladovanju impulzov in moduliranju vedenja, upoštevanje situacije in posledice ter ustreznost vedenjskih odzivov ob intenzivnih čustvih in v stresnih okoliščinah (npr. možnost samopoškodovanja ali nasilja do drugih). V zadnjem kriteriju, ki se nanaša na izraženost osebnostne patologije, je potrebno oceniti obseg, v katerem so disfunkcije (na zgornjih področjih) povezane s tisko ali oškodovanostjo na osebnem, družinskem, socialnem, izobraževalnem, poklicnem ali drugih pomembnih področjih delovanja (WHO, 2019).

Predstavljeni kriteriji in smernice za oceno izraženosti osebnostne patologije sicer naslavljajo področja, kjer se ta odraža, vendar so kriteriji za določitev stopnje izraženosti ohlapni, nejasni, predstavljeni zgolj na deskriptivni ravni, po vzoru simptomatskih klasifikacij mentalnih motenj (Bach idr., 2022). Klinik, ki nima bogatih izkušenj z ocenjevanjem patologije selfa in medosebnih odnosov,

bo težko ocenil globino patologije, sploh če bo pri tem uporabljal zgolj podatke iz intervjujev in samoocenjevalnih vprašalnikov. Nekateri avtorji kritično dodajajo, da klasifikaciji MKB-11 manjkajo pomembni vidiki osebnosti, kot so obrambni mehanizmi in raven moralnega razvoja, ki sta pomembna napovedna terapevtska dejavnika (Blüml in Doering, 2021). Prav tako ni informacij o etiologiji in patogenezi za različne ravni osebnostne motenosti (Blüml in Doering, 2021). Kot pomoč za bolj kakovostno oceno osebnostne patologije lahko služijo ocenjevalni sistemi iz psihoanalitične paradigme, npr. Strukturirani intervju za ocenjevanje osebnostne organizacije STIPO-R (Clarkin idr., 2019), ki temelji na Kernbergovih kriterijih za določitev ravni osebnostne organizacije, pri čemer so koherentnost identitete, zrelost obrambno-varovalnih mehanizmov in ohranjenost nadzora nad realnostjo glavni kriteriji za oceno, ali gre za nevrotično, mejno ali nižje mejno oz. psihotično osebnostno organizacijo (Kernberg, 1986; Kernberg idr., 2005). Te ravni zelo spominjajo na blažjo, zmerno ali hudo osebnostno patologijo po novih kriterijih MKB-11. Tudi Lestvica socialne kognicije in objektivnih odnosov SCORS-G (Westen, 1995; Stein in Slavin-Mulford, 2017) nudi oporne točke za oceno blage, zmerne ali hude osebnostne patologije. Kapacitete za uravnavanje in procesiranje agresivnosti (npr. razpon izrazov agresije od sadiščno-destruktivnih odnosov do sebe in drugih, do integriranih, sublimiranih in nevtraliziranih izrazov agresivnosti) je lahko ena izmed takšnih opornih točk.

Kriterij B za oceno motenj osebnosti se nanaša na osebnostne poteze, ki so najbolj izražene in prispevajo k osebnostni motenosti. Te so kontinuirano povezane z normalnimi osebnostnimi značilnostmi. Gre za dimenzije, ki se nanašajo na strukturo osebnosti, ne za diagnostične kategorije. Uporabimo toliko osebnostnih potez, kolikor je potrebno za opis osebnostnega delovanja pri konkretnem posamezniku. Osebe z bolj resnimi motnjami osebnosti imajo načeloma več izraženih patoloških osebnostnih potez, ni pa nujno. Kot že večkrat omenjeno, osebnostne poteze izhajajo iz factorske strukture Velikih pet osebnostnih dimenzij, ki predstavljajo normalno osebnostno strukturo, njihovi ekstremni izrazi pa se nanašajo na patologijo osebnosti (Gore in Widiger, 2013). V MKB-11 je naveden seznam petih patoloških osebnostnih potez z glavnimi značilnostmi: negativno čustvovanje (prevlada negativnih čustev, čustvena labilnost in težave z uravnavanjem čustev, negativizem, negativno samovrednotenje in samozaupanje, nezaupanje), odtujenost (socialna in čustvena odtujenost), dissocialnost (usmerjenost vase, pomanjkanje empatije), dezinhibicija (impulzivnost, raztresenost, neodgovornost, nepremišljenost, nenačrtovanost) in anankastičnost (perfekcionizem, čustvena in vedenjska zavrtost). Tem osebnostnim vzorcem je dodan še mejni vzorec, ki je definiran s trajno nestabilnostjo v medosebnih odnosih, samopodobi in čustvovanju, impulzivnostjo ter sledečimi značilnostmi:

