

UNIVERZA V MARIBORU
FILOZOFSKA FAKULTETA

Oddelek za psihologijo

Aleš Korošec

ORALNI, OBSESIVNI IN HISTERIČNI ZNAČAJ V POVEZAVI Z
DEPRESIVNOSTJO IN SPOLNIMI STEREOTIPI

MAGISTRSKO DELO

Maribor, 2016

UNIVERZA V MARIBORU
FILOZOFSKA FAKULTETA
Oddelek za psihologijo

Aleš Korošec

ORALNI, OBSESIVNI IN HISTERIČNI ZNAČAJ V POVEZAVI Z
DEPRESIVNOSTJO IN SPOLNIMI STEREOTIPI

ORAL, OBSSESIVE AND HYSTERICAL CHARACTER CONNECTED TO
DEPRESSION AND GENDER STEREOTYPES

MAGISTRSKO DELO

Mentor: doc. dr. Emil Benedik

Maribor, 2016

Lektorica:

Sandra Peklar, dipl. slov. (UN) in dipl. geog. (UN)

Prevajalec:

Tine Manfreda, univ. dipl. prev. in tol. nem. in univ. dipl. prev. in tol. ang.

Zahvaljujem se družini, prijateljem in mentorju.



Univerza v Mariboru

Filozofska fakulteta
Koroška cesta 160
2000 Maribor, Slovenija

IZJAVA

Podpisani Aleš Korošec, rojen 24. 4. 1989, študent Filozofske fakultete Univerze v Mariboru, študijskega programa 2. stopnje PSIHOLOGIJA, izjavljam, da je magistrsko delo z naslovom »Oralni, obsesivni in histerični značaji v povezavi z depresivnostjo in spolnimi stereotipi« pri mentorju doc. dr. Emilu Benediku avtorsko delo.

V magistrskem delu so uporabljeni viri in literatura korektno navedeni; teksti niso prepisani brez navedbe avtorjev.

Aleš Korošec, l.r.

(podpis študenta)

Maribor

25.11.2016

UNIVERZA V MARIBORU

Filozofska fakulteta

**IZJAVA O ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE
MAGISTRSKEGA DELA IN OBJAVI OSEBNIH PODATKOV
DIPLOMANTOV**

Ime in priimek diplomanta: ALEŠ KOROŠEC

Vpisna številka: F0034230

Študijski program: PSIHOLOGIJA

Naslov magistrskega dela: ORALNI, OBSESIVNI IN HISTERIČNI ZNAČAJ V
POVEZAVI Z DEPRESIVNOSTJO IN SPOLNIMI STEREOTIPI

Mentor: doc. dr. EMIL BENEDIK

Podpisani Aleš Korošec izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal elektronsko verzijo magistrskega dela v Digitalno knjižnico Univerze v Mariboru. Magistrsko delo sem izdelal sam ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007 – UPB3, 68/2008, 85/2010) dovoljujem, da se zgoraj navedeno magistrsko delo objavi na portalu Digitalne knjižnice Univerze v Mariboru.

Tiskana verzija magistrskega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal za objavo v Digitalno knjižnico Univerze v Mariboru.

Podpisani izjavljam, da dovoljujem objavo osebnih podatkov, vezanih na zaključek študija, in sicer za spremljanje zaposlovanja diplomantov, za potrebe Kariernega centra ter Alumni klubov.

Datum in kraj:

Maribor, 25.11.2016

Podpis diplomanta:

Aleš Korošec, l. r.

Povzetek

Namen pričujoče magistrske naloge je predstaviti značaje, ki temeljijo na psihoanalitični teoriji. Ob tem nas je zanimalo, kako se ti značaji povezujejo s konceptom depresivnosti in ali značaji vplivajo na izraženost depresivnosti. Prav tako smo želeli osvetliti problem spolnih stereotipov pri diagnosticiranju, kar smo storili v teoretičnem delu, v empiričnem pa smo se še posvetili temu, kako se značaji obnašajo v skladu s spolnimi stereotipi.

V raziskavi je sodelovalo 202 udeležencev. Večina udeležencev je bilo študentov povprečne starosti 24,63 let. Vzorec je sestavljalo 160 žensk in 42 moških. Za raziskovanje smo uporabili vprašalnik, ki je bil objavljen na spletu, sestavljen iz demografskih vprašanj, krajše verzije Lestvice temeljnih značajev in krajše verzije Beckovega vprašalnika depresivnosti.

Prišli smo do šestih za nas relevantnih ugotovitev: (1) oralni značaj statistično pomembno pozitivno korelira z depresivnostjo, (2) pri obsesivnem značaju ni statistično pomembnih razlik med spoloma, (3) pri histeričnem značaju ni statistično pomembnih razlik med spoloma, (4) oralni značaj ima statistično pomemben vpliv na izraženost depresivnosti, (5) obsesivni značaj nima statistično pomembnega vpliva na izraženost depresivnosti, (6) histerični značaj nima statistično pomembnega vpliva na izraženost depresivnosti.

Ugotovitve kažejo, da ima oralni značaj pomembno povezavo in vpliv na izraženost depresivnosti, medtem ko to ne velja za obsesivni in histerični značaj, kar je skladno s teoretičnimi koncepti. Obenem se je izkazalo, da spolni stereotipi za obsesivni in histerični značaj nimajo empirične podlage, saj ni bilo statistično pomembnih razlik med spoloma za omenjena značaja.

Ključne besede

Oralni značaj, obsesivni značaj, histerični značaj, depresivnost, spolne razlike, spolni stereotipi.

Abstract

The purpose of this thesis is to present characters, which are based on the psychoanalytic theory. We mostly wanted to know how these characters are connected with the concept of depression and if they affect depression in any way. Another problem worth mentioning are gender stereotypes in diagnosis, which we discussed in the theoretical part of this thesis, whereas in the empirical part we researched how the characters behave according to gender stereotypes.

The study involved 202 participants, most of which were students with the average age of 24,63 years. The sample consisted of 160 women and 42 men. For our survey we used a questionnaire which was published on the internet and consisted of demographic questions, a shorter version of the Basic Character Inventory and a shorter version of the Beck Depression Inventory.

We have reached six important findings: (1) the oral character positively correlates with depression; (2) the obsessive character shows no statistically significant differences between the sexes; (3) the hysterical character shows no statistically significant differences between the sexes; (4) the oral character has a statistically significant impact on the degree of depression; (5) the obsessive character has no statistically significant impact on the degree of depression; (6) the hysterical character has no statistically significant impact on the degree of depression.

The findings show that the oral character has an important connection and impact on the degree of depression, while the obsessive and hysterical characters do not. This is consistent with theoretical concepts. It also turned out that gender stereotypes have no empirical foundation for obsessive and hysterical characters, since there were no statistically significant differences between the sexes for both types of characters.

Keywords:

Oral character, obsessive character, hysterical character, depression, gender differences, gender stereotypes.

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 ZNAČAJ	2
2.1.1 ZNAČAJ IN OSEBNOST	2
2.1.2 ZNAČAJ, KI TEMELJI NA PSIHOANALITIČNI TEORIJ.....	4
2.1.3 OD ZNAČAJA DO OSEBNOSTNIH STRUKTUR IN NAZAJ	8
2.1.4 OBLIKOVANJE ZNAČAJA.....	11
2.1.5 ORALNI ZNAČAJ	13
2.1.6 OBSESIVNI ZNAČAJ	17
2.1.7 HISTERIČNI ZNAČAJ	18
2.2 DEPRESIVNOST	20
2.2.1 DEPRESIJA	20
2.2.2 DEPRESIVNA OSEBNOSTNA MOTNJA, DEPRESIVNA MOTNJA IN DEPRESIVNA OSEBNOST	23
2.2.3 POVEZAVA MED DEPRESIJO IN ORALNIM ZNAČAJEM.....	27
2.2.4 RAZLIKA MED KLINIČNO DEPRESIJO IN DEPRESIVNOSTJO	30
2.3 SPOLNI STEREOTIPI	32
2.3.1 SPOLNI STEREOTIPI IN PRISTRANOST PRI DIAGNOZI.....	32
3 EMPIRIČNI DEL	35
3.1 NAMEN.....	35
3.2 HIPOTEZE	36
3.3.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	36
3.3.2. RAZISKOVALNE HIPOTEZE.....	36
3.3 METODA	37
3.3.1 RAZISKOVALNA METODA	37
3.3.2 RAZISKOVALNI VZOREC	37
3.3.3 POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV	37

3.3.4 VSEBINSKO-METODOLOŠKE ZNAČILNOSTI INSTRUMENTOV	38
3.3.5 POSTOPKI OBDELAVE PODATKOV	40
3.4 REZULTATI.....	42
3.4.1 OPISNA STATISTIKA.....	42
3.4.2 PSIHOMETRIČNE LASTNOSTI VPRAŠALNIKOV	43
3.4.3 ANALIZA HIPOTEZ	45
3.5 INTERPRETACIJA.....	49
3.5.1 INTERPRETACIJA TESTNIH REZULTATOV.....	49
3.5.2 SMERNICE ZA NADALJNJE RAZISKOVANJE.....	52
3.6 SKLEP	54
4 VIRI	55

1 UVOD

Raziskovalnemu problemu smo se posvetili zaradi osebnega zanimanja za psihoanalizo. Ta čudovita paradigma, za katero se imamo v celoti zahvaliti Freudu in njegovemu bližnjemu krogu somišljenikov, odkriva v človeškem psihičnem aparatu tisto, kar je skrito očesu, in to smo želeli za kanček približati psihološkim očem preko empirične raziskave.

Vsekakor pa so osebnost, motnje razpoloženja in stereotipi tudi aktualne psihološke teme dandanašnjega raziskovanja. V zvezi z osebnostjo smo se posvetili značajem, ki temeljijo na psihoanalitični teoriji in predstavljajo poseben del strukture posameznika glede na njegovo interakcijo z okoljem. Oralni, obsesivni in histerični značaj sledijo tudi razvojnim teorijam in imajo dobro napovedno vrednost za nekatere koncepte, predvsem iz področij patologij. V zvezi z motnjami razpoloženja smo se posvetili depresivnosti, ki označuje stanje počutja in je nekakšna podlaga depresiji, katera pa iz leta v leto postaja vse večji zdravstveni problem. Pri tem nas je zanimala klasična psihoanalitična teza, in sicer da je povezava med oralnim značajem in depresivnostjo. Ta teza je zelo pomembna, ker je prisotna še v marsikateri današnji psihoterapevtski usmeritvi. V zvezi s stereotipi smo se lotili spolnih stereotipov. Ti znajo predstavljati problem pri diagnosticiranju in obravnavi, kar smo osvetlili v teoretičnem delu. V empiričnem delu pa smo se lotili klasičnega stereotipa histerične ženske in obsesivnega moškega, čeprav le na preprost način in to tako, da smo preverili, ali ima to prepričanje empirično podlago.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ZNAČAJ

2.1.1 ZNAČAJ IN OSEBNOST

»Že poprej sem večkrat premišljeval in se čudil, in mojemu čudenju bržda tudi v prihodnje ne bo konca, kaj neki je vzrok, da, čeprav leži vsa Helada v istem podnebjju in uživajo vsi Heleni enako vzgojo, vendar nimamo vsi enako uravnanih značajev.« (Teofrast, 1971, str. 5)

Grški filozof Teofrast se je pri svojih 99 letih med opisovanjem različnih značajev dotaknil problema individualnosti in konstelacije značilnosti, kateri se tukaj ne bo reševal, ampak le poglobljaj. Vpeljal je tudi pojem značaja, za katerega pa si psihologi niso na jasnem, ali bi ga razlikovali od osebnosti ali enačili z osebnostjo ali pa ga v celoti razvrednotili.

Allport in Vernon (1930) v svoji definiciji značaja sprva navržeta, da ima značaj enako pridevniško nabitost, kot jo ima osebnost in zato ne obstaja razlog, da ta dva izraza uporabljamo izmenjujoče. In tako se je tudi dogajalo skozi zgodovino. V takratni psihološki uporabi pa prihaja do dveh smeri razhajanj. Prva smer izpostavi etični in moralni vidik značajev. Druga značaju pripisuje posebno fazo osebnosti, večinoma konativno, pri tem se omenja tudi, da je značaj stabilno ozadje osebnosti. Vsem tem drugim je skupno to, da vidijo v značaju predvsem gon, inhibicijo, perseveracijo, integracijo ali podobne pristne psihološke fenomene, ki jih lahko pojasnimo kot manifestacije osebnosti. Zato tudi svojo definicijo zaključita na način, ki ni ravno obetajoča za značaj. Pravita, da lahko pojem značaja opustimo kot psihološki koncept, saj je njegova vrednost samo evalvacijska.

McDougall (1932) pa medtem pregleda besedno raven značaja. Sam loči med »Charakter«, ki je nemška verzija in opisuje celoto nekih značilnosti ali kvalitet nekega organizma, ter med »character«, angleška različica, ki v bistvu predstavlja

posamezne značilnosti ali kvalitete nekega organizma. To pomeni, da je »Karakter« sestavljen iz »characters«¹.

Značaj ni osebnost, razen v Nemčiji. Tam je v preteklosti po zaslugi karakterologov pojem postal kar sinonim osebnosti, za nekaj časa celo prevladal, dokler ni prevzel funkcije jedrnega področja osebnosti, ki vključuje vse duševne in vedenjske lastnosti (Musek, 1997). Sodobni psiholog medtem jasno izpostavi, da gre pri značaju predvsem za vsebino vedenja in ne za način ali obliko. Združuje tudi vidike razhajajočih se smeri in pravi, da so značajske lastnosti tiste, ki se ocenjujejo z moralnega in etičnega vidika ter z vidika posameznikove volje in motivacije, torej konativne lastnosti. Značaj je tudi bolj odvisen od okolja kot osebnost ali temperament, saj na njegovo oblikovanje močno vpliva vzgoja, preko nje pa tudi družba in kultura, kar pa privede do ene od slabosti pri raziskovanju značaja, saj zaradi tega ni tako stabilen in trajen. Pri tem pa lahko neustrezna vzgoja privede do oblikovanja manj zaželenih značajskih lastnosti. Prejšnjo trditev so do neke mere potrdile tudi raziskave, ki so ugotovile manjšo odvisnost značaja od dednih vplivov. Namesto tipološkega pristopa, ki se je uporabljal v preteklosti od Hipokrata naprej, je danes v uporabi pristop raziskovanja dimenzij in potez, saj je posameznika težko skrpati v en tip (Musek, 1997).

V slovenščini poznamo poleg besede značaj še njeno sopomenko »karakter«, iz katere prejšnja v bistvu izhaja. Karakter pomeni vrezati, vtisniti, najprej pa naj bi pomenil znak, ki se je vdolbel v les, kar se lepo uskladi z značajem, ki tudi nakazuje na nekaj, kar je vtisnjeno v človeka, kar je njegov znak (Musek, 1997). V magistrskem delu bo v nadaljnjem v uporabi izključno značaj, da ne bo prihajalo do nejasnosti in tudi zato, ker je izraz značaj v uporabi pri večini slovenskih prevodih literature specifične za to temo (Musek, 1997; Freud, 2006; Freud, 2012).

¹ Slovensko bi se to glasilo: »Karakter je sestavljen iz karakteristik« ali »Značaj je sestavljen iz značilnosti«.

2.1.2 ZNAČAJ, KI TEMELJI NA PSIHOANALITIČNI TEORIJI

Končna definicija značaja, ki jo navaja Musek po English in English (1972; v Musek, 1997, str. 203) pravi:

»Zanimiv sistem potez ali tendenc obnašanja, ki posamezniku omogočajo, da kljub oviram deluje na relativno dosleden način v odnosu na običaje in na vprašanja morale.«

Pri tem bode v oči funkcija značaja, to je »ki posamezniku omogočajo, kljub oviram na relativno dosleden način«. To kljubovalnost oviram je na nekoliko drugačen način omenjal že psihoanalitik Wilhelm Reich (1929). V njegovem primeru je bil ovira prav on. Pri psihoanalitičnem delu je ugotovil, da pri nekaterih pacientih vsi njegovi analitični naporji naletijo na »oklep«², od katerega se preprosto odbijejo, kot da bi med intelektualnim in čustvenim delom stal zid. To se je dogajalo s stalnostjo in je ohranjalo rigidno jedro in formo, ki se je znova vračala. V nadaljnjem delu je postalo jasno, da načinu tega delovanja dirigira značaj posameznika. Od tod tudi Reichova (1929) formalna definicija, ki pravi, da je značaj tipičen način odreagiranja ega na id in zunanji svet, pri tem pa ni tako kot pri Musku (1997) pomembna vsebina sporočila, ampak način, kako osebnost izrazi očitek analize značaja in temu sledečega odpora. Značaj se v tem elementu pojavlja kot narcisistični obrambni mehanizem, ki se je razvil v zgodnjih obdobjih življenja kot obramba pred nevarnostmi iz okolice in pred zahtevami ida, je rešitev nekega konflikta potlačitve kot prihranek potlačitve ali kot preobrazba neke že nastale potlačitve v okorelo pravičniško formacijo do ega. Kaže se tudi kot vsota za ego značilnih načinov odreagiranja v različnih nam vidnih oblikah (hoja, mimika, drža, način govora, ostali načini vedenja) (Reich, 1929). Reich kvalitativno loči med štirimi značaji, glede na stopnjo libidinoznega razvoja pri kateri je prišlo do notranjega konflikta, o čemer govorita tudi Freud (2004) in Abraham (1925), to pa so po Reichovi klasifikaciji depresivni (oralni), genitalno-narcisistični (falični), histerični (genitalno-incestuozni) in prisilni značaj (sadistično-analni).

