

POMEN KLINIČNO-PSIHOLOŠKEGA OCENJEVANJA V REHABILITACIJI *THE IMPORTANCE OF CLINICAL PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT IN REHABILITATION*

dr. Urša Čižman Štaba, univ. dipl. psih., Vesna Mlinarič Lešnik, univ. dipl. psih., Nika Bolle, univ. dipl. psih.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Številne bolezni ali okvare možganov lahko povzročijo spremembe v kognitivnem delovanju, vedenju in doživljanju bolnika. Psihične spremembe lahko pojmuje kot motnje osebnosti, čustvovanja oziroma razpoloženja ter motnje spoznavnih sposobnosti. Psihološko ocenjevanje označuje skupek postopkov zbiranja in integracije podatkov za potrebe psihološke diagnoze, odločanja in priporočil. V praksi klinični psiholog uporablja znanstveno utemeljene ocenjevalne metode in standardizirane preizkuse, ki izvajajo vedenja, ki kliničnemu opazovalcu niso dosegljiva. Prispevek predstavlja vrste psihološke diagnostike v procesu rehabilitacije na področju spoznavnih sposobnosti, vedenja in čustvovanja ter osebnosti.

Ključne besede:

klinična psihologija; psihološka diagnostika; kognitivne sposobnosti; motnje čustvovanja in razpoloženja; motnje osebnosti

Abstract

Brain damage and various diseases may lead to changes in cognitive functioning and in the way the patients behave and experience reality. Psychological changes can be conceptualized as changes in personality, disorders of emotions and mood, and cognitive dysfunctions. Psychological assessment refers to a set of procedures for collection and integration of data for the purpose of psychological diagnosis, decision-making and further recommendations. In practice, clinical psychologists use evidence-based assessment methods and standardised tests that elicit behaviours which are not accessible to the clinical observer. The paper presents the types of psychological assessment in the rehabilitation process for cognitive dysfunctions, disorder of emotions and mood and personality.

Key words:

clinical psychology; psychological assessment; cognitive abilities; mood disorders; behaviour disorders; personality disorders

UVOD

Klinično-psihološko ocenjevanje nikoli ne pomeni zgolj aplikacije »testov«, temveč vedno poteka v okviru klinično-psihološkega pregleda, katerega namen so formulacija problema, izvedba klinično-psiholoških preizkusov za zbiranje objektivnih informacij o posameznikovih težavah ter na podlagi obeh načrtovanje nadaljnje obravnave. Po koncu pregleda klinični psiholog pripravi psihološko poročilo, ki je obnova informacij, pridobljenih med pregledom, in služi komunikaciji o ugotovitvah pregleda bolnika z drugimi strokovnjaki. Po zaključku obravnave je ponovljeno klinično-psihološko ocenjevanje indicirano, kadar želimo preveriti, ali je obravnava prinesla zelene učinke in izboljšanja (1). Podatki,

pridobljeni iz preizkusov, niso le končni produkt, temveč sredstvo za oblikovanje hipotez o posamezniku ter postavitev teh podatkov v širšo perspektivo posameznika, z osredotočenostjo na reševanje njegovega problema in odločitev v povezavi s tem (2).

V prispevku predstavljamo izbor najpogostejših klinično-psiholoških preizkusov s področja kognitivnih sposobnosti, osebnosti ter čustvovanja, ki so v uporabi med kliničnimi psihologi v zdravstvenem sistemu v Sloveniji in s pomočjo katerih ocenjujemo delovanje bolnika.

1. Klinično-psihološki intervju

Klinično-psihološki intervju sodi med osnovne in nenadomestljive tehnike klinično psihološke obravnave. Berger (3) intervju opredeljuje kot »k profesionalnim ciljem usmerjen pogovor dveh oseb, katerih vloge so komplementarne«. Sam postopek lahko prilagodimo glede na klinično situacijo, naravo problema in namen klinično-psihološkega pregleda, vendar za uspešno izvajanje le-tega psiholog potrebuje široka teoretična znanja, ki so osnova za razumevanje posameznikovega problema. Za učinkovito izvedbo in interpretacijo je nujno potrebno, da je posameznik seznanjen z namenom in potekom pregleda ter se z njim strinja, saj je sicer integriteta rezultatov pregleda kompromitirana (1).

