МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
СОФИЯ

КАТЕДРА ПО ПСИХИАТРИЯ

ХРИСТИНА АЛЕКСАНДРОВА МАРТИНОВА-ДОНЧЕВА

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

Тема: ТЕМПЕРАМЕНТОВИ ПРЕДИСПОЗИЦИИ И АСПЕКТИ НА ВЗАИМОВРЪЗКИТЕ МЕЖДУ ТЕМПЕРАМЕНТОВИТЕ ЧЕРТИ И ЛИЧНОСТОВИ РАЗСТРОЙСТВА.

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН «ДОКТОР»

ПО НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ «КЛИНИЧНА ПСИХОЛОГИЯ» - 7.1

Научен ръководител: Проф. Д-р Вихра Крумова Миланова, дмн

София, 2016 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ....9

Темперамент и личност....9

II. ОБЗОР....11

Концепции и развитие на личностовите и темпераментови типологии. Дефиниране на понятията темперамент, характер, личност, личностови разстройства....11

1. Темперамент и характер. Различия между темпераментови и характерови конструкти....11

2. Класификации на личностовите черти....17

2.1 Концептуални подходи към класифицирането на личностовите типологии....19

2.2 Емпирични класификации....24

2.3 Съвременни теоретични подходи за дефиниция на темперамент и характер....27

2.4 Гранични варианти на нормата. Акцентирани черти на темпераментовите и характерови структури....33

2.5 Типове акцентуации на характера....40

3. Личностови разстройства, концепции и типологии. Дефиниране на клиничната категория личностови разстройства....47

3.1 Основни диагностични критерии на катергорията личностови разстройства....47

3.2 Концепции за характера и развитието на категорията личностови разстройства. Типологии....50

4. Темперамента като основен фактор определящ афекта, поведението и личността и абнормните прояви....55

III. ЦЕЛ, ХИПОТЕЗИ И ЗАДАЧИ. ДИЗАЙН НА ИЗСЛЕДВАНЕТО....62

1. Цели, задачи и хипотези на изследването....62

2. Обект и методи на изследване....63

3. Дизайн на изследването....69

4. Инструментариум на изследването....71

IV. РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО....76

1. Статистическа обработка на резултатите. 77

2. Представяне на резултатите от статистическата обработка. 82

2.1 Стандартизация и апробация на българската версия на TEMPS-A. 82

2.1.1 Демографски характеристики на изследваната популация. 82

2.1.2 Темпорална стабилност на TEMPS-A за българска популация. Тест-ретест, надеждност. 84

2.1.3 Дескриптивен статистически анализ за описание и оценка на резултатите от TEMPS-A. 87

2.1.4 Оценка вътрешната консистентност на скалите от TEMPS-A. 95

2.1.5 Конструкт валидност на българската версия на TEMPS-A. 99

2.2 Дескриптивен анализ на профила на изследваната популация. Резултати от TEMPS-A и скрининг IPDE. 103

3. Проверка на изследователските хипотези за предиктивност на темпераментовите черти по отношение на личностовите разстройства. 109

3.1 Процедури по обособяване на подгрупите в изследваната извадка. 109

3.2 Дескриптивен анализ за описание и оценка на резултатите от TEMPS-A и IPDE скрининг – подгрупи: нормативна контрола; дискриминативна контрола; прицелна група. 114

3.3 Анализ и оценка на статистически значими разлики между средните величини на трите подгрупи за склите по TEMPS-A и IPDE скрининг- 122

3.3.1 Анализ и оценка на статистически значими разлики между средните величини на трите подгрупи за склите по TEMPS-A - ANOVA TEST 122

3.3.2 Анализ и оценка на статистически значими разлики между средните величини на трите подгрупи за склите по IPDE скрининг – ANOVA TEST 128

3.4 Идентифициране на наличните взаимовръзки между клиничните инструменти TEMPS-A и скрининг IPDE. Оценка степента на статистическа значимост на корелациите. 134

3.5 Идентификация на линейни зависимости между TEMPS-A и скрининг IPDE. Оценка степента на статистическа значимост на линейните корелации. 137

4. Обобщение на статистическите резултати 143

V. ОБОБЩЕНИЕ И ИЗВОДИ.....145

1. Обсъждане 145

2. Изводи 153

3. Заключение. 157

VII. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 159

1. Научни 159

2. Потвърдителни 160

3. Приложни 160

Публикации по темата 162

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА: 164

ПРИЛОЖЕНИЯ 172

Приложение 1: TEMPS-A 172

Приложение 2: IPDE скрининг 175

Приложение 3: EPQ 177

Съдържание на използваните графични изображения в дисертационния труд

Таблични методи на изобразяване

Таблица 1:. Личностови типологии ---------- 26

Таблица. 2: Различия между темперамент и характер, базирани върху модела на самоорганизиращия се психобиологичен комплекс. ---------- 29

Таблица. 3: Етиологични компоненти, повлияващи темпераментовата и характеровата структури. ---------- 30

Таблица. 4: Типове акцентуации на характера по А. Е. Личко ---------- 38

Таблицаица. 5: Класификации на типовете акцентуации по Леонхард и Личко ------ 39

Таблица.6: Типове акцентуации на характера – специфични черти и абнормни прояви ---------- 40

Таблица. 7: Смесени типове характерови акцентуации ---------- 44

Таблица. 8: Сравнително разглеждане на развитието на класификационните системи на личностовите разстройства. ---------- 53

Таблица. 9: Предполагаеми комбинации между страх и гняв, определящи основните афективни типове и състояния---------- 57

Таблица 10: Темпорална стабилност на скалите по TEMPS-A за българска популация.---------- 85

Таблица 11: Оценка степента на взаимовръзка между средните стойности по скалите от TEMPS-A, тест-ретест. ---------- 86

Таблица 12: Резултати за средните величини за всяка една от скалите по TEMPS-A за групата на клинично здравите лица 540 души ---------- 87

Таблица. 13: Перцентилни стойности – скали по TEMPS-A – клинично здрава група 540 лица ---------- 88

Таблица. 14: Резултати от теста за оценка на нормалността ---------- 89

Таблица 15: Резултати от айтем анализ за скала Депресивен ---------- 95

Таблица 16: Резултати от айтем анализ за скала Циклотимен ---------- 95

Таблица 17: Резултати от айтем анализ за скала Хипертимен ---------- 96

Таблица 18: Резултати от айтем анализ за скала Раздразнителен ---------- 96

Таблица 19: Резултати от айтем анализ за скала Тревожен ---------- 96

Таблица 20: Обобщени резултати от анализа за оценка на вътрешната консистентност на скалите. ---------- 97

Таблица. 21: Факторен анализ на резултатите TEMPS-A ---------- 98

Таблица. 22: Степен на съгласуваност между скалите по TEMPS-A и EPQ ---------- 100

Таблица 23: Образователна степен - разпределение в групите по проценти ---------- 104

Таблица 24: Средни величини по TEMPS-A за трите подгрупи изследвани лица. -- 117

Таблица. 25: Средни величини по IPDE скрининг за групите изследвани лица ----- 121

Таблица. 26: Тест за хомогенност на дисперсиите – TEMPS-A ---------- 123

Таблица 27: Robust test за равенство на средните стойности по скалите от TEMPS-A. ---------- 124

Таблица. 28: Post Hoc Test за оценка статистическата значимост на подвойковите разлики между трите изследвани групи по скалите от TEMPS-A ---------- 126

Таблица 29: Тест за хомогенност на вариациите за изследваните групи – IPDE скрининг ---------- 128

Таблица 30: Robust test за равенство на средните стойности между групите по скалите от IPDE скрининг ---------- 129

Таблица 31: Post Hoc Test за оценка статистическата значимост на разликите между трите изследвани групи по скалите от IPDE скрининг ---------- 131

Таблица 32: Степени на взаимовръзки между типове темперамент по TEMPS-A и типове личностови разстройства по IPDE скрининг ---------- 134

Таблица 33: Регресионен анализ – независими променливи типове темперамент по TEMPS-A, зависими променливи личностови разстройства по IPDE скрининг - 138

Таблица 34: Предиктивна тежест на типовете темперамент за проявата на личностово разстройство ---------- 142

Фигури

Фигура 1: Обобщена схема на темпераментовите димензии и характерови черти ---- 22

Фигура 2: Йерархичен модел на заучаването ---------- 27

Фигура. 3: Темпераментови конфигурации ---------- 31

Фигура 4: Характерови конфигурации ---------- 32

Фигура 5: Интегрирана психобиологична схема на личността ---------- 33

Фигура. 6: Амалгамни типове характерови акцентуации ---------- 46

Фигура 7: Историческо развитие на класификациите за личностови разстройства---- 54

Фигура 8: Бидименсионален „Страх-Гняв“ модел и афективните темперементи ------ 58

Фигура 9: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Депресивен---------- 90

Фигура 10: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Циклотимен---------- 90

Фигура 11: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Хипертимен---------- 91

Фигура 12: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Раздразнителен---------- 91

Фигура 13: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Тревожен ---------- 92

Фигура 14: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Депресивен ---------- 93

Фигура 15: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Циклотимен ---------- 93

Фигура 16: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Хипертимен ---------- 93

Фигура 17: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Раздразнителен ---------- 93

Фигура 18: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Тревожен---------- 93

Фигура 19: Резултати за средните величини за всяка една от скалите по TEMPS-A, разпределение по групи – изследвани лица 901---------- 105

Фигура 20: Резултати за средните величини за всяка една от скалите по IPDE скрининг, разпределение по групи – изследвани лица 901 ---------- 107

Фигура 21: Процентно разпределение на типовете личностови разстройства за обследваните групи по отделно ---------- 108

Фигура 22: Диаграма тип кутия за стойностите по скала депресивен ---------- 115

Фигура 23: Диаграма тип кутия за стойностите по скала циклотимен ---------- 115

Фигура 24: Диаграма тип кутия за стойностите по скала хипертимен ---------- 116

Фигура 25: Диаграма тип кутия за стойностите по скала раздразнителен ---------- 116

Фигура 26: Диаграма тип кутия за стойностите по скала тревожен ---------- 116

Фигура 27: Диаграма тип кутия за стойностите по скала параноид ---------- 119

Фигура 28: Диаграма тип кутия за стойностите по скала шизоид ---------- 119

Фигура 29: Диаграма тип кутия за стойностите по скала асоциален ---------- 119

Фигура 30: Диаграма тип кутия за стойностите по скала импулсивен ---------- 119

Фигура 31: Диаграма тип кутия за стойностите по скала граничен ---------- 119

Фигура 32: Диаграма тип кутия за стойностите по скала хистрионен ---------- 119

Фигура 33: Диаграма тип кутия за стойностите по скала ананкаст ---------- 119

Фигура 34: Диаграма тип кутия за стойностите по скала тревожен ---------- 119

Фигура 35: Диаграма тип кутия за стойностите по скала зависим ---------- 120

Използвани съкращения:

МКБ – 10	=	Международна класификация на болестите – ревизия 10
СЗО	=	Световна Здравна Организация
ADHD	=	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
C	=	Choleric (холерик)
DSM IV	=	Diagnostic and Statistical Manual – IV edition
EPQ	=	Eysenck Personality Questionnaire
GABA	=	neurotransmitter gamma-aminobutyric acid
HA	=	Harm Avoidance (избягване на увреда)
ICD – 9	=	International Classification of Diseases – revision 9
ICD – 10	=	International Classification of Diseases – revision 10
IPDE	=	International Personality Disorder Examination
N	=	Neuroticism (невротизъм)
NS	=	Novelty Seeking (търсене на новото)
P	=	Persistence (настойчивост/устойчивост)
PH	=	Phlegmatic (флегматик)
PS	=	Psychoticism (психотизъм)
RD	=	Reward Dependence (зависимост от награда)
S	=	Sanguine (сангвиник)
Screening IPDE (IPDE-s)	=	International Personality Disorder Examination – screening Autoquestionnaire
SPSS	=	Statistical Package for Social Sciences
STAI-Y	=	State-Trait Anxiety Inventory form Y- Personality Autoquestionnaire
TCI	=	Temperament and Character Inventory
TEMPS-A	=	Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire
WHO	=	World Health Organization
E	=	Extraversion (екстраверзия)
M	=	Melancholic (меланхолик)

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Темперамент и личност

Голяма част от относително постоянните черти на личността се унаследяват, други са резултат от взаимодействието на човек с близкото му обкръжение и с други значими фигури и житейски ситуации. Практиката показва, че независимо от положените усилия и прилаганите методи, някои тенденции в поведението на човек не могат да бъдат преодолени. Този факт се обуславя от ядрото на личността – характера. От своя страна човешкият характер е обусловен от относително постоянната биологична основа, наречена темперамент. Цялостното развитие на личността, насочеността на поведението и житейските избори е “заключено” в темпераментовата структура (темпераментовия конструкт). Въпреки многобройните опити за типологизации на постоянните личностови характеристики, все още не може да се обясни напълно многообразието и уникалността на човешкото поведение и спецификата на предисцпозициите, водещи до едни или други поведенчески прояви. Практиката все повече налага разглеждането на тази проблематика да става през призмата на характеровите и темпераментови особености на индивида.

Тенденциите към личностови и поведенчески разстройства имат своята биологична основа и могат да бъдат “предсказвани”, изучавайки човешкия темперамент и ранните индикации в юношеството и

детството. Изследванията върху темперамента поставят проблематиката за психичните разстройства, като цяло и личностовите разстройства в частност, не само по отношение на диагностичните подходи, но и по отношение на рамката на самата диагноза, в контекста на спектрите и нозологичната принадлежност /Akiskal, H.S., Pinto, O., 1999; Akiskal H., 2003; Akiskal, H.S., at all 2000; Akiskal, H.S., Benazzi, F., 2005; Brown, S.L., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., Cloninger, C.R., 1992/ [25, 27, 35, 37, 41].