² »Panzer« v nemščini

Platon je med prvimi špekuliral in opisal princip, ki je fundamentalni za psihoanalizo in sodobno razvojno psihologijo. V več kot enem delu je poudarjal, da se razvoj značaja začne v otroštvu. Pravi:

»Sam veš, da je začetek najbolj pomemben del vsakega dela, posebej v primeru mladih in krhkih stvari; saj to je čas, ko se oblikuje značaj in se željen vtis rade volje sprejme (v Dumont, 2010, str. 7).«

Abraham prav tako pravi, da se zasnove značaja določijo v otroštvu (1925), čeprav sam loči le med tremi tipi značajev, to so oralno-erotični, analno-erotični in falični. Eroticizem tipov in njim danim razvojnim obdobjem je bolj nedolžne narave, kot se zdi, saj je v veliki meri mišljen kot erogenost za razvojno fazo specifičnih con, v katere je za tisti čas vložene veliko libidinozne energije oziroma ji je posvečena večja pozornost.

Freud prvič značaj opiše takole:

»Med osebami, ki jim skušamo pomagati s psihoanalitičnim prizadevanjem, pravzaprav dokaj pogosto srečamo tip, ki združuje v sebi določene karakterne lastnosti, obenem pa v otroštvu teh oseb našo pozornost pritegne obnašanje določene telesne funkcije in pri njej udeleženih organov. Danes ne bi mogel navesti, zaradi katerih posameznih povodov se mi je porodil vtis, da je med omenjenim značajem in takšnim obnašanjem organov določena organska zveza, lahko pa zagotovim, da temu ni botrovalo teoretično pričakovanje.« (Freud, 2006, str. 18)

V tem citatu se splača izpostaviti več pomembnih stvari. Prva je, da obstaja tip, kateri v sebi združuje določene karakterne značilnosti, to je značaj. Da pri osebi z določenim tipom obstaja obnašanje določene telesne funkcije in njej udeleženih organov iz otroštva ter da je med omenjenim značajem in tem obnašanjem organov določena organska zveza. Na konec spisa doda še pomembno opazko o formiranju značaja:

»Kako se iz konstitutivnih nagonov izoblikuje dokončni značaj, je seveda mogoče povzeti v formuli: stalne značajske poteze so bodisi nespremenjeni nasledki

izvornih nagonov, njihova sublimacija, ali pa so reakcijske tvorbe zoper njih.«
(Freud, 2006, str. 23)

Freud (2004) daje pri osebnostnem razvoju velik poudarek na otrokov seksualni razvoj in kako se otrok nauči usklajevati svoja pričakovanja z danimi možnostmi, saj bi se naj v teh letih formirali temelji kasnejših značajskih struktur. Sprva nastopita dve fazi, kjer še ni prevlade delnega nagona. Najzgodnejša je faza avtoerotizma, kjer še ni izbire objekta, naslednja je faza primarnega narcizma, kjer postane objekt otrokovo lastno sebstvo. V tem času se predela intencijsko področje delovanja, kjer prevladujejo težnje, ki usmerjajo človeka v aktivno zaznavajoč odnos do sveta in sebe kot tudi diferencirano usmerjenost ter vzpostavljanje odnosa do ljudi in sveta. Po teh dveh preide razvoj na faze pregenitalnega razvoja, ki jih poimenuje po dominantnosti tistih delov telesa, ki so v posameznem obdobju najpomembnejši vir ugodja. Prva, ki jo zaznamuje prevlada delnega nagona, je oralna faza, ki zajema obdobje okrog prvega leta življenja. Vse aktivnosti okrog ust, grla, jezika, zob in govor so zajeti v prehodu te faze. Tako mora otrok osvojiti vse od sesanja, požiranja, grizenja do vokaliziranja. Ob tem pride otrok do pomembnih izkušenj povezanih s hranjenjem, ki se kasneje lahko kažejo v značilnih načinih obnašanja v zvezi s sprejemanjem, pridobivanjem in prilaščanjem kot tudi z ohranjanjem prilaščenega, s tem se predela posesivno področje. Naslednja je analna faza, kjer je otrokova primarna naloga nadzorovanje črevesja, torej funkcija retencije in sprostitve, od koder otrok dobi prototip, kakšen odnos bo v odraslosti imel do obvladovanja in dajanja, kar spada pod samopotrditveno področje. V tem obdobju se predelajo tudi retentivni in agresivni motivi. Zajema obdobje okrog drugega leta. Zadnja je falična faza, ko postane otrokova dominantna erogena cona spolni organ. Poteka od tretjega do petega leta. V tej fazi se pridobijo izkušnje z erotično-seksualnimi težnjami, predvsem pa se formira na kakšen način se bo srečeval in odzival na pojme, kot so naklonjenost, ljubezen, ljubosumnost, zavistnost in sovraštvo. Tako otrok pridobi izkušnje na erotičnem in seksualnem področju. Če vseh teh aktivnosti različnih faz ne osvoji ali pa pride do konfliktne razrešitve, to pri otroku pusti stalne značajske poteze (Dumont, 2010; Bregant, 1976).

Bregant (1976), ki je povzel teorijo Haralda Schultz-Henckeja, pravi, da na oblikovanje osebnostnih struktur vpliva narava zgodnjih življenjskih izkušenj, kar smo srečali že pri Freudu. Tako predstavlja osebnostna struktura sistem potez, od katerih je odvisen način doživljanja in ravnanja. Med drugim je tudi obrambni sistem, ki se je izoblikoval pod vplivom zavrtosti in bojazni. Čim bolj so izrazite, bolj je nevrotično oblikovana osebnostna struktura. Loči štiri nevrotične osebnostne strukture: shizoidno, depresivno (destruktivno), anankastično-obsesivno in histerično. Shizoidno strukturo določa intencionalno področje, zavrtosti se kažejo kot bojazen pred kontaktom z okolico in ljudmi ter pred predajanjem. Depresivno nevrotično osebnostno strukturo označuje bojazen pred samostojnostjo in izgubo, anankastično-obsesivno bojazen pred minljivostjo, medtem ko histerično strukturo označuje bojazen pred neizbežnostjo in nujnostjo.

Medtem pa Musek (2005) po Freudu povzema, da poznamo tri razvojna obdobja, ki imajo sebi pripadajočo nevrozo in nevrotični značaj. Nevrozo razumemo kot posledico fiksacije v njej določenem razvojnem obdobju ali kot posledico poznejše regresije, medtem pa se pri nevrotičnem značaju razvijejo značilnosti, ki jih posameznik integrira v sebi in postanejo del njegovega značaja. Tako oralni fazi pripada depresivna nevroza, za katero je značilna pobitost, nespečnost, občutja odvisnosti in krivde, nizko samospoštovanje ter suicidalnost. Oralni fazi pripadajočemu oralnemu značaju pa usmerjenost k jemanju, prisvajanju, požiranju (hrane, pijače, knjig, informacij), biti lačen ljubezni. Analni fazi pripada prisilna (obsesivno-kompulzivna) nevroza, za katero so značilne prisilne misli (obsesije) in dejanja (kompulzije), fobija in iracionalne bojazni. Analni fazi pripadajočemu analnemu značaju pa pretirana natančnost, redoljubnost, pikolovstvo, drobnjakarstvo, pretirana varčnost, skopost, svojeglavost. Falični fazi pripada histerija (konverzivna nevroza), za katero so značilni konverzivni simptomi, telesni znaki (histerična ohromelost, slepota, gluhost, nemost), histerični napadi. Falični fazi pripadajočemu faličnemu značaju pa pretirana želja po ugajanju, samoljubje, nastopaštvo, bahavost, pretirana ambicioznost, predrznost, zavistnost, vihravost, nestalnost (Musek, 2005). Ta kategorični prikaz lepo ilustrira razliko med nevrozo kot motnjo in nevrotičnim značajem kot obliko osebnostne strukture.

2.1.3 OD ZNAČAJA DO OSEBNOSTNIH STRUKTUR IN NAZAJ

Lazare, Klerman in Armor (1966) so želeli v svojih študijah empirično dokazati obstoj oralnih, obsesivnih in histeričnih značajskih potez. Zanimanja za študij značaja so pri njih vzbudila opažanja glede depresivnih pacientk, saj so se depresivne s histerično osebnostjo razlikovale od depresivnih z obsesivno osebnostjo po drugačni prilagoditvi pred hospitalizacijo, po depresivni simptomatiki, pogostosti histeričnih simptomov in odzivih na elektrokonvulzivno terapijo. Ocene osebnosti v teh opažanjih so temeljile na diagnozah psihiatrov, in ker se jim je zdelo to skrajno nepraktično, so pripravili svojo samoocenjevalno lestvico, ki so jo poimenovali Lestvica temeljnih značajev (angl. *Basic character inventory*).

Glede na opise značajev v literaturi so sprva sestavili lestvico z 200 postavkami, ki so zastopale 20 značajskih potez vsaka po 10 postavk. Po teoretskih konceptih so bile izbrane značajske poteze: za oralni značaj so bile agresija, odvisnost, oralna agresija, pasivnost, varčnost, pesimizem, zavračanje drugih; za obsesivni značaj so bile čustven manko, svojeglavost, redoljubje, varčnost, vztrajnost, zavračanje drugih, rigidnost, nezaupanje vase, močan superego; za histerični značaj pa so bile izbrane poteze odvisnost, egocentrizem, močno čustvovanje, ekshibicionizem, strah pred seksualnostjo, seksualna provokativnost, sugestibilnost (Lazare, Klerman in Armor, 1970). Po opravljeni faktorjski analizi rezultatov 90 udeleženk raziskave so dobili tri faktorje, ki so pojasnili 90 % skupne variance. Vsak od teh faktorjev je bil skladen izbranemu značaju, obsesivni je skoraj identično sovpadal, medtem ko sta oralni in histerični bila v manjši meri skladna s teoretičnimi koncepti (Lazare in drugi, 1966). Neskladnost faktorjev in njim pripadajočim značajem so pripisali v večji meri konceptualnim razlikam, saj je težavno sestaviti koncept enega značaja, katerega že različni avtorji različno definirajo, v eno enoto, medtem ko ima že sam ta značaj v sebi polarnosti. Na primeru oralnega značaja, kjer si nastopijo nasproti koncepti sesanja proti grizenju, aktivno proti pasivnemu, gratificirano proti negratificirano in fiksacije zaradi premalo ali preveč dojenja, lahko vidimo ta problem dimenzionalnosti. Druga konceptualna zagata, ki jo avtorji omenjajo, je ta, da ni čistih značajskih tipov, saj se značaji med seboj ne izključujejo, ampak prej

tvorijo značajski profil z bolj ali manj izrazitimi dimenzijami značajev (Lazare, 1966). Kar pa se ne šteje kot slabost, saj je v modernem psihološkem raziskovanju osebnosti prišlo do premika od raziskovanja tipov do dimenzij. Eysenck (v Musek, 2005) je kot prvi opozoril na neznanstvenost pristopa tipologije, saj v stvarnosti ni čistih tipov. Tipologija pa stori ravno to, ko človeka po kvalitativnih značilnostih razvrsti v eno kategorijo po načelu vse ali nič. Dimenzionalni profil je tako bolj stvaren, medtem ko je po drugi strani čisti tip idealni učni primer kot tudi statistično čudo (Lazare in drugi, 1970).

Ker so se Lazare in drugi držali Hartmannovih (1964; v prav tam) besed, ki pravi, da mora analitik v raziskovanju stremeti k boljši definiciji svojih konceptov, k večji jasnosti in sistematizaciji svojih hipotez in tudi k boljšemu razumevanju psihoanalize ob uporabi psiholoških metod raziskovanja, so s tem v mislih poskušali izboljšati svojo ocenjevalno lestvico. Tako so lestvico skrajšali na 140 postavk, pri vsaki od 20 značajskih potez so odstranili 3 postavke, ki so imele najnižje korelacije s pripadajočo potezo. Tako so v drugi študiji zbrali rezultate na 100 pacientkah njihovega lokalnega zdravstvenega doma. V obeh študijah je samo 20 odstotkov od vseh postavk imelo korelacijo postavka-značajska poteza nižjo od 0.50. Prvotna študija je imela po opravljeni faktorski analizi za tri faktorje pojasnjene 41 odstotkov celotne variance, medtem ko je druga študija imela 43 odstotkov pojasnjene celotne variance po opravljeni Varimax rotaciji (Lazare in drugi, 1970). Glede na rezultate Lazare in drugi (prav tam) povzamejo, da ima histerični faktor zmerno podobnost klinični deskripciji histeričnega značaja, obsesivni faktor v celoti sovпада s teorijo, medtem se oralni faktor precej ujema z opisom oralnega značaja, kar avtorji označijo kot parcialno validacijo deskriptivnih aspektov psihoanalitičnih značajev. Zaključijo z definicijo, ki pravi, da se značaji nanašajo na stopnjo libidinalnega razvoja, vzorec ego obramb in karakterističen način vedenja do objektov (Lazare in drugi, 1970).

Naslednjo veliko spremembo, ki je doletela Lestvico temeljnih značajev, je napravil Torgersen (1980a, 1980b). Sprva je le primerjal rezultate faktorskih analiz študij, Lazara in drugih (1966, 1970) in Paykela in Prusoffa (1973), ter ugotovil dobro ujemanje značajskih potez. Nato (Torgersen, 1980a) je dodal tri poteze in apliciral

lestvico na vzorcu 99 istospolnih dvojčkah ter dobil podobne rezultate faktorске analize kot študije Lazara in drugih (1966; 1970). Za konec (Torgersen, 1980b) je predstavil spremenjeno lestvico, ki je vsebovala 136 postavk, po 8 postavk za vsako od 17 značajskih potez, in je imela samo še tretjino prvotnih postavk. Aplikiral jo je na 260 moških in ženskih istospolnih dvojčkah. Faktorska analiza je bila najbolj prikladna za tri faktorje, ki jih je poimenoval generalni nevrotik, impulzivni histerik in obsesivni tip. Poteze so bile skladne pripadajočim faktorjem. Za oralni faktor so bile poteze nezaupanje vase, negotovost, občutljivost, odvisnost, uslužnost in čustvena neuravnoteženost; za obsesivni faktor rigidnost, strog superego, varčnost, neodločnost in redoljubje; za histerični faktor ekshibicionizem, fantaziranje, družabnost, agresija, oralna agresija, močno čustvovanje. Lippe in Torgersen (1984) pripomnita, da lahko, če značaje primerjamo z DSM-ovo drugo osjo, ki reprezentira osebnostne motnje, pri tem vidimo podobnosti med oralnim značajem in izogibalno osebnostno motnjo, obsesivnim značajem in kompulzivno osebnostno motnjo ter histeričnim značajem in histrionično osebnostno motnjo.

Neilands, Silvera, Perry, Richardsen in Holte (2008) so leta 2008 uporabili Torgersenovo različico Lestvice temeljnih značajev z namenom, da jo skrajšajo in validirajo z modernimi statističnimi metodami na nekliničnem vzorcu. Vzorec, ki so ga zbrali, je obsegal 6313 Norveških študentov pedagoških in zdravstvenih fakultet z območja celotne države, vse zahtevane lestvice je rešilo 6285 študentov. Od tega je bilo 5108 žensk in 1177 moških, starih 18-58 let s povprečjem 25,56 let. Po opravljeni analizi podatkov so glede na koeficient zanesljivosti lestvico skrajšali na 48 postavk, po 4 postavke za vsako od 12 značajskih potez. Poteze za oralni faktor so bile nezaupanje vase, negotovost, občutljivost, uslužnost, za obsesivno kompulzivni faktor so bile rigidnost, varčnost, neodločnost, redoljubje, za histerični faktor pa ekshibicionizem, družabnost, agresija in oralna agresija (Neilands in drugi, 2008).

Lazare in drugi (1966, 1970) so sprva poimenovali faktorje, ki so jih pridobili pri raziskovanju, osebnostni vzorci, čeprav so bili prevzeti iz psihoanalitične literature po konceptih značajev in čeprav so samo lestvico poimenovali Lestvica temeljnih značajev. Kasneje so nekateri avtorji prešli na imena značajskih vzorcev,

osebnostnih vzorcev (Lippe, 1984; Neilands in drugi, 2008). Za to nalogo bo veljala uporaba besede značaj, saj se glede na prej opisano distinkcijo med osebnostjo in značajem zdi ta bolj jasna. Dejstvo je tudi, da so faktorji povzeti po značajih izvirajočih iz psihoanalitične teorije in da je sama lestvica poimenovana Lestvica temeljnih značajev. S tem pa se ne izključuje to, da so ti značaji tudi do neke mere osebnostni vzorci, saj bi lahko rekli, da je osebnost tem značajem nadredna. Prav tako ti značaji, ki temeljijo na psihoanalitični teoriji, niso edini značaji, ki sestavljajo osebnost. So le določen spekter značajev gledanih z določene teoretske perspektive.