strah pred zapuščeno; nestabilni medosebni odnosi, zaznamovani z nihanjem idealizacije in razvrednotenja, močna želja po bližini, intimnostjo in hkrati strah pred tem; motnja identitete; nepremišljenost v stanju negativnega čustvovanja, ki lahko vodi v samopoškodovano in tvegano vedenje; ponavljajoče epizode samopoškodovanja; čustvena nestabilnost; kronična občutja praznine; težave z obvladovanjem jeze; prehodne disociativne ali psihozi podobne motnje. Za mejni osebni vzorec je lahko značilno tudi doživljanje sebe kot neadekvatnega, slabega, drugačnega od drugih, izoliranega, odtujenega; nezaupanje in težave s presojo socialnih situacij (WHO, 2019).

Pri ocenjevanju patoloških osebnostnih potez se je potrebno zavedati izvora teh. Ti so rezultat faktorske obdelave podatkov, pridobljenih iz samoocenjevalnih psiholoških vprašalnikov, ki so primarno konstruirani za ocenjevanje normalnih osebnostnih dimenzij. Gre za podatke na zavestni, fenomenološki ravni, informacije, ki jih posamezniki prepoznavajo pri sebi in so o njih tudi pripravljene poročati. Imajo vsebinsko veljavnost, ne pa nujno tudi konstruktno, ekološko. Za interpretacijo teh podatkov je potrebno razumeti testno metodologijo in specifične interpretacije takšnih kvantitativnih podatkov. Prav tako je potrebna integracija teh podatkov z rezultati kriterija A – izraženosti osebnostne motnje, kar pogojuje tudi globinsko, psihodinamsko razumevanje osebnosti. Dejstvo, da je v MKB-11 vključen tudi mejni osebni vzorec, ki je, kot smo že poudarili, pragmatična odločitev, kaže na to, da raven razumevanja in klasificiranja motenj osebnosti ostaja na deskriptivni, simptomatski ravni, saj bi sicer mejni vzorec lahko opisali z ostalimi osebnostnimi potezami, npr. negativnim čustvovanjem, dezinhibicijo in nekaterimi potezami disocialnosti (Bach idr., 2022). Tako pa prihaja do podvajanja opisov. Mejni vzorec oz. motnja osebnosti (kriteriji so povzeti po DSM-IV) s pestro simptomatiko sicer pojasnjuje največji delež variance med motnjami osebnosti (Caligor idr., 2018) in predstavlja nekakšen prototip za vse motnje osebnosti, po katerem so povzeti tudi osnovni kriteriji za raven osebnostne organizacije (Kernberg, 1986).

5. Alternativne klasifikacije motenj osebnosti

Psihoanalitični terapevti so že pred časom ponudili alternativne klasifikacijske sisteme, ki so bolj prilagojeni psihoterapevtskim konceptom in praktičnim potrebam psihoterapevtov kot DSM-IV in MKB-10. Bartuska idr. (2008) so predstavili psihoterapevtski diagnostični ocenjevalni model, ki ga sestavljajo: a) ocena simptomov v povezavi z osebnostjo; b) ocena kakovosti psihoterapevtskega odnosa (ki odgovarja na vprašanje, ali bo imel terapevt dostop do pacientovih razvojnih potencialov); in c) ocena stopnje tveganosti (ogroženosti oz. psihične