II. ОБЗОР

Концепции и развитие на личностовите и темпераментови типологии. Дефиниране на понятията темперамент, характер, личност, личностови разстройства

1. Темперамент и характер. Различия между темпераментови и характерови конструкти.

“Темперамент” и „характер” са понятия използвани в съвременната наука за определяне на човешката индивидуалност. Взаимовръзката между тези структури е сложна и динамична и описва уникалното, за човешкия вид, явление „личност”.

В основата на конструкта „личност” са налице черти, относително постоянни и базисни по отношение на личностовата и характерова структура. Съвременните научни концепти разглеждат личността като вътрешно стабилна, консистентна и специфична в контекста на променящи се условия. Основните характеристики на личността (диспозициите) са вродени, генетично зададени, стабилни фактори, регулиращи поведенческия репертоар. Диспозициите нямат директно отношение към ситуацията и отразяват готовността за отреагиране, чрез определен тип поведение /Allport GW., 1937, published Roeckelein J. E. ed, 2006/ [38]. Относително постоянните личностови диспозиции или темпераментът, се явяват биологичната основа на психичните качества на личността, проявяващи се във външни, устойчиви характеристики, въпреки че при всеки тип темперамент могат да се формират качества на личността, които са свойствени за друг тип. Съвременната наука и практика показват, че е възможно да се наблюдават промени в тези

относително постоянни характеристики под влияние на житейските условия или целенасочени въздействия /Cloninger C. R., 1998; Cloninger, C.R., 1999; Joyce, P.R. at all, 2003/ [47, 48, 60].

Темпераментът е организация (структура), определяща динамиката на протичане на психичните процеси. Динамиката от своя страна се определя от ритъма, темпа, продължителността и интензивността на процесите в психичната сфера, но има своето проявление и в поведенческите особености на индивида – подвижност, активност и чистота на реакцията /Дилова М.,1989; Ковалев А. Г., 1970/ [3, 9].

Изследванията и наблюденията върху явлението «темперамент» съпътстват развитието на медицинската и психологическата наука и до днес. Повратен момент в изследванията върху темперамента са разработките на И. П. Павлов /Ковалев А. Г., 1970; Христозов Хр., 1989/ [9, 17]. Според учението на Павлов, индивидуалните особености на поведението и динамиката на протичане на психичните процеси, зависят от различията в дейността на нервната система. От своя страна индивидуалните различия в нервната сиситема се определят от проявлението и съотношението между двата основни нервни процеса - възбуждане и задържане. Според Павлов, процесите условно се описват чрез три основни свойства сила, уравновесеност и подвижност. Силата на нервните процеси се изразява в способността на нервните клетки да понасят дълготрайна или краткотрайна, но много концентрирана възбуда или задържане. Уравновесеността се отнася до пропорционалното съотношение в проявленията на възбудно-задръжните процеси. Комбинацията между тези основни свойства на нервните процеси определят типа висша нервна дейност.

Изключително широко приложение в съвременната наука е придобил и постулатът на Ханс Айзенк (Eysenck). Според него относително постоянните личностни характеристики (темперамент) са

биологично обусловени и генетично заложени, съответно унаследяеми. Той заимства наименованията на четирите основни типа темперамент от Хипократ (сангвиник, холерик, меланхолик, флегматик). Психичните процеси се характеризират със сила бързина и устойчивост. Които могат да бъдат описани, чрез три димeнсии - психотизъм, невротизъм и екстраверсия. Айзенк смята, че проявлението на личностните черти е дефинирано от начина на протичане на психичните процеси, от степента на възбуждане на ретикуларната формация и възможността за задържане на импулса. Доказва, че при екстравертите степента на активиране на кората е по-ниска и те имат нужда от допълнителна стимулация, като резултатите по скала Психотизъм са по-високи при мъжете и при абнормните групи /Айзенк Х., 1987; Eysenck HJ., 1991/ [1, 52].

Някои съвременни изследователи като Александър Томас и Стела Чез /Thomas A., Chess S., 1977; Thomas A., Chess S., Birch H., 1969; Thomas A., Chess S. at all, 1971; Vazquez GH, Akiskal H., 2007 [87, 88, 89, 90] разглеждат темперамента като стилистичен компонент “как?” на поведението, в контрапункта на мотивацията “защо?” и съдържанието “какво?” на поведението. Модерните аспекти на разбирането за темперамента засягат неговите емоционални, мотивационни и адаптивни влияния.

Според съвременните изследователи Клонингер и Свракич, основните четири типа темперамент, могат да намерят аналогия в Хипократовите меланхолик (избягване на увреда), холерик (търсене на новото), сангвиник (зависимост от награда), и флегматик (постоянство). За разлика от категориите на Хипократ тук темпераментовите черти са генетично необвързани, позволяващи димeнсионални комбинации /Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR., 1996; Thomas A., Chess S., 1977/ [84, 87].

Типът висша нервна дейност придава своеобразен облик на индивида – определя подвижността и устойчивостта на психичните процеси, но не определят личностните морални убеждения, социалните нагласи и насоките на поведението. Налице са редица доказателства, в подкрепа на съществуването на относително стабилни темпераментови и поведенчески модели, протрахиращи от раждането през целия житейски път на индивида, т.е. съществуват генетично детерминирани прототипи на човешкото поведение /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Cloninger C. R., 1998; Cloninger, C.R., 1999; Kagan J., 1989/ [45, 47, 48, 61]. Тези вродени характеристики могат да бъдат определени по-скоро като тенденции, които опитът и въздействията на околната среда, усилват или смекчават. Темпераментът не характеризира съдържателната страна на личността, не може да определи нагласите, интересите, идеалите. Отношението на личността, стремежът към някаква осъзната цел, позволява редица импулси да се контролират съзнателно, а други да се затвърждават. Биологично зададените, относително постоянни личностни характеристики, определят развитието на характеровата структура, но не определят насоката на това развитие. В този смисъл развитието на характеровата и темпераментова структура е взаимнообусловен процес .

Съвременните научни изследвания доказват, че приетите за основни, четири темпераментови дименсии при човека тясно кореспондират с тези при останалите бозайници. Филогенетичните нива на способността за заучаване при хората показват, че процесът е йерархично организиран и свързан с онтогенетичното развитие.

Развитието на асоциациите и мотивацията при създаването на навици и умения са базирани върху емоциите и демонстрират връзката на темперамента с усещанията. Характеровата структура кореспондира

с процесите на символизация и абстракциите, базирани върху концептуалното заучаване. Темпераментът е "емоционалната сърцевина" на личността, въвличащ процедуралната памет, която обуславя асоциативното заучаване. Заучаването чрез твърдения използва по-високо стоящите когнитивни функции, абстрактното мислене и символната интерпретация, аналитичната и индуктивната логика. За разлика от темперамента в характера в по-ниска степен е обуславящ компонента наследственост, за сметка на повлияването му от жизнените събития, културата, социалното заучаване. В този смисъл той може да бъде определен като "концептуална сърцевина на личността" /Blöink R. at all 2005; Cloninger C. R., 1987; Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Cloninger C. R., 1998/ [40, 44, 45, 47].

Изследователят Свракич /Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR., 1996; Thomas A., Chess S., 1977/ [84, 87] представя личността като комплексна динамична система, която се самоорганизира и е частично моделирана от семейната и социокултурална среди. Базиран на специфичните основни разлики между темперамента и характера, моделът взима предвид всички аспекти на обработка на информацията: от асоциативното обучение при навиците и уменията до "интернализираните" цели и ценности /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Cloninger, C.R., 1999/ [45, 48].

Характеровите и темпераментови черти са етиологично различни, но функционално свързани. В интеракциите между темперамента и характера, различните аспекти на интернализираните концепти на Аз-а и средата се модифицират, значението и важността на сензорните възприятия и афектите се регулират от темперамента. Темпераментът регулира какво се съобщава, а характерът – какво означава това. Значението на жизнените събития и опита се модифицират от двете

системи /Blöink R. at all 2005; Cloninger C. R., 1987; Cloninger C. R., 1998; Cloninger, C.R., 1999; Reich JH., Green AI., 1991/ [40, 44, 47, 48, 77].

Тук може да се потърси "мостът" между здраве и болест, което е в основата на съвременните насоки в научните изследвания, които разглеждат темпераментовата структура като базисна за развитието на психичните заболявания и проявите на поведенчески девиации. Според изследванията на Акискал, биологично обусловените конструкти имат специфично място в проявите и развитието на афективните разстройства /Akiskal, H.S., Akiskal, K., 1992; Akiskal, H.S., Pinto, O., 1999; Akiskal, H.S., Hantouche, E.G., Allilaire, J.F., 2003; Akiskal H., 2003/ [23, 25, 26, 27]. Разстройствата на настроението са концептуализирани като крайности на генетично зададени модели. Разглежда се по какъв начин конституционните черти благоприятстват индивидуалната или групова адаптация, за сметка на промяна на фенотипа /Akiskal, H.S., 2005; Akiskal H.S. at all, 2005/ [29, 30]. Схващанията на Акискал са базирани на допускането, че съществува основна, вътрешно присъща количествена вариация на темперамента, която е може би първичната основа на генетично зададената предиспозиция на биполярното афективно разстройство /Akiskal, H.S. 2005a; Akiskal, H.S., 2005b; Akiskal H.S. at all, 1998a; Akiskal, H.S., at all 2000; Erfurth A. at all 2005/ [28, 29, 33, 35, 50].

Усилията на Акискал и сътрудници са насочени към създаването на инструмент за оценка и диагностика на темпераментовите структури, базиран върху най-новите научни изследвания /Akiskal H.S. at all, 2005; Akiskal, H.S., Akiskal, K., 2005/ [30, 31]. Основна цел на тези разработки е създаването на прецизен инструмент за идентификация на генетично зададените личностови предиспозиции, като културалните влияния бъдат сведени до минимум. За тези цел, в момента Акискал

колаборира с редица медицински центрове в целия свят и е в процес на стандартизация и валидизация на стратегическа за съвременната психиатрия методика. TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire) е базиран на придобилия популярност самооценъчен въпросник TCI (Temperament and Character Inventory). Съдържа 110 твърдения, обхващащи целия спектър на поведенчески прояви, които са индикатори на вътрешни биологично заложени диспозиции. В момента на разработването на тази дисертация тече апробация на инструмента в Германия, Бразилия, Ливан, Япония и др.. /Akiskal, H.S., Akiskal, K., 2005; Akiskal KK, Akiskal HS, 2005; Blöink R. at all 2005; Erfurth A. at all 2005; Karam E.G. at all, 2005; Matsumoto S. at all, 2005; Sanchez-Moreno J., 2005/ [31, 32, 40, 50, 65, 74, 78].

2. Класификации на личностовите черти

Прототипи на личностови класификации са основните начала в китайската философия ян (активно, инструментално, мъжко) и ин (съзерцателно, чувствено, женско), както и темпераментите в древна Гърция сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик. Трите основни типа характер у Фройд водят началото си от фиксация към една от нормалните фази на ранното развитие: орална (изискващи, пасивни, зависими), анална (упорити, педантични, пестеливи) и генитална (зрели при преодоляването на Едиповия конфликт и незрели при непреодоляването му - с увредена годност за интимност, плитка емоционалност, хистрионни черти).

Възможни са множество преходи и разновидности на основните характерови типове като орално-садистичен, анално-садистичен, и др. /Ончев, Г., 2001/ [14].

Според Павлов типовете висша нервна дейност, приблизително съответстващи на темперамента, са варианти на основните качества на процесите на възбуда и потискане в нервната система: сила, подвижност и устойчивост. Така, "силният, бърз и устойчив" темперамент отговаря на класическия тип сангвиник. С по-висша йерархия в тази теория е деленето според преобладаващата "сигнална система": първосигнални (художествен тип) и второсигнални (мисловен тип) /Каннабих, Ю., 1994/ [8].

Класификацията на Кречмер, в съгласие с теоретичния конструкт за "конституцията", разделя хората на съответстващи помежду си телостроежни и личностови типове: а/ лептозом (тънък, хлътнал гръден кош, ниско съотношение рамене-ханш) – шизоиден; б/ пикник (широк, закръглен, масивен врат, ниско съотношение рамене-гърди) – циклоиден; в/ атлет (развити кости и мускулатура, високо съотношение рамене-ханш) – вискозен или епилептоиден, с разновидности: флегматичен и експлозивен /Кречмер Е., 1996/ [10].

С развитието на клиничната теория и практика се се обособяват множество класификации за описание на личността (описателни или концептуални). Терминологичните несъответствия на различните школи както и промените в названията са израз на различията в подходите на авторите и честото, но неточно препокриване на част от тях, както и липсата на ясни граници в концепциите темперамент, характер, личност.

2.1 Концептуални подходи към класифицирането на личностовите типологии.

Наблюденията на Жан-Мартин Шарко върху хистерията дават възможност на Пиер Жане (1907) и Зигмунд Фройд (1908) /Гольцман Е., 2002/ [2] едновременно да направят описание на хистеричните черти, личностови характеристики използвани в редица теоретични концепцти след това за описване и типологизиране на темперамент, характер, психични разстройства. Жане има интереси си към каталогизиране на маладаптивните последствия от травмата и добавя още един астенен тип "слабоволев" и хронично уморен. Приносът на Фройд към класификациите е свързан с ранната психоаналитична теория за инстинкта, рамкираща личността в компромиса между нагона и неговата инхибирана експресия. В тази рамка Карл Абрахам (1949) свързва задържането в някоя от трите фази на психосексуалното развитие на либизото: *орална, анална и генитална* с развитието на зависимия, обсесивно-компулсивен и хистеричен характер.

Основният принцип в Класификацията на Кречмер /Кречмер Е., 1996/ [10] е развит върху континуитета "болест-здраве":

Циклотимици:

1. Хипоманиаци: Силно подвижни.
2. Синтоници: практични реалисти, даровити хумористи.
3. Тежко подвижни (студенокръвни) характери.