2.1.4 OBLIKOVANJE ZNAČAJA

Freud (2004) je delil bolezenske vzroke, ki so pomembni za nevrozo, na konstitucijske, ki jih posameznik podeduje, in na akcidentalne, ki mu jih prinaša življenje. Šele njuno součinkovanje pa pripelje do nevroze. Pri izbiri samega tipa nevrotičnega obolenja pa je pomemben razvoj in kako le-ta poteka. Tako lahko pri razvoju pride do zapleta, do točke fiksacije, na katero se posameznik v kasnejšem življenju vedno znova vrača. Pri tem ne gre za to, da bi odnos med izkušnjami v otroštvu bil enak kasnejšemu osebnostnemu razvoju, ampak so te izkušnje v veliki meri podvržene seksualni konstituciji in parcialnim gonom, ki sta podedovana (Torgersen, 1980b). Nekaj let za Freudom sta Slater in Slater (1944) predlagala teorijo, po kateri je izvor nevroze veliko število genov z manjšim učinkom, ki se aditivno gradijo v konstitucijo nevroze. Takšen posameznik je tudi bolj dovzeten za okoljski stres.

Ko se psihologi sprašujejo o vzrokih, ne morejo mimo raziskav z dvojčki. Torgersen (1980b) je po Freudovem teoretskem zgledu naredil raziskavo na 99 dvojčkih, od tega je bilo 22 enojajčnih ženskih, 28 enojajčnih moških, 27 dvojajčnih ženskih in 22 dvojajčnih moških dvojčkov, ki so bili povečini mentalno zdravi. Študija je pokazala, da imajo enojajčni moški dvojčki bolj podobne rezultate za oralni značaj in da imajo enojajčne ženske dvojčice bolj podobne rezultate za histerični značaj, kot so imeli dvojajčni dvojčki. Predvidevajo, da to ni zaradi

podobnih okoljskih razmer pri enojajčnih dvojčkih, saj so kot ukrep temu dodali retrospektivni intervju, ampak da je to pokazatelj genskega vpliva. Obenem so pokazali, da pride do večjih razhajanj pri rezultatih enojajčnih parih dvojčkov, kar kaže na pomembnost vpliva okolja v razvoju osebnosti in značaja.

Vpliv odnosa med otrokom in materjo sta nekaj let kasneje vzela pod drobnogled Lippe in Torgersen (1984). Zanimal ju je predvsem odnos med materjo in hčerjo, kadar je ta topel in demokratičen ter kako je pomembna sama kvaliteta odnosa. Tako sta ugotovila, da ob pozitivni kvaliteti odnosa med materjo in hčerjo, ima slednja bolj izražen obsesivni značaj in da negativno korelira s histeričnim značajem, predvsem potezo agresivnosti. Pri histeričnem značaju je prišlo tudi do ekscesivne uporabe obrambnega mehanizma potlačitve kot tudi do močne introjeckije drugega spola. Dober odnos je za obsesivni značaj pomenil tudi uporabo višjih obrambnih mehanizmov, kot sta na primer izolacija in reakcijska formacija, in pravilno prepoznavo nevarnosti na projekcijskem testu. Medtem so visoki rezultati na oralni lestvici bili pozitivno korelirani s percepcijo hladnega in trdega vzgajanja. Prav tako je za oralni značaj bila značilna ranljivost zaradi manjkajočih zaščitnih in stabilizirajočih obramb, kot so potlačitev in izolacija konfliktnega materiala, in senzitivnost do oralnih tem. Podobno se je izkazalo tudi v študiji Bornsteina, Galley in Leone (1986), ki so na 193 moških udeležencih uporabili Rorschachovo lestvico oralnosti (angl. *Rorschach orality measure*) in Lestvico starševskih opisov (angl. *Parental representations measure*). Primerjali so opise mater z rezultatom oralnosti na Rorschachu. Izkazalo se je, da z oralnostjo pozitivno korelira opis matere kot zlobne, hladne, kaznovalne, šibke, neuspešne v lastnem življenju, nekonstruktivne v odnosih in ki nudi slab zgled, ter z očetovim obsojanjem. Medtem je oralnost negativno korelirala z opisom matere kot dobre in očetom kot prizadevnim. Avtorji se tudi sprašujejo, ali so ti opisi dejanski odraz vzgoje njihovih staršev ali so mogoče le izkrivljeni spomini na otroštvo, čeprav so bili takšni rezultati glede na teorijo pričakovani.

Spremembe v strukturi značajev je merila študija Larsena in Torgersena (1989), kjer sta avtorja spremljala 89 morbidno debelih posameznikov pred, 1 leto po in 3 leta po bariatrični operaciji. Tako je na primer ta specifična skupina že pred

operacijo imela izrazito višje rezultate na oralni lestvici kot kontrolna skupina zdravih posameznikov. Po operaciji pa je prišlo do spremembe, saj se je rezultat na oralni lestvici iz predoperativnega stanja (3,47) do naslednjega merjenja 1 leto po operaciji statistično pomembno zmanjšal (2,88), kjer se je stabiliziral tudi po treh letih po operaciji (2,89). S tem se je nekoliko približal rezultatom zdravih posameznikov. Obsesivni in histerični značaj sta se tudi spremenila, saj sta se nekoliko povišala (predoperativno: 4,33 in 3,79, 1 leto po: 4,58 in 3,92, 3 leta po: 4,55 in 3,93), čeprav ne statistično pomembno. Avtorja menita, da lahko gastrični trak služi kot zunanji kontrolni mehanizem, kar privede do tega, da tak posameznik čuti večjo kontrolo v strategijah spoprijemanja s problemi in nasploh v življenju.

Kot prikaz možnosti voljne spremembe značaja služi raziskava Hoffarta (1995), ki ga pa to v osnovi ni zanimalo. Zanimala ga je povezava med značaji in agorafobijo pred in po vpeljani terapevtski obravnavi. Raziskave se je udeležilo 32 posameznikov z agorafobijo in s panično motnjo ter 18 posameznikov z agorafobijo brez panične motnje, ki so bili vpeljani na 11 tedenski terapevtski program ter je v prvem delu zajemal kognitivno terapijo, v drugem, daljšem delu pa psihodinamsko terapijo. Po primerjavi rezultatov pred terapijo in dve leti po opravljeni terapiji so prišli do zaključkov, da se je z izboljšanjem agorafobije in simptomov statistično pomembno zmanjšal rezultat na oralni lestvici, čeprav se le-ta ni približal vrednostim zdravih posameznikov, medtem pa se je povišal rezultat na lestvici histeričnega značaja. Avtorji so zasluge za spremembe pripisali terapiji, predvsem psihodinamskemu delu (Hoffart, 1995).

2.1.5 ORALNI ZNAČAJ

Lazare, Klerman in Armor so z oralnim značajem imeli najtežje delo glede definiranja le-tega, saj je v teoretskih definicijah zaobjemal različne poglede, ki so si v nekaterih aspektih celo nasprotovali. Oralni značaj je bil tudi kot zadnji krajše opisan kot preostala dva. Kot je bilo omenjeno, so avtorji za oralni značaj na podlagi teoretični konceptov izbrali poteze: agresija, odvisnost, oralna agresija, pasivnost, varčnost, pesimizem, zavračanje drugih (Glover 1956; Abraham, 1948; Fenichel,

1945; Goldman-Eisler 1955; vsi v Lazare in drugi, 1966). V prvotni študiji izpostavljajo tri teme, ki naj bi značaj v veliki meri definirale: pesimizem, ki se kaže v potezah pesimizma in nezaupanje vase; pasivno sprejemanje, ki se kaže v pasivnosti, odvisnosti in sugestibilnosti; ter umik, ki je viden v zavračanju drugih, egocentrizmom in strahom pred seksualnostjo. Od tod tudi njihov oris nekoga, ki pasivno čaka na oskrbo od zunaj in je nezmožen vpeljati misel ali začeti z delovanjem (prav tam).

Bornstein, ki je z leti opustil raziskovanje oralnosti in ga je nadomestil z raziskovanjem koncepta odvisnosti (angl. *dependency*), je predlagal integriran model razvoja odvisnosti. Ta model ima štiri glavne komponente odvisnostne osebnosti. Prva komponenta je motivacijska, to je potreba po vodenju, potrditvi in podpori drugih. Druga je kognitivna, ki jo določa zaznava sebe kot nemočnega in neučinkovitega ter drugih kot boljših. Tretja je afektivna, ki jo zaznamuje težnja posameznika, da postane anksiozen in boječ, kadar mora delovati sam in je ocenjevan. Četrta je vedenjska, ki jo določa iskanje pomoči, potrditve, vodstva in podpore drugih (Bornstein, 1996). Kljub temu, da je Bornstein na začetku članka ovrgel povezavo med oralnim vedenjem in konceptom odvisnostne osebnosti, pa je zgornji oris oralnega značaja podoben opisu glavnih komponent. Nadalje predstavi objektno-relacijski model razvoja, pri katerem preveč protektivna in avtoritarna vzgoja vodi do kognitivnih posledic (reprezentacij sebe kot nemočen in neučinkovit), ki vodijo do motivacijskih (želja po pridobitvi nege, podpore), vedenjskih (sugestibilnost, ustrežljivost, uslužnost) in afektivnih posledic (anksioznost glede delovanja, strah pred zapustitvijo). Slednja deluje na vse svoje predhodnice (afektivna na vedenjsko, motivacijsko in kognitivno), vse skupaj pa lahko vodi do dveh nasprotnih si poti. Prva pot velja, če je posameznik medosebno spreten (razvije medoseben čut), kar vodi v uspešno iskanje pomoči (vzdržuje podpirne odnose) in ima s tem nizek nivo anksioznosti (nizek nivo stresa). Takšen posameznik pride po povratni zanki znova na začetek do kognitivnih reprezentacij sebe kot odvisnega, kar pomeni, da kljub dobri socialni prilagoditvi s tem le vzdržuje odvisnostno osebnost. Druga pot pa velja, če je posameznik medosebno nespreten (manko medosebnega čuta), kar vodi do zavrnitve drugih (manko podpornih odnosov), kar pa vodi do visokega nivoja anksioznosti (visokega stresa).

Takšen posameznik se ne vrne kar na začetek do kognitivnih reprezentacij, ampak lahko še prej doživi ali propad imunskega sistema in s tem somatsko bolezen ali pa je nagnjen k depresiji (prav tam).

Opis nekoga, ki je pasiven in nezmožen delovanja, se lahko tudi poveže s študijami Kaldestada (1992; 1994; 1995), v katerih je avtor odkril povezavo med oralnostjo in psihopatologijo kot tudi to, da so hospitalizirani pacienti imeli statistično pomembno višji rezultat na oralni lestvici kot na obsesivni ali histerični. V prvi študiji (1994) je uporabil Lestvico temeljnih značajev in Lestvico 90 simptomov (angl. *Symptom Check-list 90*) na vzorcu 503 ljudi, od tega 323 žensk in 180 moških. Lestvica 90 simptomov na lestvicah nižjega reda meri simptome za anksioznost, depresijo, medosebno občutljivost, psihoticizem, obsesivno-kompulzivnost, paranoidno ideacijo, somatizacijo, sovražnost in fobično anksioznost. Od tega se je oralnost povezovala z vsem naštetim preko dveh pristopov. Kot prvo je imela oralna lestvica statistično pomembno visoke korelacije s simptomatskimi lestvicami (od $r = 0,51$ do $r = 0,73$) tako za ženske (od $r = 0,47$ do $r = 0,72$) kot moške (od $r = 0,52$ do $r = 0,76$), v primerjavi z obsesivno lestvico (od $r = 0,00$ do $r = 0,21$) in s histerično lestvico (od $r = -0,27$ do $r = 0,08$). Kot drugo pa sta se pri faktorski analizi pokazala dva faktorja. Pri prvem faktorju so imele simptomatske lestvice nasičenosti od 0,72 do 0,92, za oralno lestvico 0,77, medtem ko so pri drugem faktorju imele simptomatske lestvice nasičenosti od -0,22 do 0,14, za histerično lestvico -0,87 in za obsesivno lestvico 0,84. Ti rezultati nakazujejo na močno povezavo med oralnostjo in psihopatologijo, mogoče prav zaradi predisponirane pasivnosti, odvisnosti in nesigurnosti (1994). Z drugo študijo je Kaldestad (1995) posredno potrdil rezultate prve, saj se je na vzorcu 392 zdravih in 79 hospitaliziranih ljudi pri slednjih izkazalo, da imajo izrazito višje povprečje na oralni lestvici (zdravi 3,3; hospitalizirani 4,8), kot ga imajo zdravi posamezniki, medtem ko so si rezultati na obsesivni (zdravi 5,3; hospitalizirani 5,3) in histerični (zdravi 3,5; hospitalizirani 3,3) lestvici za obe skupini ljudi med seboj podobni.

Nekoliko drugačne hipoteze sta preverjala Kline in Storey (1980). Zanimala ju je predvsem povezava med oralnim značajem in »oralnim« vedenjem. Pod prvo hipotezo sta preverjala, ali so zobozdravniki bolj oralno sadistični, kar je bilo

zavrjneno. Pod drugo sta preverjala, ali oralni optimisti marajo toplo mlečno hrano, kar sta celo nekako potrdila. Pod tretjo, ali se vegetarijanci in ne-vegetarijanci razlikujejo po oralno osebnostni strukturi, kar sta zavrnila. Pod četrto, ali imajo člani »Dracula Society«³ nadpovprečne rezultate na oralni lestvici, kar je bilo zavrjneno. Pod peto, ali tehnike genetske zaznave odkrijejo več obramb do oralnih dražljajev med posamezniki z visokim rezultatom na oralnih lestvicah, kar sta zavrnila. Pod šesto, ali so igralci pihalnih inštrumentov oralno fiksirani v primerjavi z ostalimi glasbeniki, kar sta zavrnila. Pod sedmo, ali imajo posamezniki, ki grizejo pisala, višje rezultate na lestvici oralnega pesimizma kot kontrolna skupina, kar se je potrdilo. In pod osmo, ali imajo kadilci višje rezultate na lestvici oralnega pesimizma kot kontrolna skupina, kar sta tudi potrdila. Kot je razvidno, vse, kar naj bi bilo »oralno« vedenje, nima nujno oralne podlage.

V nekaterih primerih pa lahko oralni značaj služi kot prediktor patološkega vedenja. Perry, Silvera in Rosenvinge (2002) so v svoji študiji preverjali povezave med motnjami hranjenja in osebnostjo. Tako so na istem vzorcu kot Neilands (2008) uporabili Lestvico temeljnih značajev in Lestvico motenj hranjenja (angl. *Eating Disturbance Scale*), ki je med oralnim značajem in LMH ugotovil zmerno pozitivno korelacijo ($r = 0,41$), za obsesivni ($r = -0,07$) in histerični značaj ($r = -0,05$) pa le nizko. Oralni značaj se je pokazal kot primarni prediktor motenj hranjenja pri obeh spolih. Pri ženskah je izražen oralni značaj ob pomanjkanju obsesivne poteze varčnosti pojasnil 16 % variance motenj hranjenja, medtem ko je pri moških izražen oralni značaj ob prisotnosti histerične poteze imaginacije pojasnjeval 13 % variance motenj hranjenja. Rezultat pojasnijo v skladu s teorijo objektnih odnosov in self psihologijo, kjer razlagajo, da so motnje hranjenja rezultat značilnih zgodnjih odnosov med otrokom in starši. To privede do slabih ponotranjenih reprezentacij staršev in nezreli občutek grandioznosti. Stradanje ali prenašanje služi kot sredstvo kontrole za zmanjšanje ambivalentnosti zmedenih identifikacij staršev in stiske nestabilnega in ranljivega selfa. Drugi simptom takšne strukture oralnega značaja pripelje do zadovoljevanje potreb drugih in podrejanje idejam drugih, saj se tako ustvari ravnotežje med potrebo po grandioznosti in temeljno nesigurnostjo,

³ Drakulina družba

odvisnostjo (Perry, Silvera in Rosenvinge, 2002). Iz tega bi lahko tudi sledili izsledki raziskave Torgersena (1980b), pri kateri so bili posamezniki vpeljeni v terapevtsko izkustveno skupino, da se preveri posameznikovo dojetje skupinskosti. Oralni posamezniki so pri tem občutili skupino kot emocionalni napor, medtem ko so obsesivni posamezniki doživeli pozitivni učinek od skupine, na histerične posameznike pa skupina ni imela učinkov.