2. Ocenjevanje kognitivnih sposobnosti

Ocenjevanje kognitivnih sposobnosti zajema naslednje domene in njihove specifične podsisteme: zaznavanje, pozornost, učenje in spominski sistem, govorno-jezikovne sposobnosti, izvršilne sposobnosti in inteligentnost.

Pregledno oceno navedenih kognitivnih sposobnosti lahko pridobimo s pomočjo presejalnih preizkusov, ki jih uporabljamo za identifikacijo bolnikov, ki potrebujejo nevropsihološko obravnavo, ali za identifikacijo področji, pri katerih je potrebna širša obravnavo. Med najbolj pogosto uporabljane preizkuse v bolnišničnem okolju sodi Ponovljiva baterija za oceno nevropsihološkega statusa (angl. Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status, RBANS), prav tako je med pogosteje uporabljanimi Baterija za nevropsihološko ocenjevanje (angl. Neuropsychological Assessment Battery, NAB). Zaradi možnosti ponovnega ocenjevanja imajo le-ti tudi alternativne oblike.

Orientacija

Med najbolj pogoste simptome možganske bolezni/poškodbe sodijo težave na področju orientacije, ki je opredeljena kot zavedanje sebe v odnosu do svojega okolja (4). Med psihološkim pregledom preverjamo časovno, prostorsko, situacijsko in osebno komponento.

Miselno sledenje in pozornost

Bolniki večinoma prihajajo na psihološki pregled zaradi pritožb o »slabem spominu«, vendar se veliko le-teh pravzaprav nanaša na težave sistema pozornosti (4). Zaradi temeljne vloge sistema pozornosti v sklopu začetnega procesiranja informacij je ocena le-te ključna za ustrezno interpretacijo drugih kognitivnih sposobnosti.

V ozadju težav sistema pozornosti se pogosto nahajajo težave na področju hitrosti procesiranja. Za merjene le-te nam največkrat kot relativno neposredne mere služijo časi odzivanja (Testna baterija za oceno sistema pozornosti (angl. Test of Attentional Performance, TAP), Dunajski sistem za ocenjevanje pozornosti (angl. Vienna Test System - Attention Functions, WAF). Pozornost sestavljajo različni procesi, ki omogočajo organizmu, da zazna dražljaj in ga začne procesirati (5). Sohlberg in Mateer (6) predstavljata model sistema pozornosti, ki je sestavljen iz petih komponent: usmerjena pozornost, vzdrževana pozornost, selektivna pozornost,

premeščanje in deljena pozornost. Sam obseg pozornosti se nanaša na količino besednih, številčnih ali prostorskih informacij, ki jih lahko sistem pozornosti procesira naenkrat (npr. obseg števil iz Wechslerjevih baterij). Med pogosteje uporabljane psihodiagnostične pripomočke za ocenjevanje sistema pozornosti ali posameznih ravni sodijo Celostni test mentalnega sledenja (angl. Comprehensive Trail-Making Test, CTMT), Test kodiranja (angl. Symbol Digit Modalities Test, SDMT), Test pozornosti d2 (angl. d2 Test of Attention, d2) in Stroopov barvno besedni test (angl. Stroop Color and Word Test).

Učenje in spominski sistem

Iz vseh modelov spomina izhaja, da spomin ni neka omejena struktura, temveč je proces (7), zaradi česar je pomembna natančna ocena ravni, na kateri se nahaja morebitna prizadetost. Spominsko procesiranje združuje več faz: pozornost, vkodiranje, shranjevanje in priklic (8).