В дългогодишната си клинична практика той има възможност да наблюдава манифестирането на темпераментовите и характерови черти на фона на различни психични заболявания. При маниакално-депресивните пациенти установява следните най-често и постоянно повтарящи се прояви на темперамента: "общителен, добросъвестен,

ласкав, задушевен, остроумен, весел, жив, тих, спокоен, впечатлителен, мек.”

Шизотимици:

4. Хиперестетици: раздразнителни, нервозни, нежни, самовглъбени, идеалисти.
5. Шизотимни (средно положение): хладникръвно енергични, систематично последователни, спокойно аристократични.
6. Анестетици: студени, хладно нервозни, побъркани чудаци, индолентни, афектно слаби, тъпи безделници.

Разделя най-често срещащите се шизоидни черти в три основни групи:

- необщителен, тих, сдържан, сериозен (лишен от хумор) чудак;
- срамежлив, боязлив, силно чувствителен, сантиментален, нервен, възбуден, приятел на книгата и природата;
- послушен, добродушен, честен, равнодушен, тъп, глупав.

Богатият клиничен опит на Кречмер му дава достатъчна база да изведе така наречените “специални типове темперамент”, съществуващи в “тясно клинична област”.

Дегенеративни (специални типове) темпераменти:

7. Истерици
8. Епилептици
9. Параноици

Шелдон и Стивънс /Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR., 1996/ [84] са едни от първите, които базирайки се на работите на Кречмер изследват отношенията между 17 антропометрични характеристики и темпераментовите черти. Те откриват три групи черти с позитивни корелации помежду си и негативни корелации при почти всички

останали. Описват три соматотипа: ендоморф, мезоморф и ектоморф, на които съответстват три личностови типа:

1. Висцеротоници – с релативно увеличена храносмилателна система, животът им изглежда организиран около храната. Обичат комфорта и са социабилни;
2. Соматотоници – доминират соматичните структури, преобладава активността на мускулатурата на скелета. Животът им изглежда организиран около мускулната експресия;
3. Церебротоници - доминантната активност изглежда организирана около съзнателно подтискане на останалите активности от тялото. Организирани са около процесите на задържане, инхибиция и желание да са скрити.

Теоретичната постановка се базира на идеята за пренаталното развитие на трите ембрионални слоя.

Теорията на Айзенк за типовете личности стъпва главно върху физиологията и генетиката /Eysenck HJ., 1991/ [52]. Въпреки, че е изградена върху бихевиористични постулати, приемайки изключителното значение на заучените навици, той приема личностовите различия като генетично унаследени. Според Айзенк психичните процеси се характеризират със сила, бързина и устойчивост и проявлението на личностните черти е дефинирано от начина на протичане на психичните процеси, от степента на възбуждане на ретикуларната формация и възможността за задържане на импулса. Използвайки самооценъчен въпросник с личностови черти събира огромна база от данни като с факторен анализ извлича димeнсии (фактори) от типа “срамежлив-отворен”. Оригиналното изследване на Айзенк извлича две главни димeнсии на темперамента: невротизъм и

екстраверзия-интроверзия. По-късно с хомогенизиране на изследваната група лица към двете димензии на темперамента Айзенк прибавя и трета – психотизъм. Трябва да се отбележи, че трите димензии макар да описват личностовите абнормности са по-скоро темпераментови черти /Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., 1995/ [62]. Теоретичният модел за личността на Айзенк е широко приложим в съвременната клинико-психологична теория и практика.

На Фигура 1 е представен обобщен вариант на типовете темперамент по Айзенк, демонстриращ универсалните възможности на теорията да опише различни типове характери при комбиниране на трите темпераментови димензии. Тази концепция е база за развитието на редица съвременни научни теории, и е един от най-често използвани постулати в диагностичната психолого-психиатрична практика.



Фигура 1: Обобщена схема на темпераментовите димензии и характерови черти.

Теорията на Клонингер /Калинов К., Миланова В., Жабленски А., 2005; Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993/ [7, 45], приема съществуването на четири темпераментови димензии:

- търсене на непознатото,
- избягване на увреда,
- зависимост от награда,
- постоянство;

Всяка от тях има висок и нисък екстремен вариант. Например ниският екстремен вариант на чертата “избягване на увреда” е срамежлив или песимистичен, а високият отворен или оптимистичен. Четирите темпераментови димензии са свързани с действието на мозъчни структури и невротрансмитери (допамин, GABA, норадреналин, серотонини и глутамат). Според същата теория характеровите димензии са обощени до три: самоуправление, кооперативност и интуитивност – всяка от които с позитивни и негативни черти и положителен и отрицателен скор /Byon C, Hill K, Svrakic Dm, Przybeck Tr, Cloninger Cr., 1996; Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Cloninger, C.R. at all, 1994/ [42, 45, 46]. Абнормната мотивация произхожда от две или три ексцесивни, монополистични, елементарни емоционални нужди, асоциирани с оцеляването и физическия интегритет. Зрялата мотивация се развива след удоволетворяване на базисните нужди. Това обяснява мотивационната ригидност и “еднообразност” на девиантната личност /Maj M., Akiskal H. S at all, 2005; Svrakic DM at all, 1993; Svrakic D.M. at all 2002/ [73, 83, 85].

2.2 Емпирични класификации

Емпиричните класификации са базирани на клинични наблюдения. Те описват съвкупности от качества – категории. За разлика от концептуалните класификации, при които описването на абнормните личности е подчинено на концепцията и създава «празнини», незапълнени от реални типове личности или отпадане на такива поради невъзможност на схемата да ги опише; при описателните класификации концепцията следва и се опитва да «вмести» в себе си реално съществуващи характери. Разделянето на «концептуални класификации» и «емпирични класификации» има по-скоро условен харктер, тъй като процеса на класифициране е двустранен и непрекъснато се подлага на проверка от реалността.

Прототип на описателна класификация е характеровото разделение на Теофраст: над 30 типа като мързелив, нетактичен, мрачен, заядлив, лицемер, ласкател и т.н.. Тези класификации са емпирични, т.е. те се основават на опита и на реално срещаните в практиката типове абнормност. Затова могат да бъдат наричани още типологии и по същество описват съвкупности от качества – категории /Христозов Хр., 1989/ [17].

Друг пример за такава класификация е класификацията на Крепелин. Класификацията на Крепелин е доминирана от концепциите за дегенерацията и потребността от социален контрол /Христозов Хр., 1989/ [17].

Водеща сред този вид типологии е тази на Шнайдер. Тя е клинично най-издържана и психологично релевантна и повлиява всички следващи клинични таксономии, включително тези на

Световната Здравна Организация (по-специално МКБ-10). Изцяло в традициите на Шнайдер е изградена типологията на Ганнушкин.

Макар да разработва класификацията си върху теоретичната постановка на Шнайдер, за разлика от него Ганушкин застъпва идеите на Клод Бернар за липса на ясна граница между здраве и болест /Каннабих, Ю., 1994/ [8].

Класификацията на Ганушкин е много подробна, стъпва на разделението между конституционалното и ситуационно развитие на психопатиите, но като цяло разглежда разстройствата като динамични процеси, развиващи се на фона на конституционална предразположеност.

Класификацията на Ганушкин е твърде подробна, като във всяка от групите са описани по няколко варианта. В съвременната психиатрия класификацията му се използва рядко, поради високата й трудност /Ончев, Г., 2001/ [14, 26].

Едва с напредването на научните изследвания става възможно, от теоретично неограничения брой черти за личностова оценка, да се извлекат измерения, обхващащи различни подходи на описание. С факторен анализ на значителен обем данни са идентифицирани и потвърдени 5 основни оси, които най-добре описват личностовото функциониране: екстроверзия (интроверт/екстроверт), невротицизъм (емоционално стабилен - уязвим на стрес), съзнателност (съвестен/импулсивен), кооперативност (сговорчив/антагонистичен) и откритост (отворен/затворен за нов опит) /Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., 1995/ [62.].

Личностовите типологии, оказали най-голямо влияние в развитието на психологичната наука и клиничната практика, са представени в таблица №1.

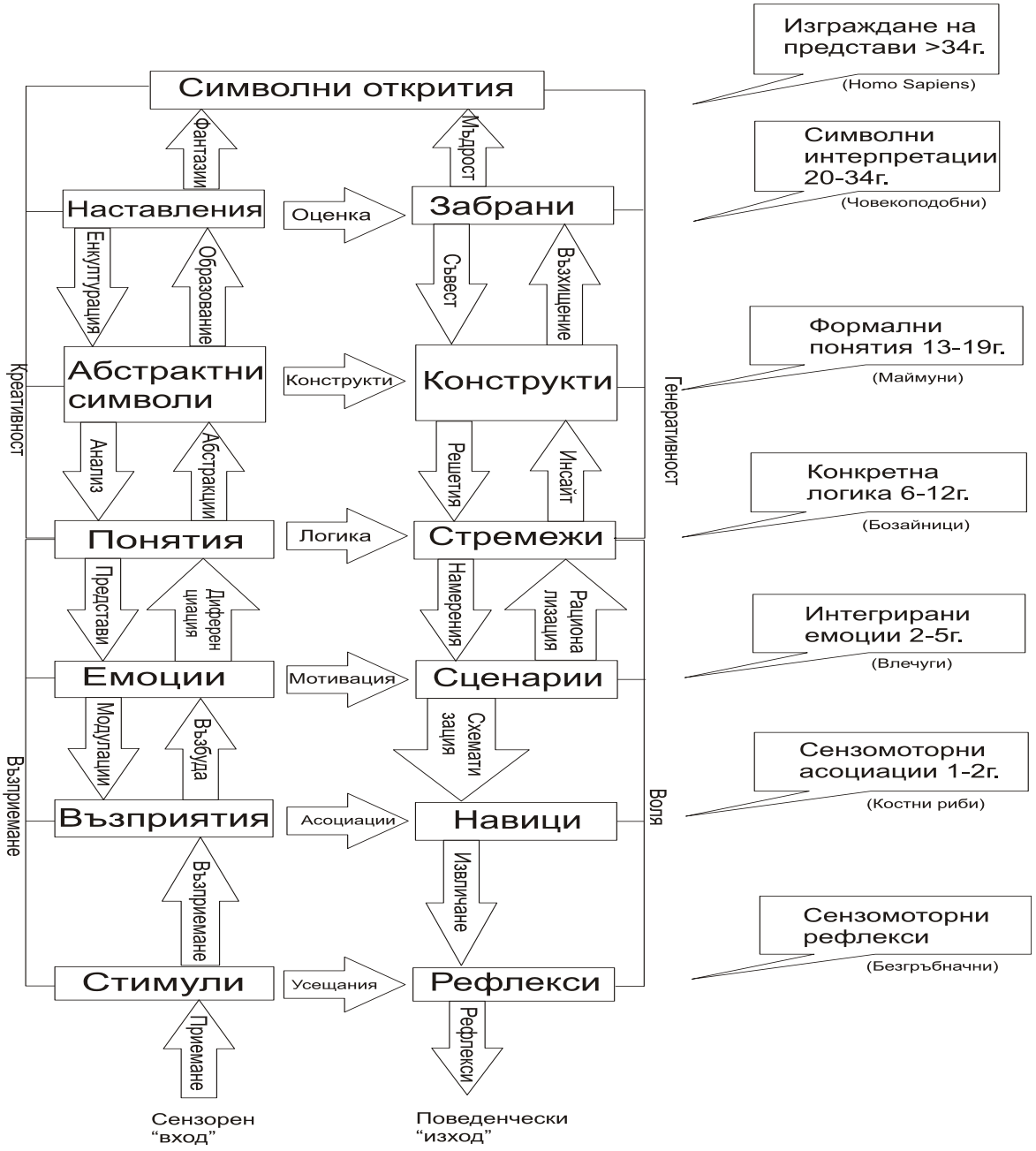
Таблица 1:. Личностови типологии

Кречмер	**Павлов**	**Айзенк**	**Крепелин**	**Шнайдер**	**Ганушкин (групи)**
пикник	сила	невротицизъм -стабилност	Възбудими	Хипертимен	Циклоидна
атлет	подвижност	екстроверсия-интроверсия	Неустойчиви	Депресивен	Астенна
лептозом	устойчивост	психотицизъм	Податливи на влечения	Несигурен: сензитивен; ананкастен; фанатичен; търсещ внимание	Шизоидна
			Чудаци	Лабилен	Параноидна
			Фантасти	Експлозивен	Епилептоидна
			Врагове на обществото	Хладен	Хистерична
			Свадливи	Слабоволев	Неустойчива
				Астенен	Антисоциална

Огромното количество клисификации, типове и подтипове, както и непрестанния интерес към тематиката, несъмнено обясняват сложността на проблема и показват, че личностовите варианти не могат да се сведат до опростен модел, съдържащ няколко основни групи.

2.3 Съвременни теоретични подходи за дефиниция на темперамент и характер

Съвременните научни изследвания доказват, че приетите за основни, четири темпераментови димесии при човека тясно кореспондират с тези при останалите бозайници. Филогенетичните нива на способността за заучаване при хората показват, че процесът е йерархично организиран и свързан с онтогенетичното развитие:



Фигура 2: Йерархичен модел на заучаването. /Kaplan HI, Sadock BJ., 1995/ [63.]

Схемата показва връзката на темперамента с усещанията, асоциациите и мотивацията при създаването на навици и умения, базирани върху емоциите. Характера кореспондира с процесите на символизация и абстракциите, базирани върху заучаването. Йерархичната филогенетична и онтогенетична организация на заучаването и паметта – чрез твърдения и процедурна (Propositional and Procedural) служат, за да обяснят концепта за темперамента и характера. Темпераментът е “емоционалната сърцевина” на личността, въвличащ процедуралната памет, която обуславя асоциативното заучаване. Заучаването чрез твърдения използва по-високо стоящите когнитивни функции абстрактно мислене и символна интерпретация, аналитична и индуктивна логика. В контраст с темперамента в характера в по-ниска степен е преплетен компонента наследственост за сметка на влиянието му от жизнените събития, културата, социалното заучаване. В този смисъл той може да бъде определен като “концептуална сърцевина на личността” /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Kaplan HI, Sadock BJ., 1995; Svrakic D.M. at all 2002/ [45, 63, 85].