2.1.6 OBSESIVNI ZNAČAJ

»Pri osebah, ki jih nameravam opisati, je moč opaziti, da redoma v sebi združujejo naslednje tri lastnosti: so še posebej redoljubne, varčne in svojeglave. Slehera od teh besed pravzaprav pokriva majhno skupino ali niz med seboj sorodnih karakternih potez. »Redoljuben« zaobsega tako telesno čistočo kakor tudi vestnost v izpolnjevanju nepomembnih dolžnosti in zanesljivost; nasprotje te lastnosti bi bilo: neurejen, nemaren. Varčnost se lahko stopnjuje do skoposti; svojeglavost prehaja v trmo, na katero se zlahka navežeta nagnjenost k jezi in maščevalnost. Obe poslednji lastnosti – varčnost in svojeglavost – sta tesneje povezani med seboj, kot sta povezani s prvo, »redoljubnostjo«; sta tudi konstantnejši del kompleksa, čeprav se mi zdi neizpodbitno, da vse tri lastnosti nekako sodijo skupaj.« (Freud, 2006, str. 18)

Ta Freudov opis iz leta 1908 je prvi opis analnega značaja, iz katerega se razvije koncept obsesivnega značaja. Podoben opis je kasneje podal tudi Abraham (1925), dodal pa je še opazko kolega Sadgerja, ki je rekel, da posamezniki z izrazitim analnim značajem gojijo prepričanje, da lahko opravijo vse bolje kot kdorkoli drug. Obenem je še opozoril na nasprotnost v njihovem vedenju, da kljub močni vztrajnosti delo opravijo v zadnjem trenutku.

Lazare, Klerman in Armor so za izdelavo obsesivnega značaja Lestvice temeljnih značajev izbrali na podlagi teorije naslednje značajske poteze: čustven manko, svojeglavost, redoljubje, varčnost, vztrajnost, zavračanje drugih, rigidnost, nezaupanje vase, močen superego (Freud, 1950; Abraham, 1948; Jones, 1948; Fenichel, 1948; Reich, 1949; Henderson in Gillespie, 1950; Ewalt in drugi, 1957;

Mayer-Gross in drugi, 1955; Rado, 1959; Munroe, 1955; Noyes in Kolb, 1948; Masserman, 1955; Sandler, 1960; vsi v Lazare in drugi, 1966). Obsesivni značaj je bil v prvotni študiji (prav tam) skoraj identičen s teoretsko podlago. To pomeni, da se vseh osem predvidenih značajskih potez, vzetih iz teorije, kopiči pod obsesivni značaj po opravljeni faktorski analizi.

Scatolin pravi, da obsesivna oseba uživa v prežvekovanju misli, saj misel služi kot nadomestek za samo dejanje. Nadalje povzema štiri značilne obrambne mehanizme obsesivne nevroze. Prva je izolacija in služi posamezniku tako, da se misel loči od drugih misli ali da se od misli loči čustvo, takšen posameznik na primer ob kakšnem zanj grozljivem dogodku ne občuti groze. Druga je razveljavitev, pri tem pa posameznik neki dogodek negira s kakšno nasprotno mislijo ali dejanjem. Tretja je premestitev, kjer se od prvotne namere preide do neke bolj primerne, saj je prvotna namera nesprejemljiva. Zadnji obrambni mehanizem je reakcijska formacija, kjer se razvija neka navada ali prepričanje kot oporekanje neki nasprotni ponotranjeni navadi ali prepričanju (Scatolin, 2014). Izolacijo in reakcijsko formacijo sta kot del obsesivnega značaja omenila v svoji raziskavi tudi Lippe in Torgersen (1984).

2.1.7 HISTERIČNI ZNAČAJ

Lazare in drugi (1966) so za histerični značaj po analizi rezultatov ugotovili, da med histeričnim faktorjem in značajem vlada relativno dobra skladnost, kar je tudi zaradi skladnosti, ki vlada v teoriji na to tematiko. Presenetila jih je edino močna povezava z dvema oralnima značajskima potezama, to sta oralna agresija in agresija, in slabša povezava med strahom pred seksualnostjo in sugestibilnostjo. Za histerični značaj so prvotno bile izbrane poteze: odvisnost, egocentrizem, močno čustvovanje, ekshibicionizem, strah pred seksualnostjo, seksualna provokativnost, sugestibilnost (Bleuler, 1924; Reich, 1949; Fenichel, 1945; Marmor, 1953; Ziegler in Paul, 1954; Henderson in Gillespie, 1950; Alexander in Ross, 1952; Abse, 1959; Ziegler in drugi, 1960; Millar, 1958; Mayer-Gross in drugi, 1955; Noyes in Kolb, 1948; Janet, 1907; Sullivan, 1956; Wechsler, 1947; Fitzgerald, 1948; Siegman, 1954; Berblinger, 1960; Stephens in Kamp, 1962; vsi v Lazare in drugi, 1966).

Izraz histeričnost se prevečkrat uporablja v slabšalnem smislu za nekoga, ki je prevzeten, puhloglav, sleparski, nezrel, čustveno nestalen in velik lažnivec. Obenem se izraz uporablja za v svojem izrazu značilno napeto vedenje, ki je neuravnovešeno in pretirano. Vse to ima z dejansko histerijo ali histeričnim značajem oziroma osebnostno strukturo zelo malo povezave (Lazare, 1971). Pri zdravi histerični organizaciji prevladujejo ojdipalni konflikti nad oralnimi, kar se kaže v zdravem seksualnem vedenju in primerni izbiri seksualnega objekta, ki je lahko realni ali pa je fantazma. Regresija na oralno stopnjo se uporabi za izogibanje seksualnim konfliktom, medtem ko se obsesivne obrambe uporabljajo za obvladovanje sovražnosti in drugih ego neprijaznih impulzov. Zdrav histeričen značaj pomeni, da je posameznik doživel pristen triangularen konfliktni odnos in je ohranil pomemben objekten odnos z obema staršema, ima zmožnost prepoznati in tolerirati notranjo realnost ter ima boljše integriran ego in superego, kar se kaže v zaupanju in upanju. Zmožen je tudi tolerirati anksioznost in depresivnost. Za nezdravo histerično organizacijo je pa po drugi strani značilno več infantilnih fiksacij s prevladujočimi oralnimi problemi. Med preojdipalnim obdobjem ne razvije ustreznih reakcijskih formacij, obsesivne obrambe pa so osredotočene na obvladovanje realnosti, kar je pogosto pri osebah z mejno ali psihotično organizacijo. Brani se pred pasivnostjo in primitivno oralnostjo, zaradi česar ne regresira na oralno stopnjo, ampak vpelje akcijo ali reakcijo, kar vključuje erotično vedenje ali inscenacije. Okrnjene so bazične funkcije ega, ob marsikaterih potlačitvah pride do vznika primitivnih in perverznih seksualnih fantazij. Prihaja do odkritega izraza transferja in nezmožnosti odkritega odnosa, saj je ego nezmožen ločiti notranjo in zunanjo realnost. Nezdrava histerična organizacija ima tudi slabšo kontrolo nad čustvi, kar se kaže v zmanjšani toleranci za napetosti in za naklonjenost k depresivnosti. Seksualnost se lahko izrabi za lajšanje afektivnih stanj, medtem pa niso sposobni stalnega objektnega odnosa (Lazare, 1971).

2.2 DEPRESIVNOST

2.2.1 DEPRESIJA

Depresija predstavlja za posameznika velik problem, saj negativno vpliva na njegovo zdravje in ga onemogoča pri normalnem funkcioniranju. Svetovna zdravstvena organizacija uvršča depresivno motnjo na četrto mesto med boleznimi, ki posameznika najbolj onemogočajo pri normalnem vsakodnevem delovanju, do leta 2020 pa se bo povzpela celo na drugo mesto (Murray in Lopez, 1996; v Čoderl, 2015). Najboljšo predstavo o definiciji klinične depresije daje definicija depresivne epizode. Ta je podana kot velika depresivna epizoda v Diagnostičnem in statističnem priporočniku (DSM) ali kot depresivna epizoda v Mednarodni klasifikaciji bolezni (ICD).

DSM-IV diagnostični kriteriji za veliko depresivno epizodo⁴

- Trajanje:
 - simptomi prisotni skoraj vsak dan v obdobju vsaj dveh tednov.
- Glavni simptomi:
 - depresivno razpoloženje,
 - izrazita izguba interesa ali sposobnosti uživanja v skoraj vseh vsakodnevnikih aktivnostih (anhedonija).
- Postranski simptomi:
 - utrudljivost ali izguba energije,
 - sprememba v apetitu ali telesni teži,
 - nespečnost ali hipersomnija,
 - psihomotorična upočasnenost ali vznemirjenost,
 - slaba samopodoba ali pretiran občutek krivde,
 - slaba koncentracija in neodločnost,
 - ponavljajoče se misli o smrti, suicidalni ideaciji in poskusu samomora.
- Diagnostični kriterij:

⁴ Carr in McNulty, 2006

- Eden glavnih simptomov in vsaj pet simptomov skupaj, plus klinično signifikantna stiska ali poslabšanje delovanja v zaposlitvi ali pri študiju.
- Blaga, zmerna ali huda glede na število simptomov in stopnjo poslabšanja, ni specificirano glede kvantitete.

MKB-10 diagnostični kriteriji za depresivno epizodo⁵

- Trajanje:
 - simptomi prisotni vsak dan v obdobju vsaj dveh tednov.
- Glavni simptomi:
 - depresivno razpoloženje,
 - izrazita izguba interesa ali sposobnosti uživanja v skoraj vseh vsakodnevnih aktivnostih (anhedonija),
 - upad energije ali povečana utrudljivost.
- Postranski simptomi:
 - sprememba v apetitu ali telesni teži,
 - motnje spanja,
 - psihomotorična upočasnenost ali vznemirjenost,
 - slaba samopodoba ali nizka samozavest,
 - očitiranje samemu sebi ali občutek krivde,
 - znižana koncentracija ali pozornost,
 - ideje ali akti samopoškodovanja ali samomor.
- Diagnostični kriterij:
 - Za blago depresivno epizodo dva glavna simptoma in vsaj štirje simptomi skupaj, za zmerno dva glavna simptoma in vsaj šest simptomov skupaj, za hudo depresijo trije glavni simptomi in vsaj osem simptomov skupaj.

⁵ Carr in McNulty, 2006

Carr in McNulty (2006) po obširnem pregledu literature definicijo depresije zvrneta na klinične značilnosti, ki jih delita na teme razpoloženja, vedenja, medosebnih odnosov, somatskega stanja, kognicije in zaznavanja:

- Razpoloženje:
 - depresivno razpoloženje,
 - razdražljivost,
 - anksioznost in zaskrbljenost,
 - spremenjena kakovost depresivnega razpoloženja,
 - izguba interesa in uživanja v aktivnostih,
 - pomanjkanje čustvene odzivnosti.
- Vedenje:
 - psihomotorična upočasnjeno ali vznemirjenost,
 - depresivni stupor.
- Medosebni odnos:
 - deterioracija v družinskih odnosih,
 - umik iz vrstniških odnosov,
 - slaba delovna ali študijska učinkovitost.
- Somatsko stanje:
 - utrujenost,
 - zmanjšana aktivnost,
 - izguba apetita ali prenajedanje,
 - bolečine,
 - zgodnje vzbujanje,
 - dnevno nihanje razpoloženja (zjutraj slabše),
 - sprememba telesne teže,
 - izguba interesa za spolnost.
- Kognicija:
 - negativni pogled nase, svet in prihodnost,
 - pretirano generaliziran spomin,
 - kognitivne distorzije,
 - nezmožnost koncentracije,

- neodločnost,
 - suicidalne misli in namere,
 - pretiran občutek krivde,
 - blodnje, ki so skladne z razpoloženjem.
- Zaznavanje:
 - negativna pristranost v zaznavanju dogodkov,
 - halucinacije, ki so skladne z razpoloženjem.

Avtorja izpostavljata tudi pomen izgube za depresivno epizodo. Ob pojavu epizode se lahko večinoma predpostavlja, da so klinične značilnosti v povezavi z nekakšno izgubo, ki doleti posameznika. Ta izguba lahko predstavlja pomembno zvezo, aspekt zveze, za posameznika pomemben atribut ali izgubo statusa (Carr in McNulty, 2006).

2.2.2 DEPRESIVNA OSEBNOSTNA MOTNJA, DEPRESIVNA MOTNJA IN DEPRESIVNA OSEBNOST

Razvoj klasifikacije depresivne motnje in depresivne osebnosti je z leti doživela velike premike znotraj samega pojmovanja kot tudi s teoretične podlage. Tako je bila teoretična podlaga v zgodnjih različicah Diagnostičnega in statističnega priporočnika duševnih motenj v veliki meri psihoanalitična, ki pa se je z leti v novejših različicah opustila. V prvi različici DSM-a⁶ je bila pod poglavjem Psihonevrotične motnje navedena depresivna reakcija, ki jo v drugi različici⁷ zamenja depresivna nevroza v skupini nevroz, katero pa v tretji in njeni popravljeni različici⁸ pod navedbo poglavja Motenj razpoloženja na prvi osi zamenja distimija, v oklepaju se sicer ohrani depresivna nevroza. Ta premik od druge osi na prvo, torej od osebnostne motnje do afektivne motnje, je bil usoden za psihoanalitično gibanje (Phillips, Gunderson, Hirschfeld in Smith, 1990). V četrti različici (American Psychiatric Association, 1994) najdemo depresivne motnje pod poglavjem Depresivne in bipolarnе motnje, kar se v peti (American Psychiatric Association,

⁶ Iz leta 1952

⁷ Iz leta 1968

⁸ Iz leta 1980 in 1987

2013) spremenjeni v ločeno poglavje Depresivnih motenj. Po drugi strani pa bi depresivna osebnostna motnja lahko bila reprezentirana v prvi različici pod osebnostnimi motnjami kot ciklotimna osebnost, čeprav ta predstavlja motnjo z izmenjujočimi blagimi depresivnimi in maničnimi epizodami, ki je prešla iz klasifikacije osebnostnih motenj v klasifikacijo Motenj razpoloženja v tretji različici kot ciklotimija, kar pa se v naslednjih različicah ni spremenilo. To pomeni, da ni bila več reprezentirana pod osebnostnimi motnjami (Phillips in drugi, 1990). Avtorji DSM IV v prilogah k priporočniku kot možnost vključitve v klasifikacijo predlagajo depresivno osebnostno motnjo (American Psychiatric Association, 1994). V novem DSM-u V ostane samo persistentna depresivna motnja (distimija), ki bi lahko reprezentirala depresivno osebnost, čeprav je navedena pod motnjami (American Psychiatric Association, 2013). Distimijo najdemo tudi v Mednarodni klasifikaciji bolezni 10 (2006), kjer kot njeno sopomenko navedejo depresivno osebnostno motnjo, ampak je navedena pod Motnjami čustvovanja in ne pod Osebnostnimi motnjami. Edino Psihodinamični diagnostični priporočnik trenutno loči med depresivno motnjo in depresivno osebnostno motnjo in še to tako, da vsako motnjo reprezentira na svoji osi (PDM Task Force, 2006). Ta evolucija in izbira klasifikacij kaže na to, da te definicije niso danosti, ampak bolj sledenje določenim teoretskim smernicam in gibanjem.

Psihodinamični diagnostični priporočnik loči pri klasifikaciji odraslih duševnih motenj med tremi osmi. Prva je Osebnostni vzorci in motnje (Os P), druga Profil duševnega funkcioniranja (Os M), tretja Simptomatski vzorci: Subjektivna izkušnja (Os S). Pod osjo P najdemo depresivno osebnostno motnjo, ki jo je DSM opustil oziroma je niti v osnovi ni vključil s tem. Pod osjo S pri poglavju Motenj razpoloženja pa najdemo depresivne motnje (PDM Task Force, 2006).

Glede na študijo Shedler in Westen (2004; v PDM Task Force, 2006) je depresivni tip prevladujoč tip osebnostne strukture v klinični obravnavi. Kljub temu da je bila ta osebnostna struktura v novejših DSM-ih izpuščena in je depresija obravnavana samo med motnjami razpoloženja, se avtorji PDM-ja s tem ne strinjajo in zato ohranijo tako osebnostno strukturo kot motnjo depresije. Razlogi za to početje so ti, da mnogi depresivno osebnostno strukturirani ljudje v življenju niso imeli

signifikantne epizode klinične depresije, obenem so neodzivni na antidepresive, kateri pa po drugi strani v večji meri pomagajo tistim z depresivno motnjo. Pri depresivni motnji tudi izstopajo vegetativni simptomi (psihomotorična oslabeledost, motnje apetita, motnje spanja, izguba želje po spolnosti in užitku), medtem ko so pri osebnotni motnji bolj v ospredju osebnotne teme, ki se poostrijo v stresu (PDM Task Force, 2006).