krize pacienta, stanja, ki je rezultat dinamičnega ravnotežja med stabilizirajočimi in destabilizirajočimi silami). Rezultat takšne ocene so indikacije za specifično terapevtsko obravnavo. Za psihoterapevtsko delo je pomembno razumeti pomen simptomov v okviru osebnostnega delovanja konkretnega posameznika in naravo odnosa, ki ga je klient zmožen vzdrževati s terapevtom, saj je le tako mogoče načrtovati učinkovito obravnavo. Tako ima npr. tesnoba pri shizoidni osebnostni strukturi povsem drugačen pomen kot pri depresivni osebnosti. V prvem primeru je tesnoba lahko izraz ogroženosti v odnosu, v drugem pa izraz težav s separacijo (Praper, 1996). Tudi v terapevtskem odnosu lahko pričakujemo razlike: pri shizoidnem pacientu je veliko ogroženosti, nezaupanja in potrebe po distanci, nasprotno pa se pri depresivnem pogosto pojavlja potreba po simbiotičnem odnosu in strah pred izgubo terapevta (Klein, 1984; McWilliams, 1994).

Zveza ameriških psihoanalitičnih organizacij (Alliance of Psychoanalytic Organizations) je sestavila večsni Psihodinamski diagnostični priročnik – PDM, ki omogoča bolj celostno, individualizirano in biopsihosocialno orientirano oceno osebnosti, s katero bi se bolj približali kompleksnosti človekove izkušnje – tako zdrave kot patološke (Lingiardi idr., 2015). Na ta način bi presegli omejitve psihiatričnih deskriptivnih opisov osebnosti in zajeli tudi psihodinamske in subjektivne vidike motenj. PDM ima naslednje dimenzije ocenjevanja: P-os: osebnostni vzorci in motnje (simptomi v povezavi z osebnostjo); M-os: mentalno delovanje (zajema splošne kognitivne in izvršilne funkcije, zrelost identitete, zmožnost introspekcije, kapacitete za diferenciacijo in integracijo, zmožnost življenja, mentalizacijo, regulacijo emocij in impulzov, obrambno-varovalne in prilagoditvene mehanizme, kakovost medosebnih odnosov, zmožnost za intimnost in obvladovanje okolja ter reševanje problemskih situacij); in S-os: manifestni simptomi in težave – subjektivni vidiki motenj (PDM Task Force, 2006). Avtorji zatrjujejo, da gre pri PDM, za razliko od DSM in MKB, za taksonomijo ljudi, ne motenj (Lingiardi idr., 2015). Omogoča razumevanje etiologije motenj z biološkega in psihološkega vidika. Predstavlja poskus integracije dinamskega in simptomatsko-vedenjskega vidika motenj (Widlocher idr., 2011). Na lestvici od 1 (hude motnje) do 10 (zdravo delovanje) se ocenjuje osebnostna organizacija po Kernbergovem modelu (Kernberg, 1986), osebnostni vzorci (P os: V PDM2 je navedeno 19 prototipov, ki so dobili tudi empirično potrditev), mentalno delovanje (M os), subjektivne pritožbe (S os) in kulturni kontekst težav (Gazzillo idr., 2012; Lingiardi idr., 2015).

Kernberg (v Caligor idr., 2018) je poudaril razliko med osebnostno organizacijo, osebnostno strukturo oz. vzorcem in motnjo osebnosti. Oseba, ki je npr. narcistično strukturirana, lahko deluje na povsem različnih osebnostnih ravneh: na nevrotični ravni osebnostne organizacije bo, poleg težav glede doživljanja lastne

vrednosti in manjše empatije do drugih, dokaj socialno prilagojena in uspešna v vsakodnevem življenju, na nižji mejni organizaciji osebnosti pa bo izraziteje disfunkcionalna, s hipohondričnimi, sadističnimi ali destruktivnimi potrebami. Samo v zadnjem primeru bo v psihiatričnem okolju prepoznana kot motnja osebnosti. Za psihoterapevta je pomemben tudi fenomenološki vidik. Glede na to kako posameznik doživlja sebe in svoje težave je odvisen psihoterapevtski pristop: pri narcisistični osebnosti bo še posebej upošteval krhki in grandiozni self, medtem ko bo pri mejno strukturiranem pacientu svojo začetno pozornost usmerjal predvsem na odcepljene, fragmentirane dele selfa oz. nasprotujoča si doživljanja sebe in drugih.