Glede na časovni vidik spominske hrambe razločuje naslednje spominske sisteme, ki so neodvisno med sabo lahko oškodovani:

- a.) kratkoročni spomin se nanaša na ohranjanje podatkov znotraj obdobja nekaj minut (npr. sezname besed, črk, števil, simbolov);
- b.) delovni spomin zajema ohranjanje besednih ali nebesednih informacij v mislih, medtem ko opravljamo mentalno operacijo (številke nazaj iz Wechslerjevih skal, N-back);
- c.) dolgoročni spomin zajema vse informacije, ki jih lahko po določenem obdobju prikličemo (Kalifornijski test besednega učenja (angl. California Verbal Learning Test, CVLT); Prerisovanje in prepoznavanje kompleksnega lika po Rey in Osterriechu (angl. Rey Complex Figure Test and Recognition Trial, RCFT)) in
- d.) prospektivni spomin, ki se nanaša na sposobnost priklica relevantnega podatka ob določenem času ali določenem dogodku.

Po vsebinski plati lahko ločimo deklarativni (semantični in epizodični) in nedeklarativni spomin. Ob ocenjevanju spomina je pomembno preveriti tako besedne kot nebesedne vidike spominske hrambe, saj se lahko poškodbe možganov različno odražajo na posameznem vidiku.

Za celostno oceno spominskega sistema so ustvarjene tudi posebne testne baterije, npr. Wechslerjeve spominske lestvice (angl. Wechsler Memory Scale, WMS) in Lestvice besednega učenja (angl. Memory Assessment Scales, MAS).

Izvršilne sposobnosti

Kot najbolj kompleksne izmed vedenj izvršilne sposobnosti predstavljajo notranjo sposobnost prilagojenega odziva na nove situacije in so osnova za mnoge kognitivne, čustvene in socialne spretnosti (4). Zajemajo štiri komponente:

- a.) voljno aktivnost, ki omogoča zavedanje samega sebe, okolice in motivacije za dejavnost;
- b.) načrtovanje, ki zajema sposobnosti predvidevanja, formiranja alternativnih rešitev, možnosti alternativnega izvajanja dejavnosti, zavestne izbire, vzdrževanja pozornosti ter

razvijanja načrta operacije in njegovega izpolnjevanja v optimalnem sosledju;

- c.) k cilju usmerjeno dejavnost, zajema določitev in izbiro ciljev, produktivnost, ustvarjalnost, samoregulacijo in
- d.) centralno kontrolo kognitivnih in čustvenih procesov.

Med pogosto uporabljane diagnostične pripomočke sodijo Test Tower of London (angl. Tower of London, TOL), Ruffove naloge nebesedne fluentnosti (angl. Ruff Figural Fluency Test, RFFT), Wisconsin test razvrščanja kart (angl. Wisconsin Card Sorting Test, WCST). V Delis-Kaplanovi testni bateriji (angl. Delis-Kaplan Executive Function System, D-KEFS) je zajet širši razpon nalog, ki preverjajo izvršilne sposobnosti.

Vidno-prostorske in konstrukcijske sposobnosti

Na področju vidne zaznave ločeno ocenjujemo vidno zaznavne (razlikovanje oblik ali vzorcev) in vidno-prostorske sposobnosti (presojanje vidne orientacije ali lokacije v prostoru, ne glede na lastnosti predmeta; npr. Bentonov test presojanja orientacije črt (angl. Judgment of Line Orientation Test, JLOT), Hooperjev test vizualne organizacije (angl. Hooper Visual Organization Test, VOT), različni testi črtanja ... Ob preverjanju aktivne manipulacije s predmeti v okolju govorimo o konstrukcijskih sposobnostih. Koncept konstrukcije zajema dve kategoriji dejavnosti – gradnjo ali sestavljanje (sestavljanje predmetov/kock) in risanje. Slednje lahko zajema prerisovanje (npr. Likovni test Benderjeve, LB (angl. Bender Visual Motor Gestalt Test, BG); prerisovanje in prepoznavanje kompleksnega lika po Rey in Osterriechu (angl. Rey Complex Figure Test and Recognition, RCFT) ali prosto risanje (človek, kolo, ura), pri čemer je slednje bolj občutljivo na oškodovanost tudi izven vidno-prostorskih sposobnosti.