Depresivna osebnotna motnja se v PDM-ju deli na dva tipa glede na depresivno simptomatiko. Introjektivno, prej poimenovano melanholično, za katero je značilna krivda, samokritičnost, perfekcionizem, nenehno vrednotenje in dojemanje sebe, in anaklitično, za katero je značilen sram, visoka reaktivnost ob izgubah ali zavrnitvah, nejasna čustva neprimernosti in praznine, zaupanje in ohranjanje povezanosti z drugimi. Ob prvi je diagnoza depresivna osebnotna motnja, medtem ko se lahko pri drugi, glede na stopnjo zmožnosti posameznika za odnos, diagnosticira poleg depresivne še odvisnostno (angl. *dependent*) ali narcisistično osebnotno motnjo. Glavno prepričanje za posameznike je, da so v osnovi slabi in nepopolni, zaradi česar jih bodo preostali zavrnili, ko jih bodo поблиžje spoznali. Zato tudi vpeljejo obrambe, kot so: introjektivna, preobrat, idealizacija drugih in razvrednotenje sebe (PDM Task Force, 2006).

Depresivna motnja se lahko pojavi v vsakem starostnem obdobju, najpogosteje se razvije v obdobju vstopa v odraslost. Simptomi se lahko razvijejo v nekaj dnevih do nekaj tednov. Ni le odraz močne žalosti, je motnja, ki zajame možgane in telo, kognicijo, vedenje, imunski sistem in periferni živčni sistem. Vpliva na zmožnost normalnega vsakdanjega funkcioniranja za razliko od žalostnega razpoloženja. Posameznika prevzemajo abnormalna razpoloženja, čustva brezupa, žalosti in sovražnost do sebe. Depresivna epizoda je definirana tako, da traja vsaj dva tedna, med tem časom se posameznik počuti potrto, je nezmožen doživljanja kakršnegakoli užitka, spremljajo ga motnje spanja, spremembe v apetitu, izguba želje po spolnosti, izguba zanimanja za prej ustaljene interese, izguba užitka v življenju (anhedonija), izguba energije, nezmožnost koncentracije, upočasnjenost refleksov in telesnih gibov (psihomotorična upočasnjenost), občutki krivde in suicidalne misli. Tvrstni simptomi lahko variirajo glede moči, kot lahko tudi samo

doživljanje depresivne epizode pri posamezniku. Pri nekom je lahko tako blaga, da jo komaj prepozna, drugega pa lahko popolnoma onesposobi (PDM Task Force, 2006).

V prilogah DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) avtorji definirajo depresivno osebnostno motnjo kot prodoren vzorec depresivnih kognicij in vedenj, ki se začnejo pojavljati v zgodnji odraslosti v različnih kontekstih življenja. Pogoji je tudi to, da se vzorec ne pojavi izključno med veliko depresivno epizodo in ni bolje opisan s strani distimične motnje. Značilni so trajni in prodorni občutki zavrnitve, otožnosti in potrnosti, obenem so takšni posamezniki resni, nezmožni sprostitve. Imajo negativen pogled na svet in prihodnost, so samokritični in prav tako strogo ocenjujejo druge, so pesimistični in prej občutijo krivdo. Priključene značilnosti so introvertiranost, pasivnost in pomanjkanje asertivnosti. Depresivna osebnostna motnja ima višjo prevalenco v družinah z zgodovino depresivnih motenj.

Millon (2004) vpelje pojem depresivne osebnosti, ki jo razdeli na pet različnih podtipov: nervozno, samoponiževalno, zlovoljno, moderno in morbidno. Za nervozno depresivno osebnost, ki ima lastnosti izogibajoče osebnostne motnje, je značilno občutenje tesnobe in vznemirjenosti. Ob razdraženosti ne pokažejo dejanskih občutenj do drugih, ampak nezadovoljstvo obrnejo nase. To se potem lahko kaže v samodestruktivnem vedenju, indirektno v opijanju ali drogiranju ali kar direktno v aktu samomora, s katerim dokažejo, da imajo resnično kontrolo nad svojim življenjem. Za samoponiževalno depresivno osebnost, ki ima lastnosti odvisne osebnostne motnje in Kernbergovega (1988; v prav tam) depresivno-mazohističnega značaja, je značilno poniževanje in zasmehovanje samega sebe za slabosti in storjene napake. Takšno grajanje sebe lahko izvedejo pred drugimi z namenom, da v njih vzbudijo krivdo, zaradi česar jih potem ti drugi tolažijo. Za zlovoljno depresivno osebnost, ki ima nekatere lastnosti negativističnih osebnosti, je značilno godrnjavo nezadovoljstvo, stalno pritoževanje in kronična razdražljivost. V ničemer ne najdejo zadovoljstva razen v tem, da se pritožujejo drugim in da tudi v njih vzbudijo negativna občutja. Za moderno depresivno osebnost, ki ima lastnosti histrionične in narcisistične osebnostne motnje, je

značilno, da vidijo trpljenje kot plemenito, žalost kot popularno. Takšni posamezniki se ubadajo s filozofsko platjo svoje depresivnosti in jo radi kažejo navzven, saj je le-ta častna. Za morbidno depresivno osebnost, ki ima lastnosti mazohistične osebnostne motnje, je značilna potrtnost in mračnost, videti so popolnoma izčrpani in so negativni glede vsega v svojem življenju. Počutijo se brezmočne in imajo stalne občutke krivde, ob tem tudi ne vidijo nikakršnega upanja v prihodnosti.

2.2.3 POVEZAVA MED DEPRESIJO IN ORALNIM ZNAČAJEM

Povezanost med depresijo in osebnimi značilnostmi pojasnjuje več etioloških modelov. Prvi je model ranljivosti, ki predvideva, da osebnostne značilnosti delujejo kot predispozicija za razvoj depresije. Ta je v preteklosti prevladoval tako v teoriji kot v raziskavah. Drugi je model patoplastičnosti, ki predvideva, da osebnostne značilnosti vplivajo na potek depresije. Tretji je model zapleta ali brazgotine in predvideva, da depresija ali prehodno (model zapleta) ali trajno (model brazgotine) vpliva na osebnost. Četrty je model spektra, ki predvideva obstoj dimenzije in sega od normalnega stanja do močne izraženosti depresije (Čoderl, 2015). Hirschfeld (1986) pri tem dodaja, da so nekatere osebnostne značilnosti blažji izraz značilnosti afektivnih motenj, obenem pa imata obe vrsti značilnosti skupno genetsko podlago. Peti model je model skupnega vzroka, po katerem naj bi depresija in osebnostne značilnosti imele skupen etiološki dejavnik. Oba avtorja poudarjata, da se ti modeli med seboj ne izključujejo (Čoderl, 2015; Hirschfeld, 1986).

Phillips in drugi (1990) ločijo šest aspektov povezave med depresijo in osebnostjo, ki pa se obenem razlikujejo od ločenega tipa depresivne osebnosti. Kot prvi aspekt navedejo premorbidne osebnostne značilnosti, ki predisponirajo posameznika k razvitju depresivne epizode in so normalne osebnostne značilnosti (na primer introvertiranost). Pri drugem aspektu so postmorbidne osebnostne značilnosti, ki so posledica depresivne motnje (nesigurnost, obupanost). Tretje so osebnostne motnje, ki so koeksistentne z depresijo, kar se pojmuje kot komorbidnost. Četrty aspekt so

osebnostne značilnosti, ki so koeksistentne z depresijo, pri katerih ni nujne kavzalnosti z motnjo. Peti aspekt je, kadar osebnost deluje kot prikrojevalec depresije, katere ne predisponirajo posameznika k depresiji in ne nastanejo kot vzrok depresije, ampak vplivajo le na njen potek. Šesti aspekt so normalne depresivne značilnosti, ki so trajne osebnostne značilnosti in izražajo depresivno počutje ter so lahko ali pa ne predisponirajoče. Ločeni tip depresivne osebnosti pa definirajo kot trajen tip značaja ali temperamenta.

Akiskala, Hirschfelda in Yerevaniana (1983) ne čudi, da po tem, ko so naredili pregled vseh študij za omenjene modele povezave med osebnostnimi značilnostmi in depresijo, še ni podanih dokončnih zaključkov. Težava je v metodološkem pristopu. Od osebnostnih značilnosti naj bi introvertiranost imela največ dokazov za to, da obstaja predispozicija za depresijo, medtem ko sta odvisnost in pripisovanje slabih lastnosti samemu sebi prej posledični depresivnemu stanju. Na težavnost merjenja kavzalnosti je opozarjal že Telenbach (1980; v Akiskal in drugi, 1983), ki navede preprost primer obnašanja obsesivnih značilnosti med depresivnostjo. Nekatere obsesivne težnje, kot so redoljubje, krivda, sociabilnost in skrb za druge, naj bi se razvile kot obramba pred značilnostmi depresije, kot so dezorganiziranost, sovražnost in preokupacija samega s seboj, in ne skupaj z njo ali že pred tem. Te bi se naj v začetku celo zaostriale, kar pa oteži izločitev merodajnih značilnosti ob merjenju.

Povezanost osebnostnih značilnosti in depresije so preučevali Hirschfeld, Klerman, Clayton in Keller (1983). V raziskavi so primerjali pacientke, ki so prebolele unipolarno depresijo, njihove sorodnice, ki so prebolele unipolarne depresijo, in sorodnice, ki nikoli niso imele duševnih motenj. V primerjavi z zdravo populacijo sta obe skupini s prebolelo depresijo imeli bolj izraženo introvertiranost, submisivnost, pasivnost in medosebno odvisnost. Skupini s prebolelo depresijo sta imeli statistično pomembno ($p < 0.01$) višji oralni značaj v primerjavi z zdravo skupino sorodnic, medtem ko ni bilo statistično pomembnih razlik za obsesivni in histerični značaj. V drugi, nekoliko razširjeni raziskavi Hirschfelda (1986), je avtor prišel do podobnih rezultatov, a zdaj v primeru pacientk s prebolelo bipolarno motnjo, njihovih sorodnic s prebolelo depresivno motnjo in njihovih zdravih

sorodnic. Skupini, ki sta preboleli motnji, sta imeli statistično pomembno višje vrednosti na lestvicah nevroticizma, emocionalne odvisnosti, pomanjkanju medosebne samozavesti in oralnem značaju. Za histerični značaj je imela le skupina pacientk s prebolelo bipolarno motnjo statistično pomembno višje vrednosti od zdravih sorodnic, medtem ko za obsesivni značaj ni bilo pomembnih razlik v vrednostih. Avtorji niso marali podati odgovora glede tega, kateri model najbolje pojasnjuje povezanost, saj niso izbrali ustreznih raziskovalnih metod, ki bi preverjale vse modele.

Alneas in Torgersen (1990) sta med seboj primerjala štiri vrste pacientov. Prva skupina je imela diagnosticirano depresivno motnjo, druga mešano depresivno anksiozno motnjo, tretja samo anksiozno motnjo in četrta je bila skupina ljudi z različnimi motnjami. Izkazalo se je, da imajo pacienti z mešano depresivno anksiozno motnjo statistično pomembno višji rezultat za oralni značaj kot pacienti s samo depresivno motnjo in pacienti z različnimi motnjami. Pacienti z anksiozno motnjo brez paničnih napadov so po drugi strani imeli višji rezultat za obsesivni značaj od preostalih skupin in statistično pomembno višji rezultat za oralni značaj v primerjavi s skupino ljudi z različnimi motnjami. Pomembno je razlikovati med depresivnostjo brez pridružene motnje in s pridruženo motnjo, kot je v tem primeru bila anksiozna motnja.

Chodoff (1972), Greenberg in Bornstein (1988), Bornstein (1996) so se uprli klasičnim psihoanalitičnim pogledom in se začeli spogledovati z bolj medicinskim modelom. Tako so v svojem raziskovanju počasi opustili oziroma zamenjali oralni značaj in oralnost za odvisnost in odvisnostno osebnost. Temelji koncepta pa so ostali podobni prvotnim izhodiščem, saj se razvoj odvisnosti dogaja v oralni fazi, od tu tudi poimenovanje oralna odvisnost (prav tam; Greenberg in Bornstein, 1988). Millon (2004) po psihodinamskih razlagah Abrahama (1927; v prav tam) pravi, da je odvisnostna osebnost v klasični psihoanalitični teoriji večinoma poimenovana kar oralni značaj. Abrahamu so raziskovalci sledili tudi pri njegovem opisu povezanosti odvisnosti oziroma odvisnostne osebnosti in depresije. Povezavo med tema dvema pojmomoma potrjujejo raziskave Blatta in Homanna (1992), Bornsteina (1992), Alneasa in Torgersena (1997). Blatt in Homann (1992) sta v svoji študiji

zbrala rezultate za tri različne pristope raziskovanja odnosa otrok-starš in vpliva na razvoj depresije. Prvi pristop zajema študije varnih in negotovih vzorcev navezanosti pri dojenčkih in malčkih, drugi pristop zajema študije depresivnih odnosov mama-otrok, tretji pristop zajema retrospektivne študije normalnih in depresivnih odraslih ter njihovih zgodnjih izkušenj s starši. Glavna ugotovitev pri vseh treh pristopih je bila, da so mentalne reprezentacije oziroma internalizirani modeli navezanosti osrednji konstrukti pri razumevanju razvoja nagnjenosti k depresiji. Predlagajo tudi, da anksiozna in ambivalentna negotova navezanost pripeljeta do depresije, katere žarišče so odvisnost, izguba in zapuščenost, medtem ko izogibajoča negotova navezanost rezultira v depresiji, katere značilnosti so pretirano vrednotenje sebe, kritiziranje sebe in občutki jeze, ki so usmerjeni na starše in sebe.

Na povezanost depresivnosti in oralnega značaja so nakazovali tudi izsledki študije Neilandsa in drugih (2008), kjer so primerjali rezultate Lestvice temeljnih značajev in Beckovega vprašalnika depresivnosti za namene validacije. Ker naj bi se po teoriji oralni značaj povezoval z depresivnostjo, so rezultate korelirali za prikaz konvergentne veljavnosti. Dobili so rezultate, konsistentne z raziskavami Torgersena in Alneas (1989), Alneas in Torgersena (1989) in Hoffarta (1995a), in sicer zmerno pozitivno korelacijo med depresivnostjo in oralnim značajem ($r = 0,53$). Medtem pa je bila korelacija z drugima značajema rahlo negativna, z obsesivnim ($r = -0,06$) in histeričnim značajem ($r = -0,14$). Glede na rezultat so avtorji mnenja, da oralni značaj vsaj do neke mere meri depresivno stanje pri posameznikih (Neilands in drugi, 2008).

2.2.4 RAZLIKA MED KLINIČNO DEPRESIJO IN DEPRESIVNOSTJO

Sam pojem depresivnost, ki je merjen v tem delu, bi za lastne namene definirali kot depresivno doživljanje in čustvovanje posameznika, ki se lahko izrazi na polarni lestvici od manj izrazitega do bolj izrazitega dojemanja depresivnosti pri sebi. To doživljanje in čustvovanje vključuje teme od žalosti do nesrečnosti, od

zaskrbljenosti do brezupnosti, neuspešnosti, nezadovoljenosti, od krivde do ničvrednosti, od razočaranosti do sovražnosti do sebe, suicidalnosti, izgube zanimanja, odločnosti, dojemanja lastnega videza, delavnosti, utrudljivosti in apetita. Zaradi izbranih tem je naš pojem depresivnosti bolj podoben depresivni osebnostni motnji in depresivni osebnosti, saj ne vključuje toliko vegetativnih simptomov, ki so značilni za depresivne motnje. A s tem ne bi definirali trajnosti za ta pojem, saj je vprašalnik spraševal le po počutju posameznika, kar nam daje vpogled le na trenutno stanje posameznika.

Pri tem je potrebno razlikovati med depresivnostjo in klinično depresijo, saj se pri slednji prisotnost simptomov, kot so znižano razpoloženje, nižja raven energije, vegetativni simptomi, psihomotorična upočasnjena, anhedonija, neodločnost, brezvoljnost, izguba interesov, kognitivne zavrtosti poveča do te mere, da posamezniku onemogočajo vsakdanje funkcioniranje (Antony in Swinson, 2009; v Kranjec, Košir in Komidar, 2016).

2.3 SPOLNI STEREOTIPI

2.3.1 SPOLNI STEREOTIPI IN PRISTRANOST PRI DIAGNOZI

Spolni stereotipi predstavljajo velik problem že v vsakdanjem življenju, ko se na primer dekleta poistovetijo s tem, da niso dobre v matematiki, ker so v matematiki lahko dobri edino fantje (Nosek, Banaji in Greenwald, 2002). Do tega, da se dojema delo inženirja kot tipični moški poklic, delo učitelja pa kot tipično ženskega (White in White, 2006). Ali pa da ženske niso tako zrele kot moški, ker testi, ki testirajo zrelost, bazirajo na maskulinih parametrih (Gilligan, 1977). Da ne omenjamo stereotipov na delovnem mestu ali iz gospodinjstva, ki v mnogih primerih vodijo do seksizma. Še večji problem pa predstavljajo spolni stereotipi v zdravstvenem sistemu. V psihološkem in psihoterapevtskem delovanju so problematični že zaradi enega izmed prvih korakov obravnave, diagnoze. Pristranska diagnoza vodi v napačno izbiro obravnave, s čimer pa posameznik ne dobi potrebne pomoči, po katero je prišel. To se lahko potem ponavlja pri drugih posameznikih in s tem nastane že javnozdravstveni problem. In vse to zaradi enega samega napačnega prepričanja.