Модел на самоорганизиращ се психобиологичен комплекс

Изследователят Свракич 1996г. /Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR., 1996; Thomas A., Chess S., 1977/ [84, 87] представя личността като комплексна динамична система, която се самоорганизира и е частично моделирана от семейната и социокултурална среда. Личността като динамична мултидименсионална система съдържа компоненти, организирани във взаимозависими връзки, осигуряващи определени функции. Такава

система се характеризира със специфични правила на функциониране (напр. принципите на асоциативното заучаване в рамките на темперамента и концептуалното заучаване в рамките на характеровата функция). Такива мултидименсионални системи се наричат комплексни адаптивни системи. От друга страна, корелациите наблюдавани при толкова много личностови черти могат да бъдат използвани като база за обяснения на спонтанното организиране на стабилни мултидименсионални конфигурации (личностови типове). Базиран на специфичните основни разлики между темперамента и характера, моделът взима предвид всички аспекти на обработка на информацията: от асоциативното обучение при навиците и уменията до "интернализираните" цели и ценности.

Основни различия между темперамент (асоциативно заучаване) и характер (концептуално или заучаване чрез твърдения):

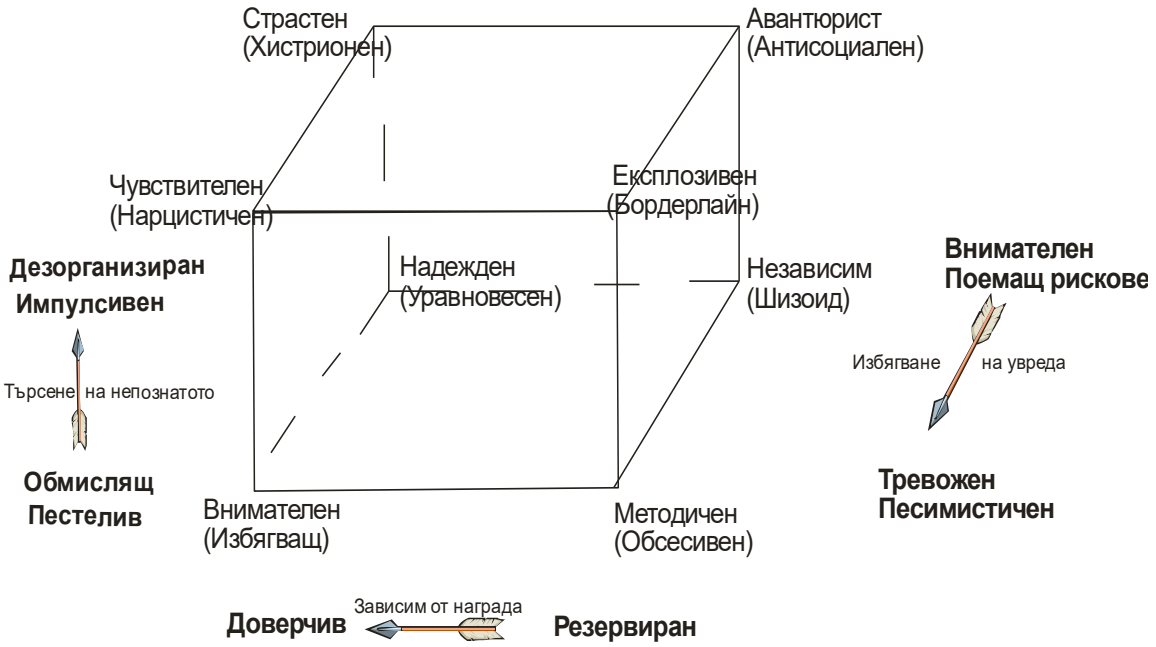
Таблица. 2: Различия между темперамент и характер, базирани върху модела на самоорганизиращия се психобиологичен комплекс.

	Темперамент	**Характер**
Ниво на осъзнаване	**Автоматично**	**Съзнателно**
Тип памет	**Възприятна** **Процедурна**	**Концептуална** **Основана на твърдения**
Принципи на заучаване	**Асоциативно** **Чрез кондициониране**	**Концептуално** **Чрез разбиране (инсайт)**
Роля на субекта	**Пасивна** **Репродуктивна**	**Активна** **Конструктивна**
Ключови мозъчни системи	**Лимбична** **Стриатум**	**Темпорален кортекс** **Хипокамп**

Таблица. 3: Етиологични компоненти, повлияващи темпераментовата и характеровата структури.

Етиологични компоненти	Темперамент	Характер
Наследственост	**40-60 %**	**15-40%**
Семейна среда	**0%**	**30-35%**
Случайни събития	**40-60%**	**25-55%**

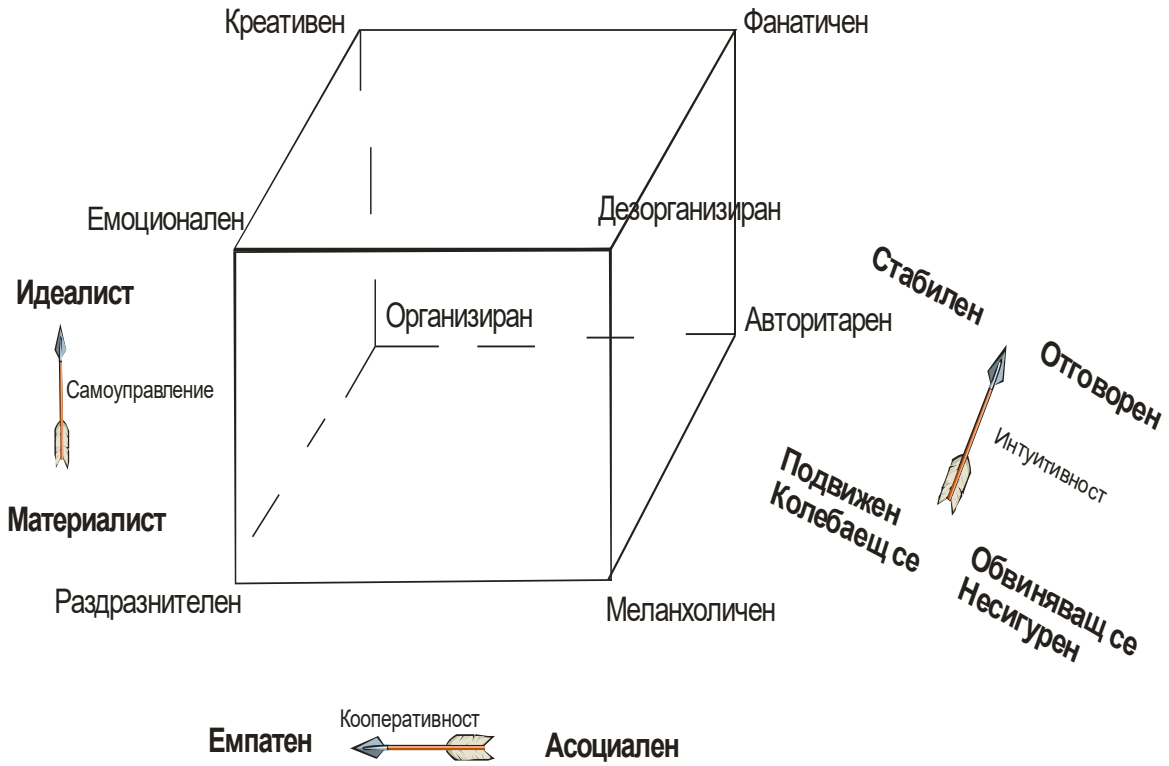
Характеровите и темпераментови черти са етиологично различни, но функционално свързани. Непрекъснатата динамика на множеството компоненти служи за самоорганизация (самоуправление) на системата да открие тези модели на поведение, които удоволетворяват всички вътрешни и външни забрани. Например избягването на увреда взаимодейства с търсенето на промяна и зависимостта от възнаграждение, подтискайки социалната привързаност чрез нарастване на страха от непознатото и чувствителността към социална критика. Тези интеракции влияят върху стабилността на възможните характерови профили, правейки някои от тях по-стабилни от другите.



Фигура. 3: Темпераментови конфигурации Cloninger at all 1993 /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993/ [45]

Авторите на този модел приемат, че моделите за промяна на характеровите черти са функция от относително стабилни темпераментови черти и множеството “други” влияния. Тези характерови черти си взаимодействат за да “възпроизведат” осем характерови профила /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993/ [45].

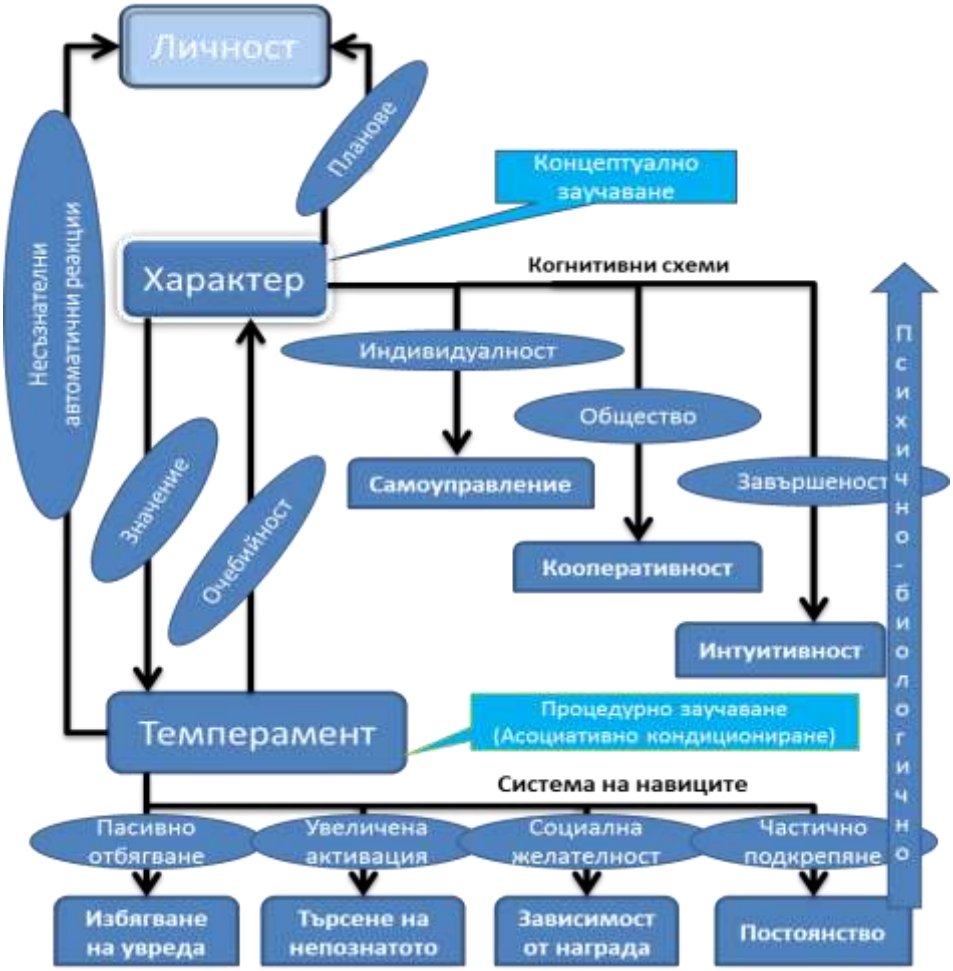
На фигура 4 са представени характеровите конфигурации, описващи базисни черти.



Фигура 4: Характерови конфигурации Cloninger at all 1993 /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993/ [45]

В интеракциите между темперамента и характера, различните аспекти на интернализираните концепти на личността и средата се модифицират, значението и важността на сензорните възприятия и афектите се регулират от темперамента. Темпераментът регулира какво се съобщава, а характерът – какво означава това, значението на жизнените събития и опита се модифицира от двете системи /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR., 1996/ [45, 84].

На фигура 5 е представен нагледно моделът на интегрирана психобиологична схема на личността.



Фигура 5: Интегрирана психобиологична схема на личността /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR., 1996/ [45, 84]

2.4 Гранични варианти на нормата. Акцентирани черти на темпераментовите и характерови структури

Леонхард /Леонгард К., 1981/ [11] разширява познанието за характерите и човешката индивидуалност с “жизнените типове” и индивидуални черти като постулира тяхната познаваемост. Според Леонхард основните черти, определящи индивидуалността и характера

на човек са многочислени, но не са неограничени – те могат да бъдат описани по сфери: насоченост на интересите и склонности, чувства и воля и асоциативно-интелектуална.

Големият принос на Леонхард към концепта за личността е описанието на акцентираните личности, които той разделя на:

- акцентирани черти на *характера*,
- акцентирани черти на *темперамента*,
- екстравертна акцентуация на *личността,*
- интровертна акцентуация на *личността,*
- комбинации

Немският психиатър Карл Леонхард /Леонгард К.,1981/ [11] въвежда понятието "акцентирана личност", наложило се и в съвременната клинична практика, като концепт с гарантирана валидност от необходимостта да се опишат характери, опосредстващи разстроена адаптация при повишени изисквания от средата.

Без да са обособени в конкретни нозологични единици или синдромокомплекси, проявите на акцентуациите в характера имат диагностична клинична валидност и предиктивна значимост по отношение на широк спектър психични и поведенчески разстройства. Разглеждайки личността като функционално единство между биологични детерминанти и социокултурни влияния, крайните варианти на нормата трябва да се разглеждат в контекста на остта "норма-патология", т.е. те са свързващото звено между нормалните поведенчески реакции и класифицираните патологични прояви. Разпознаването и идентифицирането на типичните "акцентуирани" черти на личността, от една страна дава възможност да се прогнозира

развитието на определена личностова патология, а от друга да се идентифицират характерните поведенчески прояви за определен тип темпераментова структура. Личностовите разстройства като крайни поведенчески прояви са стъпалото след характеровите акцентуации, които описват преморбидният фон на личностното функциониране.