Govorno-jezikovne sposobnosti

Najpogostejše težave na področju jezikovno-govornih sposobnosti so afazije in težave v produkciji govora – dizatrije. Ocena jezikovnih sposobnosti zajema spontani govor, ponavljanje (besed, fraz, povedi), razumevanje govora, poimenovanje, branje in pisanje. Prav tako je pomembno, da evalvacija zajame fluentnost govora, artikulacijske napake, govorni ritem in prozodijo kot tudi slovnico in skladnjo ter prisotnost parafraz. Znotraj nevropsihološke ocene sta pogosto uporabljane Večjezikovna ocena afazij (angl. Multilingual Aphasia Examination, MAE) ali Test slušnega razumevanja z žetoni (angl. Token Test).

Inteligentnost

Sam izraz inteligentnost zajema različne teoretične pristope in obravnave; ocenjevanje inteligentnosti v klinični praksi je namenjeno oceni ravni posameznikovega intelektualnega delovanja (9). Med najbolj pogosto uporabljanimi za oceno g faktorja sodijo Standardne progresivne matrice (angl. Raven's Standard Progressive Matrices, SPM) oz. Barvne progresivne matrice (angl. Raven's Coloured Progressive Matrices, CPM), namenjene ocenjevanju otrok, in Zahtevne progresivne matrice (angl. Raven's Advanced Progressive Matrices, APM) pri nadpovprečnih sposobnostih. Nasprotno pa Wechslerjeve lestvice (Wechslerjev test inteligentnosti (angl. Wechsler-Bellevue Intelligence Test,

WB-II), Wechslerjev test inteligentnosti za odrasle (angl. Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS IV)), ki so v svetu najpogosteje uporabljani pripomoček za ocenjevanje inteligentnosti (9), zajemajo tako besedne kot nebesedne lestvice ter izračun skupnega IQ-ja. Pri pridobljeni poškodbi možganov je pomembna tudi ocena intelektualnih zmožnosti pred poškodbo, vendar pa je pri tem pomembno upoštevati, da je uporaba testov inteligentnosti v nevropsihologiji specifična, saj so le-ti občutljivi na nevrološke okvare (10).

3. Ocenjevanje čustvovanja in razpoloženja

Motnje čustvovanja in razpoloženja so pogoste po poškodbah ali pri različnih boleznih, pogosto je vpliv same bolezni/poškodbe posreden – odziv na izgubo, kronične frustracije, spremembe življenjskega stila, lahko pa je tudi neposreden vzrok po poškodbi/bolezni možganov. Običajna čustva so prehodna in odvisna od trenutnih življenjskih okoliščin, imajo pozitivno vlogo v našem delovanju. Če pa so čustva napačne kakovosti, preveč intenzivna, predolgo trajajoča ali neustrezna okoliščinam, nam lahko tudi škodijo (11).

Pojem čustev opredelimo kot kompleksen vzorec doživljajskih, vedenjskih in fizioloških odzivov, s katerimi se posameznik odziva na pomembne stvari ali dogodke (12). S pojmom čustva je tesno povezan pojem razpoloženja, pri katerem gre za dolgotrajnejše in manj intenzivno subjektivno doživljanje, ki ni tako jasno povezano s sprožilcem (13). Izraz afekt se pojmuje kot nadredni pojem, ki zajema čustva, razpoloženje, odziv na stres in druge motivacijske impulze (13).

Ocenjevanje dimenzij čustvovanja

Dalj časa trajajoče čustvo ustvari v človeku subjektivno občuteno razpoloženje, ki je lahko moteno na različne načine in v različnih stopnjah čustvene odzivnosti. Za ocenjevanje čustvovanja si pomagamo na različne načine – z opazovanjem, merjenjem s pomočjo instrumentov ter z uporabo različnih virov podatkov. Lahko ga ocenjujemo kot evtimno (nevtralno), znižano (depresivno, disforično) ali privzdignjeno (evforično), afekt pa kot odziven in razgiban glede na kakovost in intenziteto čustvenega odziva ter ustrezen glede na okoliščine (14).