Stereotipi so specifična prepričanja o nekem posamezniku ali skupini ljudi bazirana na neki karakteristiki (Fagot, Leinbach in O'Boyle, 1992). Za razliko od predsodkov niso emocionalno obarvana in ne vodijo nujno k diskriminiranju, vendar je potencialna zloraba lahko mogoča (Musil, 2010). Takšna zloraba lahko vodi tudi do pristranosti pri diagnozi. Widiger (1998) opiše šest načinov, kako so spolne pristranosti povezane s prevalenco spola pri osebnostnih motnjah⁹:

- Pristranost diagnostičnih konstruktov

Ta način govori o tem, da so sami diagnostični konstrukti osebnostnih motenj seksistične karakterizacije žensk in ženskega spola. Kaplanova (1983; v prav tam) pravi, da se za stereotipno feminino obnašanje postavi diagnoza po kriterijih DSM-

⁹ DSM-IV-TR (APA, 2000; v Jane in Oltmanns, 2007) ne daje pojasnila za spolne pristranosti pri osebnostnih motnjah, ampak omeni, da se šest motenj (antisocialna, narcisistična, obsesivno-kompulzivna, paranooidna, shizotipska, shizoidna) pojavlja bolj pogosto pri moških, preostale tri (mejna, histrionična, odvisnostna) pa bolj pogosto pri ženskah.

III, medtem ko se za stereotipno maskulino obnašanje ne postavi. Zato avtorica satirično predlaga vključitev dveh novih osebnostnih motenj. V odgovor na odvisnostno osebnostno motnjo predlaga neodvisno (angl. *independent*) osebno motnjo, pri kateri posameznik postavlja delo nad medosebne odnose in podaja drugim odgovornost za pomembna področja socialnega življenja, zaradi težav pri izražanju čustev. Omejujočo (angl. *restricted*) osebnostno motnjo pa postavi nasproti histrionični, značilnosti pa bi bile omejeno izražanje čustev in izbira fizičnih ali intelektualnih aktivnost namesto socialnih aktivnosti. Pantony in Caplan (1991; v prav tam) stopnjujeta satiričnost in predlagata blodnjavo dominantno osebnostno motnjo, pri kateri ima posameznik potrebo, da potrdi svojo pomembnost tako, da se prikaže v družbi žensk, ki so lepe, mlajše, nižje ipd. Po drugi strani pa se šest motenj bolj pogosto pojavlja pri moških, zato Widiger zaključuje, da mogoče ne obstaja pravična razdelitev osebnostnih motenj po spolu. Za to pristranost so našli le nekaj dokazov (Rienzi in Scrams, 1991; Slavney, 1984; v Jane, Oltmanns, South in Turkheimer, 2007).

- Pristranost diagnostičnih meja

Pri tem načinu se predpostavlja, da so kriteriji za diagnozo osebnostnih motenj napačno nastavljeni glede na spol, saj so moški v veliki meri zadolženi za postavitev kriterijev. Tako ni čudno, da je meja, kjer se označi, stereotipna ali ekstremna ženskost za slabo prilagojeno nižja kot pa meja za stereotipno moškost. Kaplanova (1983; v prav tam) daje za primer to, da kriteriji za odvisnostno in histrionično osebnostno motnjo v bistvu opisujejo normalno in zdravo stereotipno ženskost in ne bolezensko stanje. Za to pristranost niso našli empirične potrditve (Funtowicz in Widiger, 1995, 1999; v Jane in drugi, 2007).

- Pristranost pri uporabi diagnostičnih kriterijih

Kliniki naj bi v preveliki meri pri ženskih pacientkah postavili diagnozo histrionična osebnostna motnja, ne da bi uvideli možnost, da pacientke ne ustrezajo kriterijem te motnje, ampak mogoče celo bolje ustrezajo kakšni drugi. Pri moških diagnozah izstopa antisocialna osebnostna motnja, a ne v takem obsegu kot histrionična pri ženskah. Problem tega načina je tudi, da kliniki niso uporabili

histrioničnih kriterijev pri moških, ki so imeli histrionično simptomatiko, in da niso upoštevali vseh kriterijev pri diagnozi žensk. Težava je v pristranosti ocenjevalcev pri sledenju diagnostičnim kriterijem. Izkazalo se je tudi, da nestrukturiran klinični intervju poveča možnosti za prepogosto postavitve diagnoze odvisnostne ali histrionične osebnostne motnje in da nepristranski sistematični pristop lahko te možnosti do neke mere zmanjša (Widiger, 1998). Ta pristranost ima največ empirične podlage¹⁰.

- Pristranost vzorčenja populacije

V DSM-IV je predloženo, da je mogoč vzrok za različno prevalenco spola pri odvisnostni in histrionični motnji lahko tudi to, da je v klinični obravnavi načeloma več žensk kot moških. To naj bi bilo v podobnem razmerju z višjo prevalenco spola (prav tam).

- Pristranost ocenjevalnih pripomočkov

V ocenjevalnih pripomočkih so lahko izbrane takšne postavke, ki delujejo pristrano same po sebi. Dahlstrom, Welsh in Dahlstrom (1972; v prav tam) dajejo za primer postavko »Uživam v detektivskih in kriminalnih romanih«, ki je bila del vprašalnika MMPI za ugotavljanje histerije. Čeprav se ta postavka resda povezuje s histerijo, je tudi velika verjetnost, da ne kaže nujno slabe prilagojenosti ali motenosti, ampak nakazuje le na normalne osebnostne značilnosti.

- Pristranost diagnostičnih kriterijev

Mnoge osebnostne motnje v DSM-IV vključujejo za spol tipična vedenja, katera lahko zapletejo aplikacijo enakih diagnostičnih kriterijev za ženske in moške. Kaplanova (1983; v prav tam) daje primer za odvisnostno osebnostno motnjo. Meni, da je pri tej motnji preveč žensko odvisnih kriterijev in premalo moško odvisnih kriterijev. Zato predlaga, da se v kriterije motnje vključijo takšni, ki označujejo tipično moško odvisnostno vedenje.

¹⁰ Adler, Drake in Teague (1990), Becker in Lamb (1994), Fernbach, Winstead in Derlega (1989), Ford in Widiger (1989), Gilbertson, McGraw in Brown (1986), Hamilton, Rothbart in Dawes (1986), Slavney in Chase (1985), Warner (1978; vsi v Widiger, 1998).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN

Namen magistrskega dela je predstaviti značaje, ki temeljijo na psihoanalitični teoriji. Obenem nas je zanimalo, kako se ti značaji povezujejo s konceptom depresivnosti. Osredotočili smo se predvsem na povezavo oralnega značaja in depresivnosti, saj naj bi se ta dva pojma pomembno povezovala glede na teoretične koncepte. Prav tako nas je zanimalo, ali se značaji obnašajo v skladu s spolnimi stereotipi. Pri tem smo se osredotočili, ali spolni stereotipi držijo za obsesivni in histerični značaj. Raziskovanje teh hipotez nam lahko pomaga pri razjasnitvi nekaterih problemov. Z raziskovanjem povezave med depresivnostjo in oralnim značajem želimo preveriti obstoječi teoretični koncept, ki je pomemben zato, ker na njem slonijo razne psihoterapevtske paradigme. Z raziskovanjem spolnih stereotipov in njihove veljavnosti za obsesivni in histerični značaj želimo osvetliti problem pristranosti pri diagnosticiranju.

3.2 HIPOTEZE

3.3.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kakšna je povezava med oralnim značajem in depresivnostjo?
- Ali imajo ženske bolj izrazit histerični značaj?
- Ali imajo moški bolj izrazit obsesivni značaj?
- Ali temeljni značaj vpliva na izraženost depresivnosti?

3.2.2. RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1: Depresivnost bo pozitivno korelirala z oralnim značajem.

H2: Moški ne bodo imeli višjega rezultata na lestvici obsesivnega značaja kot ženske.

H3: Ženske ne bodo imele višjega rezultata na lestvici histeričnega značaja kot moški.

H4: Temeljni značaji bodo vplivali na izraženost depresivnosti.

H4a: Oralni značaj bo vplival na izraženost depresivnosti.

H4b: Obsesivni značaj bo vplival na izraženost depresivnosti.

H4c: Histerični značaj bo vplival na izraženost depresivnosti.

3.3 METODA

3.3.1 RAZISKOVALNA METODA

Za raziskovalne namene smo uporabili vprašalnik sestavljen iz:

- za demografske podatke smo povprašali po spolu in starosti;
- za oceno oralnega, obsesivnega in histeričnega značaja smo uporabili krajšo verzijo Lestvice temeljnih značajev (Neilands in drugi, 2008);
- za oceno depresivnosti smo uporabili krajšo verzijo Beckovega vprašalnika depresivnosti (Mlakar in Jensterle, 1984).

3.3.2 RAZISKOVALNI VZOREC

V raziskavo je bilo vključenih 202 udeležencev, pretežno študentov. Stari so bili od 19 do 54 let, povprečne starosti 24,63 let (SD = 5,03). Vzorec sestavlja 160 žensk (79,2 %) in 42 moških (20,8 %). Test hi-kvadrat je pokazal, da je razlika udeležencev glede na spol statistično pomembna, $\chi^2(1) = 68,93$, $p = 0,000$.

3.3.3 POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV

Podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika. Udeleženci so preko elektronske pošte in preko skupine mariborskih študentov psihologije na spletnem družbenem omrežju Facebook prejeli povezavo do vprašalnika, ki je bil postavljen na spletni strani lka.si. Vprašalnik je bil poslan in je bil na spletni strani dostopen od 1. 6. 2016. Dostop do vprašalnika je bil zaprt dne 1. 7. 2016. V tem času je bilo 577 klikov na vprašalnik, od tega jih je 239 udeležencev začelo reševati. Na koncu je bilo v celoti rešenih 202 vprašalnikov.

3.3.4 VSEBINSKO-METODOLOŠKE ZNAČILNOSTI INSTRUMENTOV

Sprva smo v kratkem nagovoru predstavili nas in našo nalogo ter podali navodila za reševanje vprašalnika. Temu je sledil demografski del, kjer smo povprašali po spolu in starosti udeležencev. Nato so sledila navodila za reševanje Lestvice temeljnih značajev in njenih 48 postavk. Na zadnji strani so bila navodila za reševanje Beckove lestvice depresivnosti in njenih 13 postavk.

- Lestvica temeljnih značajev (angl. *Basic character inventory*)

Lestvica temeljnih značajev je namenjena za oceno oralnega, obsesivnega in histeričnega značaja. Lazare in drugi (1966) so leta 1966 sprva sestavili lestvico z 200 postavkami, nato je Torgersen (1980b) leta 1980 predstavil popravljeno verzijo s 136 postavkami, katero je leta 2008 uporabil Neilands (2008) v validacijske namene in zato, da bi iz nje pripravil krajšo verzijo. Po opravljeni validaciji so izbrali 48 postavk, ki so imele najboljšo faktorsko nasičenost¹¹. Vsaka od 12 značajskih potez ima 4 postavke, ki ocenjujejo za oralni faktor nezaupanje vase, negotovost, občutljivost, uslužnost, za obsesivno kompulzivni faktor rigidnost, varčnost, neodločnost, redoljubje, za histerični faktor pa ekshibicionizem, družabnost, agresijo in oralno agresijo. Pri vsaki od postavk se posameznik odloči med tem ali ta velja za njega ali ne velja. Rezultat sestavlja seštevek vseh odgovorov na postavke in lahko sega od 0 do 16 za vsak posamezen značaj, od neizraženosti značaja pri posamezniku pri 0 točkah do zelo močne izraženosti značaj pri 16 točkah. Notranja zanesljivost je bila merjena z izračunom Cronbach alpha koeficienta. Za značaje so podali naslednje vrednosti: oralni značaj (0,92), obsesivno kompulzivni značaj (0,72), histerični značaj (0,90) (Neilands in drugi, 2008). Lestvica je do neke mere prikazala tudi divergentno veljavnost, saj je oralni značaj močno pozitivno koreliral z Beckovo lestvico depresivnosti ($r = 0,53$), kar

¹¹ Oralni faktor: nezaupanje vase (0,86), negotovost (0,78), občutljivost (0,89), uslužnost (0,80). Obsesivno kompulzivni faktor: rigidnost (0,68), varčnost (0,91), neodločnost (0,79), redoljubje (0,86). Histerični faktor: ekshibicionizem (0,88), družabnost (0,93), agresija (0,71), oralna agresija (0,84) (Neilands in drugi, 2008).

je v skladu s teoretično podlago, medtem ko obsesivno-kompulzivni ($r = -0,06$) in histerični značaj ($r = -0,14$) nista imela statistično pomembnih vrednosti.

Za vse tri značaje Lestvice temeljnih značajev smo izračunali njihove zanesljivosti. Oralni značaj je vseboval 16 postavk in je imel visoko stopnjo notranje konsistentnosti, saj je Cronbach alpha znašal 0,81, za obsesivni značaj je pri 16 postavkah Cronbach alpha znašal 0,79, za histerični značaj je pri enakem številu postavk Cronbach alpha znašal 0,76.

Divergentna veljavnost lestvice je bila delno potrjena za oralni značaj, saj kot je razvidno iz korelacijske matrike iz tabele 3, oralni značaj zmerno pozitivno korelira s konceptom depresivnosti oziroma Beckovim vprašalnikom depresivnosti, korelacijski koeficient znaša 0,53, kar je v skladu s teorijo (Torgersen in Alneas, 1989; Alneas in Torgersen, 1989; Hoffart, 1995).

Prevod v slovenščino je potekal v dveh stopnjah. Na prvi stopnji sem vprašalnik iz angleščine prevedel v slovenščino, kar je storila tudi prevajalka. Na drugi stopnji sem izbral ali združil prevode, tako da je nastal najboljši prevod glede na to, kaj je bilo v ozadju spraševane vsebine postavke.

- Beckova lestvica depresivnosti (angl. *Beck depression inventory*)

Beckova lestvica depresivnosti je namenjena preverjanju raznih simptomov depresivnosti. Krajšo verzijo sestavlja 13 postavk, ki preverjajo področja od žalosti do nesrečnosti, od zaskrbljenosti do brezupnosti, neuspešnosti, nezadovoljenosti, od krivde do ničvrednosti, od razočaranosti do sovražnosti do sebe, suicidalnosti, izgube zanimanja, odločnosti, dojemanja lastnega videza, delavnosti, utrudljivosti in apetita. Za vsako od postavk mora posameznik izbrati enega izmed štirih odgovorov, ki se stopnjujejo glede na intenzivnost depresivnega doživljanja. Stopnje odgovorov se vrednotijo od 0 do 3, s tem da odgovori z vrednostjo 0 reprezentirajo to, da ni prisotnega depresivnega počutja, medtem ko se odgovori stopnjuje do vrednosti 3, ki reprezentira zelo močno depresivno doživljanje. Končni rezultat lestvice se dobi tako, da se vrednosti posameznih postavk seštejejo in lahko sega od 0 do 39 točk, z višjim številom točk se stopnjuje izraženost depresivnosti.

Po Reynolds in Gould (1981) je notranja zanesljivost krajše verzije vprašalnika 0,83. Korelacija med standardno in krajšo verzijo je znašala 0,93, obe verziji pa sta korelirali tudi z drugimi vprašalniki depresivnosti, kot sta npr. Samoocenjevalna lestvica depresivnosti (angl. *Self-Rating Depression Scale*) in Lestvica osamljenosti (angl. *Loneliness Scale*). Podobne psihometrične lastnosti navajajo Beck, Rial in Rickels (1974), korelacija med rezultati krajše in standardne verzije je segala od 0,89 do 0,97, korelacija med ocenami psihiatrov in rezultati krajše verzije je segala od 0,55 do 0,67.

Opravili smo Cronbach alpha test zanesljivosti za Beckov vprašalnik depresivnosti, pri čemer je konstrukt depresivnost imel prav tako visoko stopnjo notranje konsistentnosti, saj je Cronbach alpha znašal 0,83.

3.3.5 POSTOPKI OBDELAVE PODATKOV

Rezultate smo obdelali s statističnim programom IBM SPSS Statistics 23. Sprva smo opravili deskriptivno statistiko za prikaz vzorca in rezultatov ter hi-kvadrat test za ugotavljanje statistično pomembne v številu udeležencev glede na spol. Pri spremenljivkah, ki so bile merjene na intervalnem nivoju, smo normalnost porazdelitve analizirali s Shapiro-Wilk testom. Zraven Shapiro-Wilk testa smo upoštevali tudi koeficienta asimetričnosti in sploščenosti, na podlagi katerih smo določili, kako je porazdeljena spremenljivka in katere teste bomo uporabili v nadaljnjih analizah. Za prikaz psihometričnih lastnosti smo opravili analizo glavnih komponent in analizo zanesljivosti s Cronbach alpha koeficientom. Pred analizo glavnih komponent smo s Kaiser-Meyer-Olkin testom in Bartlettovim testom sferičnosti preverili, ali so podatki primerni za združevanje v manjše število komponent. V nadaljnji analizi smo vnaprej določili fiksno število komponent in za izboljšanje interpretabilnosti uporabili pravokotno Varimax rotacijo. Za rezultate prve hipoteze smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient, katerega rezultat smo uporabili tudi pri divergentni veljavnosti. Za rezultate druge in tretje hipoteze smo opravili t-test za neodvisne vzorce, saj sta bila obsesivni in histerični značaj približno normalno porazdeljena. Za analizo četrte hipoteze smo še uporabili

logistično regresijo, saj odvisna spremenljivka depresivnost ni bila porazdeljena približno normalno, zato smo rezultate na tej spremenljivki na podlagi vrednotenja vprašalnika razdelili v dve skupini. Kot neodvisne spremenljivke smo v logistično regresijo vključili vse tri temeljne značaje.