Акцентуациите на характера са крайни варианти на нормата, при които отделни черти на характера са извънредно усилени, вследствие на което се проявява избирателна уязвимост по отношение на определен род психогенни въздействия, при добра и даже повишена устойчивост към други. На базата на типологиите на Ганушкин и Леонхард клиницистът Андрей Личко /Личко А. Е., 1983/ [12] разработва класификация на акцентуациите на характера като ги обвързва с точно определени поведенчески модели. От своя страна човешкото поведение става предиктивно, познавайки спецификата на акцентираните черти и динамиката на процесите на формиране на характера.

Според изследователите, акцентуациите в характера в редица случаи се съчетават с отклонения в поведението, като противообществени действия, суицидно поведение, употреба на наркотици и др.. В същото време поведението на много хора с акцентуирани черти не се явява отклоняващо, докато от своя страна девиантно поведение могат да демонстрират и хора с не акцентуирани характери /Леонгард К.,1981; Личко А. Е., 1983/ [11, 12].

Личко разглежда акцентуациите съотносно базисната ос “норма – патология” като основен критерии е интензитета на проявление на феномена /Личко А. Е., 1983/ [12]. В зависимост от степента на

изразеност се определят две степени на акцентуация на характера: явна и скрита:

Явна акцентуация. Това е степен на акцентуация, отнасяща се към крайните варианти на нормата. Тя се отличава с наличието на относително постоянни черти на определен тип характер.

Особеностите на характера често се изострят при житейски кризи. В юношеска възраст при действието на психогенни фактори, насочени към "точката на най-малко съпротивление", могат да настъпят временни нарушения в адаптацията и отклонения в поведението. При зрелия индивид особеностите на характера остават достатъчно изразени, но се компенсират и обикновено не повлияват адаптацията, въпреки че практиката доказва редица изключения от това правило.

Скрита акцентуация. Това е степен, която би трябвало да бъде отнесена не към крайните, а към обичайните варианти на нормата. В нормални условия, чертите на определен тип характер са изразени слабо или съвсем не се проявяват. Черти от даден тип могат да се изявят много ярко под влияние на тези ситуации и психически травми, които предявяват повишени изисквания към "точките на най-малко съпротивление". Психогенните фактори от друг род, дори тежките, не само не предизвикват психически разстройства, но могат и да не изявят типа характер. Ако такива черти се проявяват, не довеждат непременно до социална дезадаптация /Личко А. Е., 1983/ [12].

Акцентуациите в характера могат да възникнат по редица причини, но най-сензитивния период за манифестиране на

акцентуирани черти е детско-юношеската възраст /Личко А. Е., 1983/ [12].

Някои от основните причини са следните:

1. Завишени изисквания от страна на обществото към подрастващия. Ако върху вродените характерови особености се натрупват болезнени отрицателни преживявания, свързани със самооценката на личността, се формира комплекс за непълноценност и възниква необходимост от изкуствено компенсиране – влечение към алкохола, наркотиците или агресивно поведение. Особено сензитивен период за ранна поява на скритата акцентуация е точно възрастта на полово съзряване.

2. Трудностите в тази преходна възраст са съпроводени с преустройство на психиката. Променя се възприятието, мисленето, чувствата, мечтите, в пълна степен се проявяват чертите на темперамента, способностите и вродените предразположености.

3. Преустройва се Аз-концепцията и себевъзприятието. Аз-концепцията е устойчива и неповторима за всеки индивид система от представите за себе си (Аз-образи), на основата на които той изгражда отношенията си с околния свят и със самия себе си.

Различните типове акцентуации на характера са представени в таблица № 4.

Таблица. 4: Типове акцентуации на характера по А. Е. Личко

Тип акцентуация на характера
Хипертимен
Циклоиден
Лабилен
Астено-невротичен
Сензитивен
Психастенен
Шизоиден
Епилептоиден
Хистрионен
Неустойчив
Конформен

Личко включва в класификацията си като основен тип характерова акцентуация и смесеният тип хипертимно-конформен, кореспондиращ с тип екстравертен от типологията на Леонхард. Този тип акцентуация обаче няма достатъчно силно изразени специфични черти, за да бъде разглеждан като базисен, но е един от често срещаните комбинации смесени типове /Личко А. Е., 1983/ [12].

Двете класически типологии на характеровите и личностови акцентуации разработени от Леонхард и Личко са представен и в таблицаица №5.

Таблицаица. 5: Класификации на типовете акцентуации по Леонхард и Личко

Тип акцентуирани личности по К. Леонхард (1976)	**Тип акцентуации на характера по А. Личко**
Демонстративен	Хистрионен
Педантичен	Психастенен
Застоен	
Възбудим	Епилептоиден
Хипертимен	Хипертимен
Дистимен	
Афективно-лабилен	Циклоиден
Афективно-екзалтиран	Лабилен
Емотивен	Лабилен
Тревожен (боязлив)	Сензитивен
Екстравертен	Хипертимно-комформен
Интровертен	Шизоиден
Интровертен	Сензитивен
	Неустойчив
	Конформен
	Астено невротичен

Между двете типологии има известни различия, но взимайки предвид чертите характеризиращи типовете, всъщност различията са по-скоро условни, т.е. предимно в наименованията. В класификацията на Леонхард не се срещат идентифицираните се от Личко като често проявяващи се неустойчив и конформен тип. Според А. Е. Личко

дистимният тип при К. Леонхард съответства на конституционално-депресивния по П. Б. Ганушкин /Личко А. Е., 1983/ [12].
Макар и в известна степен опростенчески, тези идеи са стабилно подкрепени от клиничата практика.

2.5 Типове акцентуации на характера

В изложението по-долу са представени кратки описания на характеровите акцентуации, с оглед на спецификата на стабилните поведенчески прояви, както и коморбидитета и преморбидността по отношение на абнормните прояви, развитието на личностови, поведенчески и други психични разстройства /Личко А. Е., 1983/ [12]

По-долу в табличен вид са представени нагледно типовете акцентуации на характера с описание на типичните и абнормни черти и прояви - таблица 6.

Таблица.6: Типове акцентуации на характера – специфични черти и абнормни прояви

Типове акцентуации	Типични черти и прояви	Абнормни черти и прояви
1. Хипертимен	повишено настроение, повишен жизнен тонус, влечение към новото, неустойчивост на интересите, общителни, стремеж към лидерство	Лесна възбудимост, проблеми с дисциплината, безразборни запознанства, честа смяна на работа и/или местожителство
2. Циклоиден (Кречмер, 1921) (Типични циклоиди, лабилни циклоиди - Личко); (група на циклоидите конституционално-депресивен, конституционално възбудим, циклоиден,	Кратковременни прояви на хипертимност и субдепресия. В хипертимна фаза не се отличава от тип Хипертимен. Субдепресивни фази – вялост, избягват компаниите,пада работоспособността, нестабилна ситуативно обусловена самооценка.	Социална изолация, суицидно поведение, преморбидност за развитие на ендогенни психози.

емотивно-лабилен – Ганушкин)		
3. Лабилен (експлозивен тип) (Емоционално-лабилен - Шнайдер; Реактивно-лабилен, Емотивно-лабилен Ганушкин; Емотивен.свръх подвижен - Леонхард)	Инфантилизъм, честа и внезапна промяна в настроението при несъществени поводи, повърхностност на емоцията, чувствителни към отношението към себе си, стабилна самооценка, не се срещат ексцесивни прояви	Коморбидност с вегетативна лабилност и склонност към алергични реакции; преморбидност за афективни реакции, неврози, реактивна депресия.
4. Астено-невротичен	Повишена уморяемост, раздразнителност, склонност към хипохондричност, самооценката отразява хипохондричните нагласи. (хипохондрична мнителност)	неспокоен сън, лош апетит, капризност, страхливост, нощни страхове, нощна енуреза, заекване; пресечна точка на неврозите с психопатиите (Личко); преморбидност за невротично развитие.
5. Сензитивен сензитивна мания за лошо отношение – Кречмер)	Прекомерна впечатлителност и чувствителнот, изразено чувство за собствена непълноценност; силно развита интуиция по отношение на настроенията и нагласите спрямо тях; внимателни, страхливи, боязливи, подозрителни, затворени, високи морални изисквания, скрупольозност, , избягват големите компании. (релативна мнителност)	Реактивна психоза (сензитивна мания за лошо отношение – Кречмер); Страх от тъмнината, страх от животни; свръхкомпенсация;
6. Психастенен (обсесивно-фобни – Личко, Шевченко, 1979)	Нерешителност, плашливост, липса на ловкост, сконност към разсъждения, тревожна мнителност, опасения за бъдещето,ритуализация на поведението. (футуристчна мнителност)	близко до психопатиите и неврозите едновременно; педантизъм, прекомерно планиране, ритуали; преморбидност за: натраплива невроза; обсесивно-фобни състояния; натрапливости, обсесии; обсесивно-компулсивно разстройство,
7. Шизоиден (терминът е наложен от Кречмер; чудаци и странни – Крепелин, 1915; аутистични психопати – Аспергер, 1944)	Затвореност, недостатъчна интуиция в общуването, недостатъчност в съпреживяването, трудности в неформалните емоционални контакти – преживява се тежко; бърза изтощаемост в контактите, затвореност, нонконформизъм, външна асексуалност; Самооценката е непълна; (Експанзивен и сензитивен тип – Кречмер, 1921)	Не води до изразена социална дезадаптация или до тежки поведенчески прояви и невротични разстройства и лицата с тази акцентуация остават извън полезрението на специалистите. Съчетава се с абнормности от другите типове: сензитивен, психастенен, епилептоиден, хистрионен, неустойчив. Преморбидност за шизоидна психопатия
8. Епилептоиден (въведен от Ремер, 1910; (12;))	Лесна възбудимост, склонност към озлобление и меланхолия, подтиснатост на настроението, афективна взривяемост, афектите са силни и продължителни, ревност, стремеж за власт над околните; Инертност, трудноподвижност, вискозитет, скрупольозност, нерядко се наблюдават пренатални, натални и ранни	гневливост, озлобление, конфлриктност, ексцесии, склонност към запои и сексуална разпуснатост, абнормна ревност; тежки степепни на психопатия. Разгръща се между 12-19 години, дисфорията е най-силно изразена.

	постнатални нарушения, оставящи следи в неврологичното развитие	
9. Хистрионен (жадуващи висока оценка – Шнайдер, 1923)	Основна черта - ненаситна жажда за внимание към себе си; склонност към лъжа и фантазиране за украса на собствената личност; Отсъствие на дълбоки чувства, театралност, преиграване, позьорство, непостоянство, лесно влизат в роля, манипулативни; самооценката е завишена	Демонстративни суициди, бягство в болестта, бягства от дома – като реакция на опозиция; Реактивни хистрионни психози – хистрионно помрачаване на съзнанието или псевдодеменция. Хистрионната психопатия може да е конституционална, но може да се рагърне и на основата на други – лабилна, хипертимна, епилептоидна.
10. Неустойчив (неудържим, неустойчив – Крепелин, 1915; безволев – Шнайдер)	Много сходни черти с тип лабилен; тук неустойчивостта се отнася към поведението и постъпките – волятя; Липса на инициативност; повърхностни и неустойчиви контакти; Нежелание за полагане на усилия, силно влечение към удоволствия и безделие, живот за момента.	силно влечение към удоволствия и безделие – делинквентност и ранна алкохолизация. В детска възраст – заекване, нощна енуреза. Преморбид – алкохолизъм, наркомании
11. Конформен (само под формата на акцентуация, няма такъв тип психопатии – Личко; аморфен тип – Рибо, 1890)	Липсват специфични черти – подчиняват се на влиянието на средата; постоянна и изключително висока конформност към обкръжението и ситуацията, “разтварят” се в компанията; висока некритичност към информацията и ситуациите	в неблагоприятна среда много бързо усвояват характерните маниери на поведение консерватизъм, затруднения в адаптацията; благоприятна за развитие на черти от другите типове – особено неустойчив и епилептоиден.

СМЕСЕНИ ТИПОВЕ

Според изследванията на Личко смесените акцентуации са половината от случаите на явни акцентуации и повече от половината проявени психопатии, което се потвърждава от редица съвременни изследвания /Loranger A.W, 1992; Loranger A.W. at all, 1997/ [71, 72]. За диагностиката е важно не само да бъде констатирано, че се срещат черти от различни типове, а кои точно типове както и степента на изразеност на всеки от тях. Прецизната диагностика е важна за предвиждане на типа декомпенсация и е базисна по отношение на терапевтичната работа. Смесените акцентуирани характери се срещат

доста често, въпреки че не са възможни съчетания на всички описани по-горе, съчетанията на чертите не са случайни /Личко А. Е., 1983/ [12].

Практически **не се съчетават** следните типове характери:

- Хипертимен – с лабилен, астено-невротичен, сензитивен, психастенен, шизоиден и с епилептоиден;
- Циклоиден – със всички типове, освен с хипертимния и лабилния;
- Лабилен – с хипертимния, сензитивния, психастенния, шизоидния и с епилептоидния;
- Астено-невротичен – с хипертимен, циклоиден, шизоиден, епилептоиден;
- Сензитивен – с хипертимния, циклоидния, лабилния, епилептоидния, хистрионния и с неустойчивия;
- Психастенен – с хипертимния, циклоидния, лабилния, епилептоидния, хистрионния и с неустойчивия;
- Шизоиден – с хипертимния, циклоидния, лабилния, астено-невротичния;
- Епилептоиден – с хипертимния, циклоидния, лабилния, астено-невротичния, сензитивния и с психастенния;
- Хистрионен – с циклоидния, сензитивния и психастенния;
- Неустойчив – с циклоидния, сензитивния и психастенния.

Възможните съчетания на характерови черти от различни типове са представени нагледно в таблица № 7.