Motnje intenzitete čustvenega doživljanja se kažejo kot čustvena otopelost, apatija, čustvena togost in evforija. Čustvena otopelost se nanaša na zmanjšanje intenzivnosti čustvenega odziva posameznika. Čustveni odziv posameznika je veliko šibkejši, kot bi pričakovali v podobnih okoliščinah (14).

Apatija je pomanjkanje občutka, čustev in interesa. Je stanje brezbržnosti ali zatiranje čustev, kot so skrb, razburjenje, motivacije in strast (15). V zvezi z zniževanjem čustvenega odzivanja omenimo še čustveno togost, ko ni opaziti čustvenih modulacij niti v glasu niti v drži in kretnjah (16).

Prav nasprotno od omenjenih motenj je evforija oziroma stanje pretiranega veselja. Oseba je izrazito srečna, ima povečan občutek dobrega počutja, je pretirano samozavestna in podjetna.

Kakovost čustvenega doživljanja se nanaša na trenutno prisotno čustveno stanje. Motnje se kažejo v socialno nesprejemljivem izražanju čustev. Pri organsko prizadetih se lahko sprevrže v čustveno inkontinenco, lahko se pojavi patološki smeh ali jok (16). Motnje spremenljivosti čustvenega doživljanja se kažejo, kadar oseba prehitro menja razpoloženje. Čustvena labilnost se kaže v prekratnem trajanju določenega čustva. Motnje ustreznosti čustvenega doživljanja se kažejo, kadar oseba reagira neustrezno glede na okoliščine. Bolestna razdražljivost je pretirano nejevoljen, besen odziv na trenutno situacijo. Odziv je neustrezen in nesorazmeren z neprijetnostjo. Motnje prepoznavanja lastnih in tujih čustev se kažejo v aleksitimiji. To je znižana kapaciteta za doživljanje, prepoznavanje, razmišljanje in ubeseditve svojih čustev (17).

Motnje razpoloženja

Depresivnost je motnja z značilnimi spremembami duševnih in mnogih telesnih sposobnosti. Tipično depresivno simptomatiko opazujemo pri mnogih duševnih sposobnostih (18). Tisto, kar je specifično za bolezensko depresijo in kar jo ločuje od normalne žalosti, je anhedonija (izguba zadovoljstva) in neprijeten občutek nesposobnosti čustvovanja.

Pri ocenjevanju depresije uporabimo Beckovo lestvico depresivnosti (angl. Beck Depression Inventory, BDI) ali Zungovo lestvico za samooceno depresivnosti (angl. Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), Hamiltonovo lestvico za oceno depresivnosti (angl. Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D) ter pri starejših osebah Lestvico depresivnosti za starostnike (angl. Geriatric Depression Scale, GDS).

Anksioznost ni motnja sama po sebi in pogosto tudi ne nastane zaradi kake okvare. Pri vseh vrstah anksioznih motenj je značilna stopnjevana tesnoba, ki se pojavi v različnih okoliščinah in traja različno dolgo, pri tem pa okoliščine niso objektivno nevarne. Lahko jo sproži bolj ali manj nevaren predmet ali bitje, lahko je tudi brez vzroka izjemno močna in privede do paničnega napada.

Generalizirana anksiozna motnja je prosto lebdeča anksioznost, ki je neodvisna od situacije, pogosto je prisoten strah pred prihodnostjo. Bolniki so nesproščeni, napeti, potrebujejo veliko potrjevanja in preverjanja, so perfekcionistični, pretirano prilagodljivi in negotovi. Lahko so nemirni, brez obstanka, počutijo se ujeti ali na robu, pogosto so utrujeni, imajo težave s koncentracijo ali imajo prazno glavo, so razdražljivi, čutijo napetost v mišicah (19).

Pri panični motnji se oseba umika iz zanj nevarnega območja. Že običajna tesnoba, še bolj pa povečana, predvsem pa smrtna groza, sproži celo vrsto vegetativnih znakov in simptomov, od pospešenega bitja srca, dušenja, bolečin pri srcu ali v trebuhu do tega, da se bolniku šibijo kolena.