3.4 REZULTATI

3.4.1 OPISNA STATISTIKA

Tabela 1.

Opisna statistika in Shapiro-Wilk test normalnosti porazdelitve za celotni vzorec in skupino moških in žensk

	N	Min	Max	M	SD	A	S	S-W test
Celotni vzorec	202							
- depresivnost		0	26	4,41	4,49	1,76	3,89	,000
- oralni značaj		0	16	7,65	3,88	,07	-,86	,001
- obsesivni značaj		0	16	10,92	3,58	-,75	-,06	,000
- histerični značaj		1	16	8,07	3,44	-,16	-,74	,001
Moški	42							
- depresivnost		0	13	3,62	3,43	1,20	,90	,000
- oralni značaj		1	14	6,45	3,74	,47	-,64	,046
- obsesivni značaj		5	16	11,31	3,02	-,50	-,68	,019
- histerični značaj		1	13	7,81	3,17	-,25	-,90	,124
Ženske	160							
- depresivnost		0	26	4,61	4,73	1,75	3,66	,000
- oralni značaj		0	16	7,97	3,87	-,04	-,80	,008
- obsesivni značaj		0	16	10,81	3,71	-,75	-,10	,000
- histerični značaj		1	16	8,14	3,52	-,16	-,72	,005

Opombe. N = numerus, Min = minimalna vrednost, Max = maksimalna vrednost, M = aritmetična sredina, SD = standardna deviacija, A = asimetričnost, S = sploščenost, S-W test = Shapiro-Wilk test normalnosti porazdelitve

Tabela 1 prikazuje osnovne značilnosti spremenljivk za celotni vzorec in za skupino moških in žensk. Vrednosti za aritmetično sredino podane za depresivnost, oralni, obsesivni in histerični značaj so izražene v povprečju seštevka točk posameznikov. Prikazani so tudi rezultati za izračun normalnosti porazdelitve Shapiro-Wilk testa, ki so pokazali, da je normalno porazdeljena le spremenljivka histerični značaj za moški spol ($p > ,05$), medtem ko ostale spremenljivke niso bile normalno porazdeljene ($p < ,05$), zato smo preverili normalnost porazdelitve še s koeficienti sploščenosti in asimetričnosti. Kriterijem za približno normalno porazdeljenost ± 2 so ustrezali vsi temeljni značaji za celoten vzorec, nista pa bili normalno porazdeljeni spremenljivki starost in depresivnost. Pri moških so bile glede na

koeficiente asimetričnosti in sploščenosti približno normalno porazdeljene vse spremenljivke, medtem ko so bili pri ženskah približno normalno porazdeljeni le vsi trije temeljni značaji. Na podlagi teh rezultatov smo se odločili, da bomo za nadaljnje analize pri temeljnih značajih uporabili parametrične teste, pri depresivnosti pa neparametrične teste.

3.4.2 PSIHOMETRIČNE LASTNOSTI VPRAŠALNIKOV

Tabela 2.

Analiza glavnih komponent

Značajska poteza	Rotirane komponentne nasičenosti			Komunaliteta
	1	2	3	
Dvom vase	,78			,68
Negotovost	,68			,51
Občutljivost	,69			,49
Uslužnost	,74			,55
Rigidnost		,70		,53
Varčnost		,56		,40
Neodločnost		,65		,58
Redoljubje		,74		,58
Ekshibicionizem			,56	,38
Družabnost			,76	,69
Agresija			,69	,53
Oralna agresija			,52	,54
Lastna vrednost	2,94	2,34	1,20	
Odstotek skupne variance	24,53	19,47	9,98	

Analizo glavnih komponent smo opravili na 12 značajskih potezah Lestvice temeljnih značajev in ne na posameznih postavkah, saj smo se zgledovali po predhodnih faktorjskih analizah iste lestvice (Torgersen, 1980b; Neilands in drugi, 2008). Izvedli smo analizo glavnih komponent s številom fiksnih komponent, saj se je metoda izkazala za primerno po predhodnem pregledu korelacijske matrike potez in ugotovitvi, da imajo vse spremenljivke vsaj en korelacijski koeficient

zadovoljivo visok. Kot je predvideno glede na število pričakovanih komponent v ocenjevalni lestvici, smo izbrali tri komponente, ki bi naj predstavljali oralni, obsesivni in histerični značaj. Pogoji za izvedbo analize so bili zadoščeni. Vrednost Kaiser-Meyer-Olkin testa je znašala 0,72, kar je nad priporočeno mejo 0,7, medtem ko je Bartlettov test sferičnosti bil statistično pomemben ($p < ,001$), kar nakazuje, da so podatki primerni za razstavljanje v komponente. Tri komponente so skupno pojasnile 54 odstotkov variance. Interpretacija rezultatov je bila konsistentna s teoretično podlago. Dvom vase, negotovost, občutljivost in uslužnost so imeli močne nasičenosti s komponento 1, kot je bilo predvideno, saj vse štiri značajske poteze spadajo pod **oralni značaj**. Rigidnost, varčnost, neodločenost in redoljubje so imele močne nasičenosti s komponento 2, kar je tudi bilo predvideno, saj vse štiri poteze pripadajo **obsesivnemu značaju**. Ekshibicionizem, družabnost, agresija in oralna agresija so vse poteze **histeričnega značaja** in so vse imele močne nasičenosti s komponento 3. Izvedli smo tudi analizo glavnih komponent brez fiksnih komponent, da bi videli, če so odstopanja od predvidenih treh komponent. Izkazalo se je, da imajo štiri komponente lastno vrednost nad 1, pri tem so se značajske poteze porazdelile enako kot pri treh komponentah, le značajska poteza ekshibicionizem je odstopala in je sama pripadala k četrti komponenti, zato smo se odločili upoštevati rezultate komponentne analize s tremi komponentami.

3.4.3 ANALIZA HIPOTEZ

H1: Depresivnost bo statistično pomembno pozitivno korelirala z oralnim značajem.

Tabela 3.

Korelacijska matrika – Spearmanova korelacija

	[1]	[2]	[3]	[4]
Oralni značaj	-			
Obsesivni značaj	-,06	-		
Histerični značaj	-,27**	-,29**	-	
Depresivnost	,53**	-,18*	-,13	-

Opombe. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Korelacijska matrika prikazuje povezave med oralnim, obsesivnim in histeričnim značajem ter depresivnostjo, ki smo jih preverili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom, saj spremenljivka depresivnost ni bila porazdeljena približno normalno, kar je prikazano v tabeli 1. Za našo raziskavo nas je zanimala predvsem povezava med oralni značajem in depresivnostjo. Ta se je izkazala za srednje močno pozitivno korelacijo, ki je bila statistično pomembna ($p < ,05$), kar pomeni, da bolj ko ima nekdo izražen oralni značaj, bolj je depresiven in obratno. **S tem smo potrdili prvo hipotezo.** Statistično pomembna povezava ($p < ,05$) se je pokazala tudi med histeričnim značajem in oralnim značajem ter histeričnim značajem in obsesivnim značajem. Obe povezavi sta bili srednje močno negativni, kar pomeni, da ob bolj izraženem histeričnem značaju ima posameznik manj izražen oralni in obsesivni značaj ter obratno.

H2: Moški ne bodo imeli statistično pomembno višjega rezultata na lestvici obsesivnega značaja kot ženske.

H3: Ženske ne bodo imele statistično pomembno višjega rezultata na lestvici histeričnega značaja kot moški.

Tabela 4.

T- test razlik med spolom za obsesivni in histerični značaj

	Ženski spol		Moški spol		df	t	p
	M	SD	M	SD			
Obsesivni značaj	10,81	3,71	11,31	3,02	200	,80	,424
Histerični značaj	8,14	3,52	7,81	3,17	200	-,55	,584

Opombe. M = aritmetična sredina, SD = standardna deviacija, Levenov test: Obsesivni značaj: F = 2,06, p = ,15; Histerični značaj: F = ,38, p = ,54

Za analizo razlik med ženskami in moškimi za obsesivni in histerični značaj smo uporabili t-test za neodvisne vzorce. Rezultati Levenovega testa so pokazali, da je bila predpostavka o homogenosti varianc izpolnjena za oba značaja. Iz tabele 4 je razvidno, da imajo ženske bolj izražen histerični značaj, saj, so dosegle višje povprečno število točk, vendar pa razlika med rezultatom žensk in moških ni bila statistično pomembna ($p > ,05$). Moški so po drugi strani imeli bolj izražen obsesivni značaj, saj so imeli višje povprečje števila točk kot ženske, a tudi tukaj razlika med spoloma ni bila statistično pomembna ($p > ,05$). **Na podlagi teh rezultatov sprejmemo hipotezo 2 in 3.**

H4: Temeljni značaji vplivajo na izraženost depresivnosti.

- a. **Oralni značaj bo statistično pomembno vplival na izraženost depresivnosti.**
- b. **Obsesivni značaj bo statistično pomembno vplival na izraženost depresivnosti.**
- c. **Histerični značaj bo statistično pomembno vplival na izraženost depresivnosti.**

Ker standardni reziduali odvisne spremenljivke depresivnost niso bili porazdeljeni približno normalno ($p < 0,05$) in ker je koeficient sploščenosti (3,99) znašal več kot ± 2 , smo za nadaljnje analize spremenljivko depresivnost razdelili v 2 skupini. Pregledali smo mejne vrednosti vprašalnika in na koncu določili mejo 6 točk, in sicer smo udeležence, ki so na vprašalniku dosegli od 0 do 5 točk, uvrstili v skupino, ki ne kaže znakov depresivnosti, in udeležence, ki so na vprašalniku dosegli 6 točk ali več, uvrstili v skupino, ki kaže znake depresivnosti. Za preverjanje vpliva značajev na depresivnost smo nato uporabili logistično regresijo.

Omnibus test je pokazal, da se model dobro prilega podatkom in prav tako, da se model boljše prilega podatkom kot prejšnji model, v katerega ni bila vključena nobena izmed neodvisnih spremenljivk, $\chi^2(3) = 36,49$, $p = ,000$. Hosmerjev in Lemeshow test ni bil statistično pomemben, kar prav tako pomeni, da se model dobro prilega podatkom, $\chi^2(8) = 3,46$, $p = ,902$. Model pravilno klasificira 76,5 % celotnih udeležencev, pri čemer jih pravilno klasificira v skupino brez znakov depresije 90,8 % in v skupino, ki kaže znake depresije 42,4 %.

Tabela 5.

Logistična regresija značajev za depresivnost

	B	SE	Wald	df	p.	Exp(B)
Oralni značaj	,26	,05	25,08	1	,000	1,30
Obsesivni značaj	-,07	,05	1,65	1	,199	,94
Histerični značaj	,01	,05	,01	1	,932	1,01

Opombe. B = nestandardiziran koeficient; SE = standardna napaka; Wald = Waldova statistika, df = stopnje svobode; Exp(B) = razmerja obetov tveganja.

Rezultati logistične analize, ki so prikazani v tabeli 5, so pokazali, da statistično pomembno ($p < ,05$) pripadnost skupini izraženost depresivnosti pojasni samo oralni značaj. Kot je razvidno iz razmerij obetov tveganja (angl. *Odds ratio*) se za 1,30-krat poveča verjetnost, da bo posameznik depresiven, če se poveča oralni značaj za 1 točko. Preverili smo tudi vrednosti intervalov zaupanja, ki ni vključevala vrednosti 1. **Glede na rezultate smo potrdili hipotezo 4a, ki pravi, da bo oralni značaj statistično pomembno vplival na izraženost depresivnosti. Hipotezi 4b in 4c smo zavrnilo**, saj ni bilo statistično pomembnega vpliva obsesivnega in histeričnega značaja na izraženost depresivnosti. Končen sklep je, da bolj kot ima posameznik izražen oralni značaj, večja je verjetnost, da bo pri posamezniku bolj izražena depresivnost.

3.5 INTERPRETACIJA

3.5.1 INTERPRETACIJA TESTNIH REZULTATOV

Pri magistrski nalogi nas je zanimala povezava značajev z depresivnostjo, vpliv značajev na depresivnost in spolne razlike med značaji. Po analizi rezultatov smo prišli do šestih za nas relevantnih ugotovitev: 1. oralni značaj je statistično pomembno povezan z depresivnostjo, 2. pri obsesivnem značaju ni statistično pomembnih razlik med spoloma, 3. pri histeričnem značaju ni statistično pomembnih razlik med spoloma, 4. oralni značaj ima statistično pomemben vpliv na izraženost depresivnosti, 5. obsesivni značaj nima statistično pomembnega vpliva na izraženost depresivnosti, 6. histerični značaj nima statistično pomembnega vpliva na izraženost depresivnosti.

Povezava značajev z depresivnostjo in vpliv značajev na izraženost depresivnosti

Freud (2012) je predpostavljala, da se depresija v večini primerov razvije zaradi bioloških dejavnikov, a hkrati ni izključil možnosti, da pri določenih primerih v veljavo stopijo psihološki dejavniki. Glavni naj bi bil izguba ali zavrnitev s strani enega od staršev, do katere pride v oralni fazi psihoseksualnega razvoja in se v nadaljnjem življenju podoživi kot dejanska¹² ali kot simbolična izguba¹³. Freud je sprva primerjal pojma melanholije¹⁴ in žalovanja, saj je obema skupna izguba, ki v celoti okupira posameznika. Ta se pri žalovanju manifestira na zavestnem nivoju, medtem ko se pri melanholiji na nezavednem, kar pa ima za posledico to, da pri prejšnji postane zunanji svet prazen in osiromašen, pri slednji pa postane notranji svet ubog in prazen. Od tod tudi pomembna razlika, da se depresivna oseba smatra za ničvredno, kar je posledica tega, da posamezniku ni na voljo objekt, kamor bi sprostil svoje destruktivne impulze, kot sta jeza in bes, in zato se tile impulzi ali obrnejo od objekta na posameznikov ego ali premestijo ali pa potlačijo. Ta prehod v depresivnost se dogodi oralni organizaciji osebnosti oziroma značaja, katera ima

¹² Izguba posamezniku pomembne osebe ali kot izguba zanj pomembnega odnosa.

¹³ Izguba statusa ali vloge.

¹⁴ Katero dandanes dojemamo kot depresijo. Introjektivna depresivna osebnostna motnja je bila včasih poimenovana kot melanholična (PDM Task Force, 2006).

odvisnostne zahteve (Gilbert, 2014). Na podoben način je nadaljeval neopsihoanalitik Schultz-Hencke (Bregant, 1976), ki je prav tako bil mnenja, da narava zgodnjih izkušenj vpliva na oblikovanje osebnostne strukture. Če otrok ne pridobi v oralni fazi pomembnih izkušenj na posesivnem področju, to rezultira v zavrtem izražanju sprejemanja, pridobivanja in prilaščanja, kar strukturira depresivno osebnostno strukturo. Od teh predpostavk se nekoliko odmakne Kleinova (Gilbert, 2014) s konceptoma paranoidno-shizoidne pozicije, ki je odgovorna za težko in psihotično depresijo preko primitivnih in intenzivnih mehanizmov paranoidno-shizoidne cepitve¹⁵, in depresivne pozicije, katere mehanizmi so povezani z blažjimi različicami patologije. Pri blažji nevrotični depresiji, ki se odvija preko mehanizmov depresivne pozicije, posameznik doživlja intenzivno anksioznost glede svojih impulzov destruktivnosti in željami po ljubljenosti. Doživetje notranjih destruktivnih impulzov producira neznansko krivdo in konstituira grožnjo, da bo ljubljen objekt uničen in da bo s tem uničeno, kar je ljubljeno in kar je potrebno. To je nekoliko predelan Freudov koncept odvisnostnih potreb in jeze spreobrnjene navznoter.