Таблица. 7: Смесени типове характерови акцентуации

	Хипертимен	Циклоиден	Лабилен	Астено-невротичен	Сензитивен	Психастенен	Шизоиден	Епилептоиден	Хистрионен	Неустойчив
Хипертимен	◯	◯							◯	◯
Циклоиден	◯	◯	◯							
Лабилен		◯	◯	◯					◯	◯
Астено-невротичен			◯	◯	◯	◯			◯	◯
Сензитивен			◯	◯	◯	◯	◯			
Психастенен				◯	◯	◯	◯			
Шизоиден					◯	◯	◯	◯	◯	◯
Епилептоиден							◯	◯	◯	◯
Хистрионен	◯		◯	◯			◯	◯	◯	◯
Неустойчив	◯		◯	◯			◯	◯	◯	◯

Мартинова Х.

От таблицата представена по-горе ясно се вижда, че «коморбидитета» между характерите не е случаен и е възможен само между определени типове. Въпросът е дали това се дължи на въздействието на социални фактори или е по-скоро доказателство за влиянието на дискриминативни темпераментови предиспозиции.

Най-разпространения постулат, е че смесените типове характери съчетават спецификите само на два основни вида. От своя страна те се делят на междинни и амалгамни.

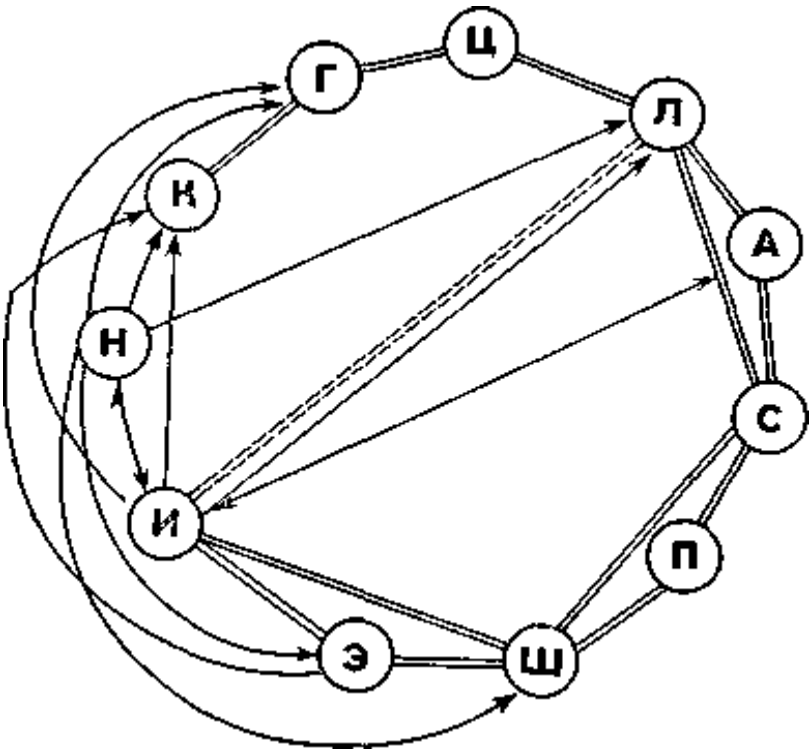
МЕЖДИННИ ТИПОВЕ

Тези съчетания са обусловени от ендогенни, преди всичко генетични фактори, а също и от особеностите на развитието в ранното детство. Към тях се отнасят лабилно-циклоидния тип и конформно-хипертимния тип, съчетанията на лабилния тип с астено-невротичния и сензитивния, както и съчетания между последните два помежду им и с психастеничния по отделно. Междинни могат да бъдат също и такива типове характери като шизоидно-сензитивния, шизоидно-психастенния, шизоидно-епилептоидния, шизоидно-хистрионния и епилептоидно-хистрионния. С възрастта е възможна трансформация на един тип характер в друг, при условие, че са се проявили смесено в детско-юношеска възраст /Личко А. Е., 1983/ [12].

АМАЛГАМНИ ТИПОВЕ

Тези смесени типове се формират в течение на жизнения път като следствие от напластяването на черти на един тип характер с ендогенно ядро и на друг, изграден в следствие на неправилно възпитание или под влияние на други, продължително действащи неблагоприятни фактори. Върху хипертимно ядро могат да се надградят черти на неустойчив и хистрионен, а към лабилността да се присъединят сензитивност или хистрионност. Неустойчивостта може също да се надгради и над шизоидно, епилептоидно, хистрионно или лабилно ядро. Под действието на асоциална среда от конформния тип може да се развие неустойчив характер. А в условията на сурови взаимоотношения в обкръжението епилептоидните черти лесно се напластяват върху конформно ядро.

На фигура № 6 са представени възможните комбинации амалгамни типове характерови акцентуации /Личко А. Е., 1983/ [12].



Фигура. 6: Амалгамни типове характерови акцентуации /Личко А. Е., 1983/ [12]

3. Личностови разстройства, концепции и типологии. Дефиниране на клиничната категория личностови разстройства.

3.1 Основни диагностични критерии на катергорията личностови разстройства.

Личностовите разстройства са категория, излизаща извън полезрението психиатричните медицински служби поради, на пръв поглед, нормалното и безпроблемно функциониране на индивидите с личностова дисхармония. В реалността, най-честия досег на професионалистите с лица с девиантни личностови черти се случва след прояви на разстроена адаптация, в ситуации на силна фрустрация и повишени изисквания към личността, най-често манифестирани, чрез суицидални опити, агресивни прояви или делинквентни прояви. Изключение са случаите на тежки личностови разстройства, при които не са редки случаите на коморбидитет с друга психиатрична патология, което ги превръща в “трудни пациенти” /Hahn SR., Kroenke K., Spitzer RL., 1996; Millon T., 1991; Reich JH., Green AI., 1991/ [57, 75, 77].

Международната класификация на болестите (МКБ) в своята X ревизия /WHO, 1992/ [92] дефинира личностовите разстройства като състояния, обхващащи дълбоко заложени и трайни модели на поведение, които се изразяват в ригиден начин на отреагиране спрямо широк диапазон от лични и социални ситуации. Те представляват екстремни или значителни отклонения от начина, по който хората от дадена култура възприемат, мислят, чувстват и най-вече се отнасят спрямо другите.

Тежки нарушения в структурата на характера и поведенческите тенденции на индивида, които обикновенно обхващат няколко сфери

на личността и почти винаги са свързани със значителен срив в личностовото и социално функциониране.

МКБ-10 въвежда три групи операционални включващи критерии (диагностични указания), чието покриване е необходимо за поставяне на диагнозата личностово разстройство.

Първата група от диагностични критерии визира **личностовите сфери на функциониране**: емоционална, контрол над възбудните процеси и влеченията, възприятно-представна и отношенията със средата.

Втората група критерии обхваща три критерия, засягащи **поведенческите модели** и връзката им с професионалната, социална и лична адаптация и произтичащия от процеса дистрес.

Третата група съдържа два **времеви критерия**: първият относно началото на девиантните прояви – в детството или юношеството и втория – за трайност на абномния стил на поведение (неограничен в рамките на болестен епизод).

По същество тези критерии не се различават от трите критерия на Личко /Ковалев А. Г., 1970; Личко А. Е., 1983/ [9, 12] – тоталност, относителна стабилност и социална дезадаптация. Съдържателния разбор на определението на Курт Шнайдер /Шнайдер К. (1959) Клиническая психопатология, 1999/ [18] за аномалните личности и съдържащите се в тях психопатни, извежда същите критерии, свързани с дезадаптация и дистрес като ги разделя на психологични – описващи аномалните типове личности и оценъчни (социологични), свързани с психопатиите.

Практически всички опити да бъде дефинирано понятието личностово разстройство съдържат в себе си задължителен компонент:

неспособност или затруднена социална адаптация, изязяващи се или възникващи като резултат от специфични личностни качества. Kraft-Ebing описава личности, отличаващи се със съвършена нравствена нечувствителност, недостатъчност на нравствените съждения и етични понятия, заместени от логичните мисловни конструкти за ползата и вредата. Някои от тях не преминават границата на аномалниия си характер и са бич за близките си и обществото, а други приключват в заведения за душевно болни.

Друг специфичен маркер на личностовите разстройства, включен в съвременните класификации и диагностични системи, е его-синтонността и алопластичността на личността с разстроено функциониране. Повечето лица с личностови разстройства са его-синнтонни по отношение на функционирането си, приемат симптоматичното си поведение за адекватно и извеждат проблеми извън себе си. Изключение по отношение на его-синтонността правят избягващата контакти и зависимата личност. При избягващата контакти и при зависимата личност, характеризиращи се с повишена тревожност, наличните симптоми внасят допълнително напрежение у лицата и страх от негативно оценяване, което предизвиква желание у индивидите да се променят и в този смисъл са по близки до неврозата, но основният маркер тук е ригидността в стила на реакция и поведението, което ги причислява към личностовите разстройства.

3.2 Концепции за характера и развитието на категорията личностови разстройства. Типологии.

Погледнато в исторически аспект, търсенията за обяснение на личностовата патология почти винаги гравитират около идентификация на типични характеристики на преморбидната личностова структура.

Сред теретичните постулати оставили отпечатък върху теориите за конституционалната преморбидност на личностовите патологии трябва да се спомене идеята разработена от Чезаре Ломброзо /Ломброзо С., 2000/ [13]. В разработките си той описва "...междинното звено, преходната степен между гениалните безумци, здравите и напълно лудите...", разделяйки групата на три областови категории: възприятия, афект и интелект.

Теоретичният концепт повлиял из основи съвременните класификации на личностовата патология, несъмнено е постулата на Курт Шнайдер. Schneider /Шнайдер К. (1959) Клиническая психопатология, 1999/ [18] разширява концепцията за психопатиите, като въвежда понятието "аномална личност" за отклоненията от "въображаемия среден спектър на личностите"; от тази група отделя психопатните - тези, които карат обществото да страда (описвани дотогава) и прибавя - според определението му – "...и тези, които сами страдат от своята абнормност..." - депресивните и неуверените личности. Концепцията на Schneider е клинично приложима, получава широка подкрепа и повлиява всички последващи категоризации на ЛР.

В теорията си за "строежа на тялото и характера" Ernst Kretschmer /Кречмер Е., 1996/ [10] въвежда терминът темперамент който има стимулиращ или задържащ ефект върху психичния апарат, работещ според неговите конституционални (наследствени) заложби. Той

приема съществуването на два типа “шизоиден” и “циклотимен” (подобно на Крепелиновата дихотомиа шизофрения – манийно-депресивна психоза), формиращи се под четири темпераментови влияния: психестезия, удоволствие, психичен темп и психомоторна сфера. Kretchmer развива концепцията, описвайки шизоидния, циклоиден и епилептоидния личностов тип като идентифицира и непринадлежащия към спектърните разстройства тип, наречен от него сензитивен. Днес той може да бъде отнесен към тревожната-избягваща контакти личност. Според Ернст Кречмер психичната дейност не е резултат от действието само на един орган-мозъка. Той свързва в единна система строежа на тялото, лицето и черепа, повърхността на тялото, ендокринните жлези и вътрешните органи с характеровите типове, поставяйки основите на интегративния подход към личността.

Възприемайки възгледите на Schneider, Jaspers /Ясперс К, . Общая психопатология, 1997/ [20] разделя структурата на характера по темп на емоционалната възбуда (взаимствано от Kretschmer), витално настроение и сила на волята на две групи “реални личности”: крайни варианти на нормата и с нарушена конституция, които от своя страна се разделят на:

- Вариации на характерови предразположения (темперамент, воля, влечения)
- Вариации на психичната енергия (неврастения, психастения)
- Рефлексивни характери (истерици, хипохондрици)

Ясперс обединява понятията “личност” и “характер” под общ признак и намира в тях незавършеност и невъзможност да бъдат разбрани и използвани за научни изследвания /Ясперс К,. Общая психопатология, 1997/ [20].

Както бе споменато по-горе в изложението понятието личностово разстройство съдържат в себе си задължителен компонент: неспособност или затруднена социална адаптация, изязяващи се или възникващи като резултат от специфични личностни качества. Kraft-Ebing описава личности, отличаващи се със съвършена нравствена нечувствителност, недостатъчност на нравствените съждения и етични понятия, заместени от логичните мисловни конструкти за ползата и вредата. Някои от тях не преминават границата на аномалниия си характер и са бич за близките си и обществото, а други приключват в заведения за душевно болни.

Его-синтонността и алопластичността на личността с разстроено функциониране е друг специфичен маркер на личностовите разстройства. Повечето лица с личностови разстройства приемат симптоматичното си поведение за адекватно и извеждат проблеми извън себе си. Изключение по отношение на его-синтонността правят избягващата контакти и зависимата личност. При избягващата контакти и при зависимата личност, характеризиращи се с повишена тревожност, наличните симптоми внасят допълнително напрежение у лицата и страх от негативно оценяване, което предизвиква желание у индивидите да се променят.

По отношение на взаимовръзките между психозите и психопатните личности Schneider /Шнайдер К. (1959) Клиническая психопатология, 1999/ [18] постулира наличието на афективна предразположеност, свързана с шизофренията и циклотимията. За по коннкретно и точно отдиференциране от психозите, той въвежда времевия критерии и изрично подчертава, че типовете, които описва не

могат да бъдат приети като патология. Изводима от клиниката, класификацията на Шнайдер повлиява практически всички последващи, включително и съвременните международно приети класификации – тази на СЗО (МКБ-9 и 10) и DSM – IV.

Развитието на класификационните системи на личностовите разстройства е представено по-долу в таблица 8.