O fobiji govorimo, kadar človek natančno ve, česa se boji in tudi, da je njegov strah nesmiseln. Vsebina strahu je torej določena, spisek možnih fobij je obsežen, od strahu pred višino, odprtimi prostori, do krvi, kač in fobij drugega izvora.

Akutni odziv na stres je prehodna motnja, ki nastopi kot neposredni odgovor na dogodek, ki ogroža varnost ali fizično skladnost posameznika in/ali njegovega bližnjega (20). Sprva nastopi nekakšna otopelost, nato pa različno močno izraženi znaki anksioznosti, depresivnosti, jeze, obupa, lahko gre za hiperaktivnost ali pa za popoln umik z zoženo zavestjo in pozornostjo z dezorientacijo in z nesposobnostjo razumeti in odgovarjati na dražljaje. Nobeden od simptomov ni prevladujoč in ne traja dolgo. Vsi znaki navadno izginejo v nekaj urah, če je možen umik iz stresne situacije, sicer pa minejo v največ treh dneh.

Posttravmatska stresna motnja predstavlja kasnejši odgovor (navadno v šestih mesecih) na izjemno hud dogodek, ki ogroža življenje. Bolniki poročajo o težavah s spanjem, nočnih morah, depresiji, otopelosti, izbruhih jeze in razdražljivosti. Poročajo o živih, vsiljivo se ponavljajočih mislih o travmatičnem dogodku in o njegovem nenehnem podoživljanju. Bolnik se izogiba situacij in pogovorom, ki bi ga lahko spominjali na dogodek, hkrati pa je manj odziven za vsako drugo dogajanje.

Pri ocenjevanju anksioznih motenj si lahko pomagamo z Beckovo lestvico anksioznosti (angl. Beck Anxiety Inventory, BAI) ali Zungovo lestvico za samooceno anksioznosti (angl. Zung Self-Rating Anxiety Scale, SAS), Lestvico anksioznosti kot stanja ali osebnostne poteze (angl. State-Trait Anxiety Inventory, STAI), Kratkim vprašalnikom o simptomih (angl. Brief Symptom Inventory, BSI) ter Vprašalnikom za oceno posttravmatskega stresa (angl. Detailed Assessment of Posttraumatic Stress, DAPS).

Ocenjevalni pripomočki, ki zajemajo tako anksioznost kot depresivnost, so Samoocenjevalna lestvica simptomov (angl. The Symptom Checklist-90 Revised, SCL-90-R), Minnesotski multifazični osebnostni vprašalnik (angl. Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), Vprašalnik za oceno osebnosti (angl. Personality Assessment Inventory, PAI), Rorschachov diagnostični preizkus, RO-P (angl. Rorschach Test) in vprašalnik Klinična ocena depresivnosti (angl. Clinical Assessment of Depression, CAD).

4. Ocenjevanje osebnosti

Osebnost je kompleksen vzorec v posamezniku trajno in globoko umeščenih psiholoških značilnosti, ki se vsakodnevno samodejno izražajo na skoraj vsakem področju psihološkega delovanja. Osebnost je torej unikaten vzorec značilnosti vsakega posameznika (21). Razumevanje in zdravljenje duševnih motenj ali telesnih bolezni ni možno, ne da bi pri tem upoštevali osebnostne značilnosti. Zato je naloga kliničnega psihologa oceniti, kako se simptomi, motnje in osebnost povezujejo; katere osebnostne značilnosti delujejo kot dejavniki tveganja in katere kot varovalni dejavniki pri nastanku, vzdrževanju in zdravljenju motenj; ali je spričo psihičnih ali telesnih travm prišlo do osebnostne spremembe; ali so določene vedenja trajna osebnostna značilnost ali pa nanje vplivajo druge zunanje okoliščine; kateri način psihoterapevtske obravnave je glede na osebnost najprimernejši in kakšna je napoved izida zdravljenja glede na osebnost (22).