Glede na te teoretične konstrukte smo predpostavljali, da se oralni značaj povezuje z depresivnostjo. Naši rezultati so potrdili to predpostavko, saj je oralni značaj statistično pomembno pozitivno koreliral z depresivnostjo, kar je skladno s predhodno raziskavo Neilandsa in drugih (2008) z istimi raziskovalnimi inštrumenti kot tudi s študijami Torgersen in Alneas (1989), Alneas in Torgersen (1989), Kaldestad (1994), Hoffart (1995a). Rezultati so skladni tudi z raziskavami oralnemu značaju podobnemu konceptu odvisnosti oziroma odvisnostne osebnosti, ki so prav tako našle statistično pomembne povezave z depresivnostjo (Blatt in Homann, 1992; Bornstein, 1992; Alneas in Torgersen, 1997). Sprejeli smo tudi hipotezo 4a, ki govori o vplivu oralnega značaja na izraženost depresivnosti. Pri tem se je izkazalo, da se ob bolj izraženem oralnem značaju poveča verjetnost pojava depresivnosti pri posamezniku. To pomeni, da ima oralni značaj vpliv na stopnjo izraženosti in s tem možno napovedno vrednost za depresivnost, medtem ko je histerični in obsesivni značaj nimata, saj imata s konceptom depresivnosti

¹⁵ Mehanizmi cepitve (angl. *splitting*), ki so povezani s prvo fazo življenja.

neznatno korelacijo in prav tako nimata statistično pomembnega vpliva na izraženost depresivnosti. To je skladno raziskavam Hirschfeld in drugi (1983), Hirschfeld (1986), Alneas in Torgersen (1990), ki so odkrile statistično pomembno višji rezultat oralnega značaja pri depresivnih pacientih v primerjavi z zdravo populacijo. Kaldestad (1994; 1995) je zato označil oralni značaj kot bolj patološki v primerjavi z obsesivnim in histeričnim značajem, ki ne merita oziroma ne vsebujeta postavk, ki bi merile patološkosti. Ob tem moramo opozoriti, da je to lahko slabost Lestvice temeljnih značajev, saj lestvica oralnega značaja vsebuje značajске poteze nezaupanje vase, negotovost, občutljivost in uslužnost, ki imajo v primerjavi z ostalimi relativno negativen prizvok. Benedik (2011) opozarja, da se lahko nekdo z depresivno motnjo ocenjuje izrazito negativno, kar bi v našem primeru celo na slab način služilo naši hipotezi, s čimer bi se popolnoma razvrednotili naši rezultati. Pri tem moramo opozoriti tudi na rahlo podobnost nekaterih postavk oralnega značaja in Beckovega vprašalnika depresivnosti, kar bi lahko prispevalo k višji korelaciji in vplivu.

Lazare in drugi (1966) so že od vsega začetka imeli pri oralnem značaju v mislih nekoga, ki čaka na oskrbo in je nezmožen vpeljati misel ali lastno dejanje, medtem ko je Musek (2005) dodal, da je to nekdo, ki je lačen ljubezni. Bornstein (1996) je mnenja, da preveč protektivna in avtoritarna vzgoja privede do posameznika, ki se ima za nemočnega in ima neustrezne internalizirane modele navezanosti (Blatt in Homann, 1992). Nagnjenost oralnega značaja k depresivnosti se lahko pojasni tudi zaradi večje ranljivosti in manjkajočih zaščitnih in stabilizirajočih obramb (Lippe in Torgersen, 1984). Zanimivo bi bilo preveriti, kako se obnaša oralni značaj ob izgubah, ki znajo biti tako kritične za razvoj depresije (Carr in McNulty, 2006).

Spolne razlike med značaji

Preostali hipotezi 2 in 3 se naslanjata na spolni stereotip, ki izvira še iz časa Freuda, ko je v Študijah o histeriji (Freud in Breuer, 2002) opisal primere petih histeričnih žensk, kasneje se je k tem opisom pridružil še primer Dore (Freud, 1984), na drugi strani pa je prevladoval opis obsesivnega moškega v primeru Podganar (prav tam).

Menimo, da se je s tem nekako podkrepilo stereotipno mišljenje, da ženske pripadajo histeriji, medtem ko moški pripadajo obsesivni nevrozi, čeprav Freud ni nikjer navedel tega enoznačnega pripadanja spolov k diagnozam. Takšen spolni stereotip se je prenesel v sodobno diagnosticiranje, kot poročajo mnoge študije za različne diagnoze¹⁶ zaradi različnih vzrokov (Eriksen in Kress, 2008; Hartung in Widiger, 1998; Widiger, 1998; Jane, Oltmanns, South in Turkheimer, 2007; Waisberg in Page, 1988; Samuel in Widiger, 2009; Lindsay in Widiger, 1995; Hamburger, Lilienfeld in Hogben, 1996; Flanagan in Blashfield, 2003; Crosby in Sprock, 2004).

Na podlagi tega smo hoteli preveriti, ali so spolne razlike pri značajih prisotne pri zdravi populaciji. Predvidevali smo, da niso, saj se tako obsesivni kot histerični značaj razvijeta v razvojno specifičnih fazah in spol subjekta pri tem ne odigra odločilne vloge (Freud, 2004; Musek, 2005; Bregant, 1976). Izkazalo se je, da pri histeričnem in obsesivnem značaju ni statistično pomembnih razlik glede spola. To je skladno z raziskavo Kaldestada (1994), ki je prav tako ugotovil, da ni statistično pomembnih razlik med spoloma za obsesivni (ženske 5,2 in moški 5,4) in histerični značaj (ženske 3,5 in moški 3,3). Vendar se je tako pri naši kot tudi pri raziskavi Kaldestada pokazalo, da imajo ženske nekoliko višje povprečje pri histeričnem značaju, medtem ko pa imajo moški nekoliko višje povprečje pri obsesivnem značaju. Ob tem moramo še upoštevati to, da je razlika udeležencev na spol bila statistično pomembna, zato naše rezultate težje posplošimo na populacijo.

3.5.2 SMERNICE ZA NADALJNJE RAZISKOVANJE

Za nadaljnje raziskave priporočamo, da se preveri, kako se značaji povezujejo in vplivajo še na druge koncepte. Ob tem bi lahko preverili tudi podobnost z vprašalniki osebnostnih motenj, saj bi s tem dobili distinkcijo med patološko osebnostjo in zdravimi značaji. Za ugotavljanje modela povezanosti in kavzalnosti bi se moral izbrati tudi ustrezen metodološki pristop, ki bi preveril en model in izključil druge. Ob tem moramo omeniti, da je slabost raziskave vzorec, ki je bil v

¹⁶ Predvsem za histrionično in antisocialno osebnostno motnjo.

večini sestavljen iz študentov, zato bi priporočali, da se morda uporabi vzorec posameznikov s klinično depresijo, saj bi tako bolj dosledno sledili teoretičnim konceptom. Za raziskovanje spolnih stereotipov pa bi priporočali, da se jih raziskuje neposredno, torej da se na primer ugotavlja, kaj si ljudje mislijo o njih. Priporočali bi tudi večji vzorec, ki bi vseboval takšno število udeležencev, da razlika ne bi bila statistično pomembna glede na spol, saj bi s tem bolj sigurno posploševali rezultate na populacijo. Vsekakor je še veliko prostora za raziskovanje.

3.6 SKLEP

Poglavitni namen naše naloge je bil predstaviti značaje, ki temeljijo na psihoanalitični teoriji, kar smo tudi podrobno storili v teoretičnem uvodu. Nadalje smo v empiričnem delu želeli preveriti hipoteze, ki so bile zastavljene v skladu s teoretično podlago. Ugotovili smo, da se oralni značaj statistično pomembno povezuje z depresivnostjo in da ima oralni značaj statistično pomemben vpliv na izraženost depresivnosti, medtem ko ga obsesivni in histerični nimata. Med drugim smo preverili tudi, ali obstajajo razlike med spoli. Izkazalo se je, da za obsesivni značaj in za histerični značaj ni statistično pomembne razlike med spoloma, kar bi naj omajalo spolni stereotip za ta dva značaja. Pri tem smo v teoretičnem delu želeli še osvetliti problem pristranosti pri diagnosticiranju, ki se pojavlja zaradi spolnih stereotipov.

4 VIRI

- Abraham, K. (1925). The influence of oral erotism on character formation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 6, 247.
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M. in Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: a critical review. *Archives of general psychiatry*, 40(7), 801-810.
- Allport, G. W. in Vernon, P. E. (1930). The field of personality. *Psychological Bulletin*, 27(10), 677.
- Alnaes, R. in Torgersen, S. (1989). Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(4), 363–369.
- Alnaes, R. in Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *The Journal of nervous and mental disease*, 178(11), 693-698.
- Alnaes, R. in Torgersen, S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(4), 336-342.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Beck, A. T., Rial, W. Y. in Rickels, K. (1974). Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychological reports*, 34(3), 1184-1186.
- Benedik, E. (2011). *Osebnost med zdravjem in boleznijo*. Lesce: samozaložba.
- Blatt, S. J. in Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical psychology review*, 12(1), 47-91.

- Bornstein, R. F. (1992). The dependent personality: developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological bulletin*, 112(1), 3.
- Bornstein, R. F. (1996). Beyond orality: Toward an object relations/interactionist reconceptualization of the etiology and dynamics of dependency. *Psychoanalytic Psychology*, 13(2), 177.
- Bornstein, R. F., Galley, D. J. in Leone, D. R. (1986). Parental representations and orality. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 80-92.
- Bregant, L. (1976). Psihodinamična teorija nevroz, Uvod v tehniko individualne analitične psihoterapije. *Psihoterapija*, 4.
- Carr, A. in McNulty, M. (2006). The handbook of adult clinical psychology: An evidence-based practice approach. East Sussex: Routledge.
- Chodoff, P. (1972). The depressive personality: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 27(5), 666-673.
- Crosby, J. P. in Sprock, J. (2004). Effect of patient sex, clinician sex, and sex role on the diagnosis of antisocial personality disorder: Models of underpathologizing and overpathologizing biases. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 583-604.
- Čoderl, S. (2015). *Povezanost med osebnostno strukturo in učinkom psihiatričnega zdravljenja pri pacientkah z depresivno motnjo: doktorska disertacija* (Doctoral dissertation, S. Čoderl Dobnik).
- Dumont, F. (2010). *A history of personality psychology: Theory, science, and research from Hellenism to the twenty-first century*. Cambridge University Press.
- Eriksen, K. in Kress, V. E. (2008). Gender and diagnosis: Struggles and suggestions for counselors. *Journal of counseling & Development*, 86(2), 152-162.
- Fagot, B. I., Leinbach, M. D. in O'Boyle, C. (1992). Gender labeling, gender stereotyping, and parenting behaviors. *Developmental Psychology*, 28(2), 225.

- Flanagan, E. H. in Blashfield, R. K. (2003). Gender bias in the diagnosis of personality disorders: The roles of base rates and social stereotypes. *Journal of personality disorders, 17*(5), 431.
- Freud, S. (1984). *Dve analizi*. Ljubljana: DDU Univerzum.
- Freud, S. in Breuer, J. (2004). *Študije o histeriji*. Ljubljana: Delta.
- Freud, S. (2006). *Spisi o seksualnosti*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
- Freud, S. (2012). *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Gilbert, P. (2014). *Depression: The evolution of powerlessness*. Psychology Press.
- Gilligan, C. (1977). In a different voice. *Harvard Educational Review, 47*(3), 365-378.
- Greenberg, R. P. in Bornstein, R. F. (1988). The dependent personality. *Journal of Personality disorders, 2*(2), 126-143.
- Hamburger, M. E., Lilienfeld, S. O. in Hogben, M. (1996). Psychopathy, gender, and gender roles: Implications for antisocial and histrionic personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*(1), 41.
- Hartung, C. M. in Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological bulletin, 123*(3), 260.
- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Keller, M. B., Andreasen, N. C. in Clayton, P. J. (1986). Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. *Journal of affective disorders, 11*(1), 81-89.
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G. L., Clayton, P. J. in Keller, M. B. (1983). Personality and depression: empirical findings. *Archives of General Psychiatry, 40*(9), 993-998.
- Hoffart, A. (1995). Psychoanalytical personality types and agoraphobia. *The Journal of nervous and mental disease, 183*(3), 139-144.
- Hoffart, A. (1995a). Psychoanalytical personality types and anxiety and depressive disorders. *The European journal of psychiatry*.

- Jane, J. S., Oltmanns, T. F., South, S. C. in Turkheimer, E. (2007). Gender bias in diagnostic criteria for personality disorders: an item response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 166.
- Kaldestad, E. (1992). Religious orientation, personality, mental health, and religious activity. *Nordic Journal of Psychiatry, 46*(5), 321-328.
- Kaldestad, E. (1994). A re-evaluation of the psychometric properties of the Basic Character Inventory. *Scandinavian journal of psychology, 35*(2), 165-174.
- Kaldestad, E. (1995). The empirical relationships of the religious orientations to personality. *Scandinavian journal of psychology.*
- Kline, P. in Storey, R. (1980). The etiology of the oral character. *The Journal of Genetic Psychology, 136*(1), 85-94.
- Kranjec, E., Košir, K. in Komidar L. (2016). Dejavniki akademskega odlašanja: vloga perfekcionizma, anksioznosti in depresivnosti. *Psihološka obzorja, 25*, 51-62.
- Larsen, F. in Torgersen, S. (1989). Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research, 33*(3), 323-334.
- Lazare, A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory: Evolution and confusion. *Archives of General Psychiatry, 25*(2), 131-137.
- Lazare, A., Klerman, G. L. in Armor, D. J. (1966). Oral, obsessive, and hysterical personality patterns: An investigation of psychoanalytic concepts by means of factor analysis. *Archives of General Psychiatry, 14*(6), 624-630.
- Lazare, A., Klerman, G. L. in Armor, D. J. (1970). Oral, obsessive and hysterical personality patterns: Replication of factor analysis in an independent sample. *Journal of Psychiatric Research, 7*(4), 275-290.
- Lindsay, K. A. in Widiger, T. A. (1995). Sex and gender bias in self-report personality disorder inventories: Item analysis of the MCMI-II, MMPI, and PDQ-R. *Journal of Personality Assessment, 65*(1), 1-20.

- Lippe, A. V. D. in Torgersen, S. (1984). Character and defense: Relationships between oral, obsessive and hysterical character traits and defense mechanisms. *Scandinavian journal of psychology*, 25(3), 258-264.
- McDougall, W. (1932). Of the words character and personality. *Journal of Personality*, 1(1), 3-16.
- Millon, T. Millon, CM, Meagher, S. Grossman, S. & Ramanath, R.(2004).*Personality disorders in modern life*.
- Mlakar, J. in Jensterle, J. (1984). *Beckov vprašalnik depresivnosti (kratka oblika)*. Ljubljana: Center za klinično psihiatrijo.
- Musek, J. (1997). *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy.
- Musek, J. (2005). *Psihološke dimenzije osebnosti*. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani, Oddelek za psihologijo.
- Musil, B. (2010) *Predavanja iz socialne psihologije*. Neobjavljeno.
- Neilands, T. B., Silvera, D. H., Perry, J. A., Richardsen, A. in Holte, A. (2008). A validation and short form of the Basic Character Inventory. *Scandinavian journal of psychology*, 49(2), 161-168.
- Nosek, B. A., Banaji, M. R. in Greenwald, A. G. (2002). Math = male, me = female, therefore math \neq me. *Journal of personality and social psychology*, 83(1), 44.
- Paykel, E. S. in Prusoff, B. A. (1973). Relationships between personality dimensions: Neuroticism and extraversion against obsessive, hysterical and oral personality. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(3), 309-318.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perry, J., Silvera, D., Rosenvinge, J. H. in Holte, A. (2002). Are oral, obsessive, and hysterical personality traits related to disturbed eating patterns? A general population study of 6,313 men and women. *Journal of personality assessment*, 78(3), 405-416.

- Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M. in Smith, L. E. (1990). A review of the depressive personality. *Am J Psychiatry*, 147(7), 830-7.
- Reich, W. (1929). The genital character and the neurotic character. *The psychoanalytic reader*, 124-144.
- Reynolds, W. M. in Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49(2), 306-307.
- Samuel, D. B. in Widiger, T. A. (2009). Comparative gender biases in models of personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(1), 12-25.
- Scatolin, H. G. (2014). Contemporary Reflections on Hysterical and Obsessive Neurosis. *Psychology Research*, 4(9).
- Slater, E. in Slater, P. (1944). A heuristic theory of neurosis. *Journal of neurology and psychiatry*, 7(1-2), 49-55.
- Torgersen, S. (1980a). Hereditary-environmental differentiation of general neurotic, obsessive, and impulsive hysterical personality traits. *Acta geneticae medicae et gemellologiae: twin research*, 29(03), 193-207.
- Torgersen, S. (1980b). The oral, obsessive, and hysterical personality syndromes: A study of hereditary and environmental factors by means of the twin method. *Archives of General Psychiatry*, 37(11), 1272-1277.
- Torgersen, S. in Alnaes, R. (1989). Localizing DSM-III personality disorders in a three-dimensional structural space. *Journal of Personality Disorders*, 3(4), 274–281.
- Waisberg, J. L. in Page, S. (1988). Gender Role Noncomformity and Perception of Mental Illness. *Women & health*, 14(1), 3-16.
- White, M. J. in White, G. B. (2006). Implicit and explicit occupational gender stereotypes. *Sex roles*, 55(3-4), 259-266.
- Widiger, T. A. (1998). Invited essay: Sex biases in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 95.