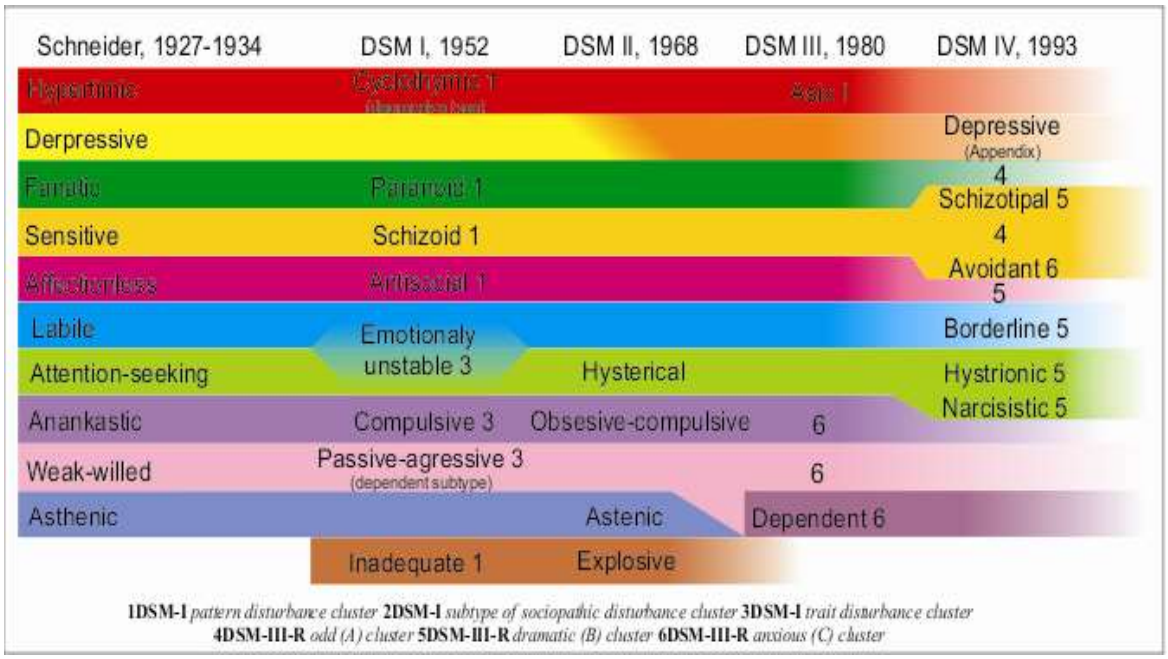
Таблица. 8: Сравнително разглеждане на развитието на класификационните системи на личностовите разстройства.

Shneider (1927)	ICD – 9 (1997)	ICD – 10 (1993)	DSM-IV (1994)
Хипертимни	Афективно личностово разстройство	Афективни разстройства	Афективни разстройства
Депресивни	Афективно личностово разстройство	Афективни разстройства	Депресивна личност
Фанатици	Параноидно личностово разстройство	Параноидно личностово разстройство	Параноидно личностово разстройство
Чувствителни	Шизоидно личностово разстройство -	Шизоидно личностово разстройство -	Шизоидно личностово разстройство Шизотипно личностово разстройство
Афектируеми	Личностово разстройство с предимно социопатни или асоциални прояви	Асоциално личностово разстройство	Антисоциално личностово разстройство
Лабилни	- Експлозивно личностово разстройство -	Емоционално нестабилна личност - импулсивен тип - граничен тип	Гранично личностово разстройство
Търсещи внимание	Хистрионно личностово разстройство -	Хистрионно личностово разстройство	Хистрионно личностово разстройство Нарцистично личностово разстройство
Ананкастни	Ананкастно личностово разстройство	Ананкастно личностово разстройство	Обсесивно-компулсивно личностово разстройство
Слабоволеви	-	Зависима личност	Зависима личност
Астенни	-	- Тревожна-избягваща контакти личност	- Избягваща контакти личност
-	-	Други специфични личностови разстройства	Некласифицирано по друг начин личностово разстройство

/Kaplan HI, Sadock BJ., 1995/ [63]

Фактът, че има типове патологични прояви на личността с висока степен на времева стабилност по отношение на диагностичните си критерии, които са и културално неповлияни, доказва наличието на базисни предиспозиции извън влиянието на социо-културната среда и индивидуалният житейски опит на индивида. Естествено остава въпросът, кои са и какво ги прави по-значими за развитие на личностова патология.

В своето развитие психиатричните таксономии ясно очертават групата на личностовите разстройства като в множеството класификации прави впечатление добрата обособеност на подгрупите в тях /Gunderson J. G, 1998; Gunderson J. G., Philips K. A., 1995; Kaplan HI, Sadock BJ, 2000; Millon T., 1991; Philips K. A. at all, 1993/ [55, 56, 64, 75, 76].



Фигура 7: Историческо развитие на класификациите за личностови разстройства /Kaplan HI, Sadock BJ., 1995/ [63]

4. Темперамента като основен фактор определящ афекта, поведението и личността и абнормните прояви.

От съвременните научни концепти, обясняващи характера на личностовата и темпераментова структура, особено влияние има теоретичният постулат разработен от Диого Лара и екип в сътрудничество с Агоп Акискал.

Категориалните модели на нозологиччна класификация предполагат, възможността да се посочи диагноза въз основа само на присъствие/отсъствие на симптоми, в контраст, много често симптоматиката от субклиничен порядък добива особено голямо знчение не само в диагностичен но и в прогностичен план. От друга страна както посочва Кеслър коморбидността е една от "слабите точки" на настоящата дагностична система /Lara D. R. at all 2006/ [67]. Макар и дескриптивната феноменология да играе важна роля в диагностичния процес, голямият напредък на невронауките, психогенетиката, психофармакологията и психологията не са адекватно интегрирани в нозологията.

Различните модели за описване на личността през последните години предлагат хипотези за разбиране на възникването на патологични прояви, основани на общия принцип на градация в спектри на определени фактори. Такива са моделите на Акискал /Akiskal,H.S., 1983; Akiskal, H.S., 1984; Akiskal, H.S., 1995; Akiskal, H.S. 2005a/ [21, 22, 24, 28] (разстройства от биполярния спектър) и Холандер /Lara D. R. at all 2006/ [67] (обсесивно-компулсивни / импулсивно-компулсивни разстройства). Важен момент свързан с

валидността на модела на Акискал е, големият набор от налични изследвания върху неговата консистентност. Все пак, поради унидименсионалният си характер, тези концептуални модели не успяват да обяснят как теоретично противолоположни полюси (на пр. депресия - мания) могат да бъдат изявени без да се изключват взаимно /Lara D. R. at all 2006/ [67]. Особен интерес представлява моделът на Клонингер като концепция предшестваща и основополагаща за гореспоменатите теории /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Cloninger, C.R. at all, 1994/ [45, 46]. Дименсиите включени в постулата са конструкти извлечени от класичеката Хипократова представа за основни личностови типове и в основата си подсказва необходимостта от свеждане на хакатеристиките до по-първични (биологично, генетично, неврофизиологично обособени) фактори които биха могле да опишат широкия спектър от нормалпсихични и патологични личностови изяви. От дурга страна моделът на Клонингер не е предназначен за практическо приложение въпреки проверената му висока концептуална валидност, също така намира трудности при "пост-диагностичния" стадии т.е. предиктивната му способност по отношение на рискове за развитие на психопатологчни прояви, или прогнозиране на еволюцията на налични такива и отговора им към различни терапевтични интервенции. Въз основа на това Диого Лара предлага един бидименсионален подход основан на факторите "страх" и "гняв" възприемащи се като дълбоко вкоренени ендофенотипи, определящи широк набор от характеристи на невропсихично функциониране /Lara D. R. at all 2006a; Lara D. R. at all 2006b / [67, 68]. По този начин чрез експлорация на различните пермутации на степени на градация в двата фактора е възможно да бъдат описани класическите симптоматични констелации на псичхини разстройства. Двата фактора са разгледани като базови елементи, с висока степен на съгласуваност

със съотвтните димeнсии на го-споменатите модели, но с много по-голяма възможност да бъдат отнесени към аспекти на невробиологичното функциониране, т.е. различните градации на "страх" и "гняв" могат да бъдат възприети на първично ниво като различни степени на невромедиаторна изява (респ. серотонин, допамин) а съчетанието на градациите на двата фактора да резултира в различни симптомологични констелации.

Предполагаеми комбинации между страх и гняв, определящи основните афективни типове и състояния са представени в таблица 9.

Таблица. 9: Предполагаеми комбинации между страх и гняв, определящи основните афективни типове и състояния

Изразеност	Силно	Слабо	Мания	Депресия	Смесени състояния	ADHD	Еутимия
Страх	Песимистичен Страхлив Срамежлив Изморяем Внимателен Стеснителен Зависим Погълнат от мисли Покорен Със затруднена експлорация Вледенен Предпазлив	Оптимистичен Безстрашен Отворен Енергичен Невнимателен Спонтанен Независим Небрежен Непокорен Улеснена експлорация Бий се или избягай Дързък	Слабо	Силно	Силно	Слабо	Средно
Гняв	Раздразнителен Агресивен Злопаметен Импулсивен Доминиращ Избухлив Разточителен Рязък Цел-ориентиран Вежлив Фокусиран	Спокоен Пасивен Прощаващ Неангажиран Не-доминиращ Апатичен Пестелив Отекчителен Слабо цел-ориентиран Невежлив Неопределен	Силно	Слабо	Силно	Слабо	Средно

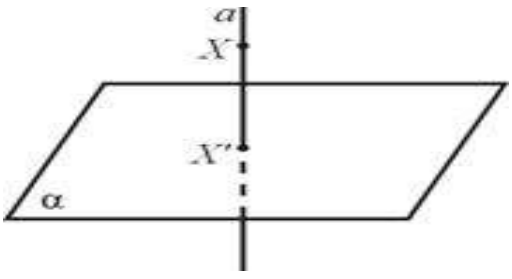
*Градиент от „по-негативните“ към „по-позитивните“ страх-гняв свързани тенденции.
** ADHD – хиперактивно разстройство с дефицит на вниманието (attention deficit hyperactivity disorder).
Lara at all, 2006 [67]

Бидименсионалния модел „Страх-Гняв“ на афективните темпераменти, разработен от Диого Лара /Lara at all, 2006/ [67] е унагледен графично във фигура 8 по-долу.



Фигура 8: Бидименсионален „Страх-Гняв“ модел и афективните темперементи. Lara at all, 2006 [67]

Моделът има ортогонална структура,



която се описва в „диагоналите“ на страха (отгоре – надолу от бяло до тъмно сиво) и гнева (отдолу-нагоре от синьо към жълто до червено).

Афективните темпераменти са представени в съответствие с теорията на Акискал (хипертимен, циклотимен, раздразнителен, тревожен и депресивен), като тук ги допълват лабилния, апатичния и депресивния тип темпераменти, както и еутимната предиспозиция.

Моделът може да опише също така и основните темпераментови структури според Клонингер: NS (Novelty Seeking) – търсене на непознатото, HA (Harm Avoidance) – избягване на увреда; Хипократовите S – сангвиник, C – холерик, M – меланхолик, PH – флегматик; както и дименсиите по Айзенк E – екстраверзия, N – невротизъм и PS – психотизъм.

В еволюционен план "страх" и "гняв" представляват древни примитивни механизми устойчиви във времето поради тяхната полза за оцеляването на индивида. Техният общ невроанатомичен субстрат е лимбичната система докато по-нови зони като префронталната кора действат като техен регулатор. Важен център по отношение на страха е и амигдалата, стояща в основата на редица процеси свързани с емоционалното функциониране /Lara D. R. at all 2006a; Lara D. R. at all 2006b/ [67, 68].

Изследователите Svrakic и Cloninger /Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR., 1996; Svrakic D.M. at all 2002; Svrakic, D.M., Cloninger, C.R., 2005/ [84, 85, 86] предполагат, че базисна роля в основата на гнева играе допаминът, докато основни модулатори на страха се явяват серотонин, GABA и норадреналин. Тези взаимовръзки, потвърдени от голям набор от изследвания както в клинични условия така и върху анимални модели на поведение се припокриват с теорията стояща в основата на разбирането за патогенетичните механизми на психичните

разтройства както и основния модел за психофармакологична интервенция /Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993; Cloninger, C.R. at all, 1994; Cloninger, C.R., 2005/ [45, 46, 86]. По-задълбоченото изследване на тези механизми в рамката на предложения от Д. Лара бидименсионален модел може да допринесе в голяма степен за разясняването на други психични заболявания по отношение на патогенетични механизми /Lara D. R. at all 2006a; Lara D. R. at all 2006b/ [67, 68].

Нужно е да се уточни, че към момента този модел не обхваща шизофренията, шизоафективното разстройство както и шизоидното личностово разстройство характеризирани от Свракич като по-скоро разстройства на когнитивното и екзекутивното функциониране Cloninger, C.R., 2005/ [86]. Наблюдавайки тенденцията в обединяване на нозологичните групи в спектрални градации може да се спекулира че тези заболявания представляват отделен "шизофренен спектър" с шизоафектиното разстроство служещо като преходна граница между с афективните разстройства /Lara D. R. at all 2006a; Lara D. R. at all 2006b/ [67, 68].

Както се вижда в изложението до тук съществуват множество изследвания в областта, както и научно обосновани теории изведени директно от клиничната практика, които търсят обяснение и доказателство за съществуващи общовалидни предиспозиции, определящи една или друга личностова абнормност. Настоящата разработка е мотивирана от представените по-горе теоретични постулати и клинични изследвания, които дават база за допълнителни научни разработки и оставят пространство за опити да бъде осмислена

организацията и съдържанието на човешката личност и поведение, както и абнормните им манифестации.

III. ЦЕЛ, ХИПОТЕЗИ И ЗАДАЧИ. ДИЗАЙН НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Цели, задачи и хипотези на изследването

Основни цели на настоящото изследване са:

- Да идентифицира специфични биологично зададени предиспозиции, като предиктори за поведенчески и личностови девиации.
- Да сравни методи за оценка и диагностика на личностови абнормности, поведенчески отклонения и темпераментови черти.

Като **подцели** и конкретни **задачи** са набелязани следните моменти:

- Да апробира българска версия на TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire). За да се апробира въпросника в български условия имаме личното съгласие, подкрепа и супервизия на автора - проф. Акискал.
- Да стандартизира самооценъчния въпросник TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire) за България и да докаже необходимостта от включването на този въпросник в инструментариума за изследване и диагностика на

личността, което би спомогнало за осъвременяването на използваните в момента набори от методики.