Ocene delovanja torej ne moremo omejiti zgolj na simptome, saj so ti le pokazatelj težav delovanja posameznika; bistvo težav lahko razumemo šele, ko jih pogledamo tudi skozi prizmo osebnosti človeka, ki jih doživlja. Pri tem nam lahko pomaga več različnih tipov osebnostnih preizkusov, ki jih v grobem delimo na strukturirane diagnostične intervjuje, samoocenjevalne lestvice in vprašalnike ter manj strukturirane storilnostne preizkuse (1). Strukturirani diagnostični intervjuji so med kliničnimi psihologi redkeje uporabljani, saj se zavedajo pomanjkljivosti psihiatričnih klasifikacijskih diagnostičnih sistemov (1). V klinični praksi je zato uporabnejši samoocenjevalni vprašalnik Minnesotski multifazični osebnostni vprašalnik (MMPI-2), ki spada med osebnostne vprašalnike, ki pokrivajo širok razpon splošnih simptomov in je posebej koristen za presejalne namene, ko želimo ugotoviti, kakšen je razpon psiholoških težav bolnika (1). Vsebina vprašanja na MMPI-2 je enostavna in se nanaša na psihiatrične, psihološke, nevrološke in fizične simptome. Pomembno je vedeti, da lestvice MMPI-2 predstavljajo mere osebnostnih lastnosti in ne preproste diagnostične kategorije. Kljub temu, da so bile lestvice razvite, da bi ločile prilagojeno vedenje od patološkega, je interpretativno najbolj uporaben za indikacijo klastrov osebnostnih spremenljivk. Z uporabo MMPI-2 bolnika torej ne označimo z diagnozo, temveč ga lahko poglobljeno ocenimo in opišemo. Ker je MMPI-2 s svojimi 577 postavkami precej zamuden preizkus, se v praksi vedno bolj uveljavlja Vprašalnik za oceno osebnosti PAI, ki ima 344 postavk, namenjenih pridobivanju informacij, pomembnih za klinično diagnozo, načrtovanje terapije in kot presejalni test za psihopatologijo. Med samoocenjevalnimi preizkusi imamo v slovenskem prostoru prirejen Vprašalnik za merjenje strukture osebnosti po modelu Velikih pet (angl. Big Five Questionnaire, BFQ), ki meri dimenzije nevroticizma, ekstravertnosti, odprtosti, sprejemljivosti in vestnosti. Gre za osebnostne dimenzije, katerih kombinacije so sicer značilne za različne osebnostne motnje, vendar teorija osebnostnih dimenzij temelji le na izraženosti diferencialnih značilnosti populacije, ne nudi pa povezave s procesi, ki so v njihovem ozadju in nam ne nudi razumevanja osebnosti in težav posameznika v specifični situaciji. Poleg tega je pomanjkljivost samoocenjevalnih vprašalnikov osebnosti predpostavka, da se bolnik zaveda svojih temeljnih osebnostnih značilnosti, konfliktov in težav ter jih je tudi pripravljen razkriti kliničnemu psihologu (22). Zato pomemben prispevek k merjenju osebnosti prinašajo manj strukturirane storilnostne tehnike, kakršni sta Rorschachov diagnostični preizkus in Tematski apercipcijski test (angl. Thematic Apperception Test, TAT). Rorschachov diagnostični preizkus omogoča evalvacijo bolnikovega osebnostnega delovanja na podlagi interpretacije njegovih odgovorov na deset nestrukturiranih dražljajev (kart z packami črnila) (1). Splošen namen uporabe Rorschacha je spoznati posameznikovo osebnostno strukturo, ugotoviti, kako svoje izkušnje konstruira (kognitivno strukturiranje) in pomene, ki jim svojim zaznavnim izkušnjam pripisuje (2). Rorschach je interpretacijsko izjemno bogat preizkus, saj z njim pridobimo podatke o motivaciji, toleranci na stres, kako se spopada s trenutnimi situacijskimi zahtevami, kakšen je njegov afekt, kako vidi sebe in kakšno je njegovo medosebno zaznavanje in vedenje (2, 23). Za aplikacijo in interpretacijo eden najzahtevnejših preizkusov prav tako časovno ni ekonomičen. Kljub temu je v široki uporabi, saj z njim pridobimo informacije

o bolniku kot specifičnem posamezniku – to je zato, ker odzive na preizkusu oblikuje širok razpon psiholoških operacij in izkušenj. Medtem ko se večina preizkusov osredotoča na produkte psiholoških procesov (vedenje), pa izsledki Rorschacha odsevajo procese, ki vedenje sprožijo.