Za oceno osebnosti po teh oseh avtorji predlagajo različne psihodiagnostične instrumente, že omenjene STIPO-R, SCORS, SWAP-200, ki temeljijo na polstrukturiranem kliničnem intervjuju in tudi mnoge druge. Tako npr. STIPO-R omogoča kombinacijo dimenzionalne in (proto)tipske ocene ravni osebnostne organizacije za načrtovanje najustreznejše psihoterapevtske obravnave (Clarkin idr, 2019). Vključuje oceno različnih vidikov osebnostnega delovanja kot so identiteta, objektni odnosi, obrambni mehanizmi, agresivnost in moralne vrednote.

Vzporedno z razvojem PDM se v nemško govorečih državah uveljavlja podoben Operacionaliziran psihodinamični diagnostični sistem – OPD (OPD Task Force, 2007), ki prav tako izhaja iz psihoanalitične teorije, pretežno ego-psihološke usmeritve, razvojne psihologije in teorije navezanosti, in želi preseči omejitve psihiatričnih klasifikacij. Temelji na diagnostičnem intervjuju, na podlagi česar ocenjujemo: doživljanje bolezni s pogoji za obravnavo, medosebne odnose, konflikte, strukturo in duševne in psihosomatske motnje (OPD Task Force, 2007). Doživljanje svojih psihičnih težav in možnosti za rešitev, ki jih pri tem ima, je pomemben podatek pri ocenjevanju načina, kako se bo posameznik spoprijemal s svojimi težavami, kakšni so njegovi viri, kakšna bo narava terapevtskega odnosa, njegova motivacija za terapijo, pričakovanja, morebitne sekundarne koristi, ki jih nudi bolezen itd. Za psihodinamsko diagnozo je bistvenega pomena tudi ocena doživljanja drugih ljudi, narave in kakovosti medosebnih odnosov, ki jih vzpostavlja ter tipičnih konfliktov, s katerimi se pri tem srečuje. Vse to opredeljuje specifično osebnostno strukturo, ki je bistvenega pomena za razumevanje simptomov.

6. Zaključek

Novi klasifikaciji za motnje osebnosti, alternativna klasifikacija iz DSM-5 in uradna verzija iz MKB-11, kljub pomembnemu premiku k dimenzionalnemu ocenjevanju motenj in kljub temu, da povzemata nove kriterije motenj osebnosti

iz različnih ocenjevalnih paradigem - pretežno iz psihoanalitičnih in multivariatnih psiholoških modelov - kot ateoretska sistema še vedno ostajata zgolj na deskriptivni in simptomatski ravni. Za boljše razumevanje (patološkega) delovanja osebnosti je to premalo, zato so zaenkrat psihoterapevtski klasifikacijski sistemi, kot sta PDM-2 in OPD-2, bolj uporabni v klinični praksi obravnave motenj osebnosti (Lingiardi in McWilliams, 2017; Westen idr., 2012). Razvoj ustreznih diagnostičnih instrumentov in postopkov je tako nujen za uveljavitev DSM-5 in MKB-11 klasifikacij motenj osebnosti v klinični praksi (Bach idr., 2022).