Zaključek

Klinično-psihološka ocena z uporabo standardiziranih preizkusov predstavlja natančno in zanesljivo ocenjevalno metodo. Podrobnejše opise in vire za dostop do omenjenih psihodiagnostičnih pripomočkov je mogoče najti v knjigah Nevropsihološko ocenjevanje (10) in Priročnik za psihološko ocenjevanje (2). Namen psihološkega ocenjevanja je ocena posameznikovih kognitivnih sposobnosti, osebnosti, vedenjskih vzorcev in čustev. Poleg same izvedbe psihodiagnostičnih tehnik in metod je potrebna podrobna interpretacija, pri kateri strokovnjak zajame znanje s področja nevropsihologije, razvojne psihologije, psihopatologije, osebnosti, statistike in psihometrije. Klinično-psihološko ocenjevanje je potrebno prilagoditi posamezniku glede na njegove potrebe, zmožnosti in omejitve kot tudi napotnemu vprašanju.

Literatura

1. Carr A, McNulty M. Intake interviews, testing and report writing. V: Carr A, McNulty M, eds. *The Handbook of adult clinical psychology: an evidence-based practice approach*. London: Routledge; 2006.
2. Groth-Marnat G. Minnesota Multiphasic Personality Inventory. V: Groth-Marnat G. *Handbook of psychological assessment*. Hoboken: John Wiley & Sons. 2003: 213–310.
3. Berger J. *Psihodijagnostika: klinički metod procene*. 2., promenjeno izd. Beograd: Nolit; 1974.
4. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological assessment*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
5. Sever A, Ožura A. Nevropsihološko ocenjevanje. V: Masten R, Smrdu M, ur. *Klinična psihologija*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2013. p. 299–313.
6. Sohlberg MM, Mateer CA. *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford; 2001.
7. Baddley AD. *Essentials of human memory*. East Sussex: Psychology Press; 2003.
8. Snyder PJ, Nussbaum PD, Robins DL, eds. *Clinical neuropsychology: a pocket handbook for assessment*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2006.
9. Strovasnik Žagavec B, Šešok S, Štukovnik V. Ocenjevanje kognicije v klinični psihologiji. V: Masten R, Smrdu M, ur. *Klinična psihologija*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2013. p. 274–96.
10. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University; 2014.

11. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. V: Kring AM, Sloan DM, eds. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press; 2009. p. 13–37.
12. APA dictionary of psychology. Washington: American Psychological Association; 2015.
13. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: conceptual foundations. V: Gross JJ, ed. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
15. Hama S, Yamashita H, Shigenobu M, Watanabe A, Hiramoto K, Kurisu K, et al. Depression or apathy and functional recovery after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22 (10): 1046–51.
16. Kobal MF. Znaki in simptomi duševnih motenj. V: Tomori M, Ziherl S, ur. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta; 1999. p. 47–100.
17. Taylor MA, Vaidya NA. Descriptive psychopathology: the signs and symptoms of behavioral disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
18. Zadavec T. Ocenjevanje čustvovanja v klinični psihologiji. V: Masten R, Smrdu M, ur. Klinična psihologija. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2013. p. 230–43.
19. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
20. Foa EB, Stein DJ, McFarlane AC. Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 Suppl 2: 15–25.
21. Millon T, Millon CM, Meagher S, Grossman S, Ramnath R. Personality disorders in modern life. 2nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
22. Benedik E. Ocenjevanje osebnosti v klinični psihologiji. V: Masten R, Smrdu M, ur. Klinična psihologija. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2013. p. 207–29.
23. Exner JE. History and development of the Rorschach. V: Exner JE, Erdberg P. The Rorschach: a comprehensive system. Vol. 1, Basic foundations and principles of interpretation. 4th ed. New York: John Wiley & Sons. 2003: 1–12