Nov sistem klasificiranja implicira znanja iz psihodinamske, razvojne in procesne psihoterapevtske diagnostike na eni ter iz psihometričnega razumevanja podatkov o osebnostnih potezah, pridobljenih iz psiholoških osebnostnih vprašalnikov, na drugi strani. Ocena strukture osebnosti in patologije poleg tega zahteva veliko časa, kar je težko zagotoviti v vsakdanji psihiatrični praksi (Blüml in Doering, 2021). Motnje osebnosti niso še ena psihiatrična kategorija, ki jo je mogoče diagnosticirati oz. oceniti samo na podlagi rutinskega psihiatričnega intervjuja ter opazovanja vedenja, temveč zahteva poglobljeno oceno osebnostnega funkcioniranja. Ta ocena tudi ne temelji samo na identifikaciji vedenjskih značilnosti in podatkov, pridobljenih s samoocenjevalnimi vprašalniki, ampak vključuje analizo posameznikovega delovanja v manj strukturiranih problemskih situacijah. Ocenjevanje osebnosti namreč naslavlja subjektivnost (Waugh, 2019), ki se mora ustrezno integrirati z objektivnimi podatki (Parnas idr., 2012). Uporaba samoocenjevalnih vprašalnikov in intervjujev ni dovolj za oceno osebnosti (Jaspers, 1986; Kendler, 2005, Markova in Berrios, 2009), saj ta, poleg zavestnih, fenomenoloških vidikov, zajema tudi procesne, dinamične in nezavedne vidike. Te podatke pa lahko pridobimo le z uporabo manj strukturiranih vprašanj in opazovanja odzivov v kompleksnejših, manj jasnih in čustveno obremenjujočih problemskih situacijah, v t. i. kvazi-eksperimentalnih testnih pogojih, kot jih omogočajo npr. psihoanalitični usmerjeni intervjuji in psihološki preizkusi kot so Rorschachov ocenjevalni sistem R-PAS in TAT – ob razumevanju psihodinamike in razvojnega vidika osebnosti. To dinamiko bi lahko raziskal tudi educiran psihoterapevt preko transferja in kontratransferja v odnosu s klientom, kjer bi naslavljal ne samo zavestne, temveč tudi nezavedne procese. Pri ocenjevanju osebnosti in njenih motenj moramo tako uporabiti različne merske instrumente (samoocenjevalne vprašalnike, teste sposobnosti in manj strukturirane preizkušnje), saj z njimi ocenjujemo različne vidike osebnosti (Catell, 1988; Bornstein, 2009). Diagnosticiranje motenj osebnosti bo velik izziv za psihiatre tudi zaradi aktualnega trenda, ki se odvija v psihiatriji, že omenjenega biološkega redukcionizma. Tako obstaja tveganje, da se bodo obetajoči kriteriji za motnje osebnosti iz MKB-11 banalizirali in pretirano

posplošili zgolj na vedenjski ravni, kar bo ponovno (kot že vso zgodovino psihiatričnega diagnosticiranja) onemogočalo boljše razumevanje posameznikov z osebnostnimi težavami. Zato je novi klasifikaciji potrebno dodati še vsebino: jasne, empirično podprte in operacionalizirane kriterije, ki lahko izhajajo tudi iz bogate psihoterapevtske prakse.

Kljub predstavljenim pomanjkljivostim in dilemam, novi klasifikaciji motenj osebnosti DSM-5 in MKB-11 omogočata solidno podlago za številne psihoterapevtske pristope (Bach in Simonsen, 2021) in kliničnopsihološko ocenjevanje ter vsekakor predstavljata korak naprej v razumevanju motenj osebnosti.

Viri

- Abraham, K. (1957). *Papers on psychoanalysis*. Basic Books.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Reinhart & Winston.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. APA.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. APA.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (4th rev. ed.)*. APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. APA.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O., Markon, K. E., in Krueger, R. F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: Implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment, 20*, 286–294.
- Bach, B., in Simonsen, S. (2021). How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Current Opinion in Psychiatry, 34*(1), 54–63.
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., in Giacomo, E. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 9*(12), <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>.
- Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., in Wiesnagrotzki, S. (2008). *Psychotherapeutic diagnosis. Guidelines for the new standard*. Springer.
- Bateman, A. W., in Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36–51.
- Bender, D. S., Morey, L. C., in Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment, 93*, 332–346.
- Benedik, E. (1997). Problem pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti. *Psihološka obzorja, 6*(3), 77–85.
- Ben-Porath, Y., in Tellegen, A. (2011). *MMPI 2 RF manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Beutler, L. E., Bongar, B., in Shurkin, J. N. (1998). *Am I crazy, or is it my shrink? How to get the help you need*. Oxford University Press.
- Beutler, L. E., in Malik, M. L. (2004). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. APA.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. APA.
- Blatt, S. J., Bers, S. A., in Schaffer, C. E. (1993). *The assessment of self-descriptions. Unpublished research manual*. Yale University.
- Blatt, S. J., Chevron, E. S., Quinlan, D. M., Schaffer, C. E., in Wein, S. (1992). *The assessment of qualitative and structural dimensions of object representations*. Unpublished research manual. Yale University.
- Blatt, S. J., Shahar, G., in Zuroff, D. C. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy, 38*, 449–454.
- Blüml, V., in Doering, S. (2021). ICD-11 personality disorders: A psychodynamic perspective on personality functioning. *Frontiers in Psychiatry, 12*, Article 654026. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654026>
- Bornstein, R. F. (2009). Heisenberg, Kandinsky, and the heteromethod convergence problem: Lessons from within and beyond psychology. *Journal of Personality Assessment, 91*, 1–8.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., in Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Publishing, Inc.

- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., in Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology: Treating Self and Interpersonal Functioning*. American Psychiatric Association Publishing.
- Cattell, R. B. (1988). The data box: Its ordering of total resources in terms of possible relational systems. V J. R. Nesselrode, in R. B. Cattell, (ur.), *Handbook of multivariate experimental psychology (2nd ed.)* (str. 69–130). Plenum.
- Cattell, R. B., Eber, H. W., in Tatsuoka, M. M. (1970). *The handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., in Kernberg, O. F. (2019). *Structured interview for personality organization – revised (STIPO-R)*. Weill Medical College of Cornell University Personality Disorders Institute.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., in Sowislo, J. F. (2020). An Object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3-4), 141–148.
- Coolidge, F. L., in Segal, D. L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 585–599.
- Costa, P. T., in McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional Manual. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., in Widiger, T. A. (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. 2nd ed. American Psychological Association.
- Crocq, M.A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2):147-53.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality*, 3rd edition. Methuen.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalysis and attachment theory. V J. Cassidy, in P. J. Shaver, P. J. (ur.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (str. 595–624). Guilford Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., in Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Freud, S. (1961). Civilization and its discontents. V: Strachey, J. (ur). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 21*, 64–145. Hogarth Press.
- Freud, S. (2012). *Metapsihološki spisi*. Studia Humanitatis (prevod: Eva Bahovec, Bojan Baskar, Mojca Dobnikar, Mladen Dolar, Vlado Miheljak, Rado Riha, Ivo Štandeker, Slavoj Žižek).
- Gazzillo, F., Lingardi, V., in Del Corno, F. (2012). Towards the validation of three assessment instruments derived from the PDM P Axis: The Psychodynamic Diagnostic Prototypes, the Core Preoccupations Questionnaire and the Pathogenic Beliefs Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 265 (58), 31-45.
- Girard, J. M., in Wright, A. G. C. (2018). DARMA: Dual axis rating and media annotation. *Behavioral Research Methods*, 50, 902–909.
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26–34.
- Gore, W. L., in Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 816–821.
- Harkness, A. R., Reynolds, S. M., in Lilienfeld, S. O. (2014). A review of systems for psychology and psychiatry: Adaptive systems, Personality Psychopathology Five (PSY-5), and the DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 96, 121–139.
- Hathaway, S. R., in McKinley, J. C. (1942). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. University of Minnesota Press.
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., idr. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 577-589. Hopwood, C. J., Mulay, A. L. in Waugh, M. H. (2019). *The DSM-5 alternative model for personality disorders: integrating multiple paradigms of personality assessment*. Routledge.

- Jaspers, K. (1968). The phenomenological approach in psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1313–1323.
- Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162, 433–440.
- Kernberg, O. F. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F., in Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. V M. F. Lenzenweger, in J. F. Clarkin, (ur.), *Major Theories of Personality Disorder*. 2nd ed. (str. 114–56). Guilford Press.
- Klein, M. (1984). *Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963*. The Hogarth Press.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, idr. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454–477.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., in Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890.
- Krueger, R. F., in Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477–501.
- Krueger, R. F. (2019). Criterion B of the AMPD and the interpersonal, multivariate and empirical paradigms of personality assessment. V C. J. Hopwood, A. L. Mulay, in M. H. Waugh, (ur.), *The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment*. (str. 60-76). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Lingiardi, V., in McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2*. 2nd ed. The Guilford Press.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., in Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing Patients for Improved Clinical Practice and Research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94-115.
- Lizdek, I., Sadler, P., Woody, E., Ethier, N., in Malet, G. (2012). Capturing the stream of behavior: A computer-joystick method for coding interpersonal behavior continuously over time. *Social Science Computer Review*, 30, 513–521.
- Marková, I. S., in Berrios, G. E. (2009). Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology*, 42, 343–349.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: personal myths and the making of the self*. Guilford Press.
- McAdams D., P. (2008). *The Life Story Interview*. www.sesp.northwestern.edu/docs/LifeStoryInterview.pdf
- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H., in Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 474–485.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. The Guilford Press.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., in Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual*. Rorschach Performance Assessment Systems.
- Mihura, J. L., in Meyer, G. J. (2017). *Using the Rorschach Performance Assessment System® (R-PAS®)*. Guilford.
- Millon, T., in Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. Wiley.
- Murray, H. (1992). *Thematic Apperception Test – Manual*. London: Harvard University Press.
- Musek, J. (1988). *Teorije osebnosti*. Znanstvena založba Filozofske fakultete v Ljubljani.
- Natoli, A. P. (2019). The DSM's reconnection to psychoanalytic theory through the alternative model for personality disorders. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 67(6), 1023-1045.
- Neimeyer, G. (2014). Understanding the DSM-5: What every teacher needs to know. American Psychological Association. <https://www.youtube.com/watch?v=9OhVshzYvn8>

- OPD Task Force (2007). *Operationalized psychodynamic diagnostics OPD-2. Foundations and manual*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Paris, J. (1994). *Social factors in the personality disorders. A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. Cambridge University Press.
- Parnas, J., Sass, L. A., in Zahavi, D. (2012). Rediscovering psychopathology: The epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 270–277.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pincus, A. L. (2010). Introduction to the special series on integrating personality, psychopathology, and psychotherapy using interpersonal assessment. *Journal of Personality Assessment*, 92, 467–470.
- Pincus, A. L., in Roche, M. J. (2019). Paradigms of personality assessment and level of personality functioning in criterion A of the AMPD. V C. J. Hopwood, A. L. Mulay, in M. H. Waugh, (ur.), *The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment* (str. 48-59). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Praper, P. (1996). *Razvojna analitična psihoterapija*. Inštitut za klinično psihologijo.
- Schultz-Hencke, H. (1952). *Handbook of psychoanalytic psychotherapy*. Thieme.
- Shorter E. (2005). *A historical dictionary of psychiatry*. Oxford University Press.
- Schneider, K. (1950). *Psychopathic personalities (9th ed.)*. Cassell.
- Stein, M., in Slavin-Mulford, J. (2017). *The Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method (SCORS-G): A comprehensive guide for clinicians and researchers*. Routledge.
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., in Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(15), 481-502.
- Waugh, M, H. (2019). Construct and paradigm in the AMPD. V C. J. Hopwood, A. L. Mulay, in M. H. Waugh, (ur.), *The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment* (str. 1-47). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Westen, D. (1995). *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-sort for Projective Stories (SCORS-Q)*. Unpublished manuscript; Department of Psychiatry, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School.
- Westen, D., in Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1767–1771.
- Westen, D., in Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273–285.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., in DeFife, J. A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, 169, 273–284.
- Widiger, T. A., in Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71–83.
- Widlocher, D., in Thurin, J. M. (2011). Le Manuel Diagnostique Psychodynamique: Intégrer dans une perspective nosologique les apports d'une psychopathologie dynamique. *Psychiatrie Française*, 42, 7–18.
- Wiggins, J. S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. Guilford Press.
- World Health Organization (1968). *The ICD-8 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and guidelines*. WHO.
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

- World Health Organization (2022). ICD-11 release. <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>.
- Yalch, M. M. (2020). Psychodynamic underpinnings of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 219–231.
- Zachar, P., in Kendler, K. S. (2007). Psychiatric disorders: A conceptual taxonomy. *American Journal of Psychiatry*, 164, 557–565.
- Zanarini, M., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., in Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733–1739.