- Да подпомогне събирането на база данни, която да позволи да се анализират структурата и сърцевината на темперамента.
- Да се направи клинико-психологично описание на темпераментовите типове за популацията от 18 до 55 г.

Хипотеза:

Основната хипотеза на настоящото изследване е, че съществуват биологично зададени предиспозиции, като предиктори за поведенчески и личностови абнормности.

2. Обект и методи на изследване

Обект на проучването са:

- Психиатрични пациенти, постъпили в психиатрична клиника или посетили амбулаторно-консултативни кабинети по повод разстройство в адаптацията, и/или суицидни опити, и/или поведенчески прояви (отклонения);
- Лица злоупотребяващи с психоактивни вещества включени в програми за лечение и рехабилитация (метадонова програма);
- Лица настанени в пенетенциарни заведения;

- Контролната група е случайна извадка от клинично здрави индивиди.

За целите на първи етап от стандартизацията подборът на извадката е осъществен в:

- Психиатрични клиники и амбулаторно-консултативни кабинети от София и страната.
- Центрове за лечение, ресоциализация и рехабилитация на лица зависими и злоупотребяващи с психоактивни вещества, на територията на София;
- Пенетенциарни заведения на територията на страната;
- Средни общообразователни училища със стандартизиран прием на ученици, на територията на гр. София и страната (ученици в последните класове навършили 18 г).
- Висши учебни заведения на територията на гр. София и страната.

“Включващи” критерии:

- възраст 18-55 г – по критерии от МКБ 10 диагноза личностово разстройство се поставя след 18 годишна възраст.
- наличие на разстройство в адаптацията, наложило консултация с психиатър и/или хоспитализация (за прицелната група).;

- лицата злоупотребяващи с психоактивни вещества не се изключват, но се разглеждат като част от прицелната популация, като лица с изявени поведенчески дезадаптивни прояви;
- лицата настанени в пенетенциарни заведения не се изключват, но се разглеждат като част от прицелната популация, като лица с изявени поведенчески дезадаптивни прояви;
- лицата с психотични разстройства, който са в ремисия с овладяна симптоматика, на стабилна терапия - не се изключват, но се разглеждат като отделна група.

“Изключващи” критерии за участие в изследването:

- Токсична или органична мозъчна увреда.
- Умерена до тежка умствена изостаналост.
- Езикови или други комуникативни затруднения, възпрепятстващи адекватната клинична оценка.
- Налудни разстройства, остри краткотрайни или други психотични състояния, остър епизод.
- Значително променено личностово функциониране, в следствие от психиатрично заболяване, напр. психоза.

Методи на изследване

<u>Инструментариум на изследването:</u>

1. **TEMPS-A** – Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire /Akiskal, H.S., at all 2005; Akiskal,

H.S., Akiskal, K., 2005/ [30, 31]. Самооценъчен въпросник за оценка и диагностика на темперамента.

2. **EPQ** – Eysenck Personality Questionnaire /Паспаланов И., Щетински Д., 1984; Eysenck HJ., 1991/ [15, 52]. Самооценъчен въпросник за оценка и диагностика на относително постоянни личностови характеристики.
3. **Screening IPDE (IPDE-s)** – International Personality Disorder Examination – screening Autoquestionnaire /Loranger A.W. at all, 1997; WHO, 1992/ [72, 92]. Скринингов самооценъчен въпросник за оценка и диагностика на личностови разстройства.
4. **STAI-Y** – State-Trait Anxiety Inventory - Personality Autoquestionnaire /Щетински Д., Паспаланов И., 1989/ [19]. Въпросник за оценка и диагностика на личностова и ситуативна тревожност – при част от изследваните лица този въпросник не е попълнен, поради тази причина резултатите от него няма да бъдат подложени на анализ в настоящата разработка.

Методи за статистическа обработка на получените данни

За целите на изследването анализът на получените данни бе обособен в два основни етапа, апробация и стандартизация на българската версия на въпросника за оценка на темперамента TEMPS-A, и идентификация и оценка на взаимовръзките между темпераментовите димeнсии и личностовите разстройства.

Следните статистически методи бяха изпозвани за анализ на надеждността и валидността на българската версия на въпросника за оценка на темперамента TEMPS-A:

- За оценка темпоралната стабилност на скалите от TEMPS-A са приложени статистически анализи на резултатите от тест-ретеста, на данните за контролната група. Оценката е направена с помощта на T-test за оценка на разликите между средните величини по скалите при първоначалното тестване и при повторното. Приложен е и корелационен коефициент на Спирман за оценка степента на взаимовръзките между средните стойности по скалите от TEMPS-A;
- Приложени са цифрови (Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк тест) и графични (Q-Q plots) статистически методи за оценка нормалността на разпределението в изследваната контролна група по отношение на скалите по TEMPS-A;
- Приложен е айтем анализ на резултатите от TEMPS-A за контролната група (540 лица), за оценка надеждността на скалите на българската версия на въпросника. Използван е коефициент за за оценка на вътрешната консистентност на скалите алфа на Кронбах;
- Приложен е факторен анализ за верификация броя на скалите (компонентите) в българската версия на TEMPS-A;
- Приложен е корелационен коефициент на Спирман за идентификация и оценка степента на взаимовръзка между скалите от българската версия на TEMPS-A и скалите от EPQ, клничен въпросник за оценка на относително постоянни личностови характеристики (темперамент) стандартизиран за български условия и прилаган в клиничната практика /Паспаланов И., Щетински Д., 1984/ [15];

За идентификация и оценка на степените на взимовръзка между темпераментовите дименсии по TEMPS-A и личностовите

разстройства, за целите на дефинираните по-горе задачи на изследването, бяха използвани следните статистически методи:

- Приложен е дескриптивен статистически анализ за оценка на средните стойности за всяка една от изследваните групи по отделно по скалите от TEMPS-A, за идентифициране профила на темпераментовите черти за изследваната популация;
- Приложен е дескриптивен статистически анализ за оценка на средните стойности за всяка една от изследваните групи по отделно по скалите от скрининг IPDE;
- Приложен е кростабулационен дескриптивен статистически анализ за идентификация на проявените личностови разстройства за всяка една от изследваните групи по отделно по скалите от скрининг IPDE;
- Обособени са 3 статус групи: нормативна контролна група (статус 1); дискриминативна контролна група (статус 2); прицелна група (статус 3). Процедурата по обособяване на подгрупите е представена детайлно по-долу в изложението.Въз основа на резултатите от анализите представени по-горе са идентифицирани лицата, покриващи критериите за поне едно вероятно личностово разстройство по IPDE скрининг, от обследваната здрава популация – 540 души. Тези лица покрили критериите по скринингa за наличие на вероятно личностово разстройство са обособени в отделна група – междинна дискриминативна контролна група от лица с повишени стойности по IPDE, след промяна в броя на диагностичните критерии. Разделянето на клинично здравата популация на две подгрупи се прави с цел повишаване дискриминативната стойност на резултатите по IPDE за наличие на личностова патология и

изравняване броя на изследваните лица в анализираните подгрупи.

Статистическата обработка на резултатите от изследването бе извършена с компютърна програма „Статистически пакет за социални науки – SPSS“ версия 13.0.

3. Дизайн на изследването

<u>За прицелната група:</u>

- Оценка на включващите и изключващи критерии.
- Провеждане на изследване със самооценъчна психологична батерия - EPQ, IPDE-s,.
- Провеждане на изследване със самооценъчния въпросник TEMPS-A.
- Провеждане на изследване със самооценъчния въпросник STAI-Y.
- Обработка на резултатите и обратна връзка с изследваните лица – при заявка.

<u>За контролната група:</u>

- Получаване на информирано съгласие.
- Оценка на включващите и изключващи критерии.
- Провеждане на изследване със самооценъчни психологични батерия EPQ, IPDE-s.

- Провеждане на изследване със самооценъчния въпросник TEMPS-A.
- Провеждане на изследване със самооценъчния въпросник STAI-Y.
- Обработка на резултатите и обратна връзка с изследваните лица – при заявка.

Дизайн на изследването:

		Прицелна група (над 18 г.)	Студенти (над 18 г.)	Ученици (18 г.)
	Информирано съгласие за участие	✓	✓	✓
	TEMPS-A	✓	✓	✓
	EPQ	✓	✓	✓
	IPDE-s	✓	✓	✓
	STAI-Y	✓	✓	✓

За целите на изследването и стандартизацията на TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, and San Diego Autoquestionnaire) за България, провеждане на повторни изследвания със самооценъчния въпросник TEMPS-A с пилотна група от 118 души, един месец след първоначалното изследване, за оценка темпоралната стабилност на инструмента

4. Инструментариум на изследването.

1. **TEMPS-A** – Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire е самооценъчен въпросник за оценка и диагностика на темперамента, разработен от Агоп Акискал и сътрудници. Съдържа 110 дихотомни айтема (вярно/невярно) разпределени в 5 скали, описващи основните типове темперамент според Акискал: скала Депресивен; скала Циклотимен; скала Хипертимен; скала Раздразнителен; скала Тревожен.

   Въпросникът е в процес на стандартизация в редица страни. В международен мащаб разработките върху темпераментовия конструкт са в много интензивен етап.

2. **EPQ** – Eysenck Personality Questionnaire. Самооценъчен въпросник за оценка и диагностика на относително постоянни личностови характеристики /Айзенк Х., 1987; Паспаланов И., Щетински Д., 1984; Eysenck HJ., 1991/ [1, 15, 52]. Въпросникът съдържа 86 дихотомни айтема (вярно/невярно), като 24 съставляват скала невротичност (Н-скала), 24-скала екстравертзия-интроверзия (Е-скала), 29 – скала психотизъм и 9 – скала лъжа или скала за социална желателност (Л-скала). Апробиран за България от Паспаланов и Щетинтски /Паспаланов И., Щетински Д., 1984/ [15].

3. **Screening IPDE (IPDE-s)** – International Personality Disorder Examination – screening Autoquestionnaire. Скринингов самооценъчен въпросник за оценка и диагностика на личностови разстройства. Скрининговият инструмент IPDE е част от клиничен

инструмент за оценка на личностови разстройства. IPDE (International Personality Disorders Examination) е диагностичен инструмент (полуструктурирано клинично интервю) **съвместимо с МКБ - 10 и DSM IV** /Loranger A.W. at all, 1997/ [72]. Разработен за СЗО от Armand W. Loranger в сътрудничество с международен екип учени специалисти в областта на личностовата патология в рамките на Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol- and Drug- related Problems изпълняван от СЗО и Националния здравен институт на САЩ. Интрументът е изграден от два самостоятелни модула: 1. полуструктурирано интервю, съдържащо 157 айтема с рангови оценки 0 (отсъстват или да са нормални), 1 (изразени или подчертани), и 2 (патологични), обединени са в 6 радела: *работа, личност, интерперсонални отношения, афекти, тестване на реалността, контрол над импулсите*; 2. скринингов самооценъчен въпросник, съдържащ 59 въпроса с дихотомни възможни отговори (Вярно/Грешно), който има за задача да "отсее" категорично негативните случаи, като според авторите /Loranger A.W. at all, 1997/ [72] е конструиран така, че при всички "съмнителни" случаи да дава позитивни резултати[1].

Модулите могат да се прилагат и самостоятелно, но за целите на клиничната практика за поставяне на окончателна и пълна диагноза лицето трябва да бъде обследвано и с двата инструмента последователно: първо скрининга след което се прилага и полуструктурираното интервю, самото интервю е с продължителност

[1] Инструментът е разработен от международен екип от учени, специалисти в областта на личностовата патология, включващ: Drs. Antonio Andreoli (Geneva), Peter Berger (Vienna), Peter Buchheim (Munich), Bina Coid (London), Alv A. Dahl (Oslo), Rene F. W. Diekstra (Leiden), Brian Ferguson (Nottingham), Lawrence B. Jacobsberg (New York), Aleksandar Janca (WHO), в рамките на Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol- and Drug- related Problems изпълняван от СЗО и Националния здравен институт на САЩ.

1.5 до 2 часа. Клинична диагноза за Личностово разстройство не може да бъде поставена само въз основа на резултатите от скрининговият въпросник, независимо от броя на покритите критерии. Инструментът е апробиран и стандартизиран за България от Д-р Тони Дончев м.д. и екип /Дончев Т., Попова М., Мартинова Хр., 2006; Дончев Т., Мартинова Хр., 2006/ [5, 6] IPDE скриниг е инструмент с изключително висока сензитивност по отношение на тенденции към личностова патология. Конкордантността между IPDE скрининг и полуструктурираното интевю IPDE е 61%, т.е. идентифицираните от самооценъчният въпросник тенденции към прояви на личностови разстройства се потвърждават в 61% от случаите от приложеното след това оценъчното интервю /Álvaro-Brun E., Vegue-González M., 2008; Lenzenweger M. F. at all, 1997; Loranger A.W. at all, 1997/ [39, 69, 72]. За целите на научните изследвания може да се използва само скрининговият самооценъчен въпросник, даващ възможност за бързо обследване на голям брой лица /Álvaro-Brun E., Vegue-González M., 2008; Fernandez del Rio E. at all 2011; Lenzenweger MF at all, 2007; Verardi S. at all, 2008/ [39, 53, 70, 91]. Инструментът се прилага с изричното уточнение, че не поставя диагноза и покриването на определения брой критерии по дадена скала е само идентифициране на поведенчески тенденции. За целите на настоящото научно изследване е приложен само скрининговия самооценъчен въпросник с оглед възможността за едновременното обследване на голям брой лица /Lenzenweger M. F. at all, 1997; Loranger A.W. at all, 1997/ [69, 72]. Поради спецификата на IPDE скриниг да дава фалшиво позитивни резултати, т.е. идентифицира дори и само съмнителни случаи при обследването на големи извадки с научна цел предиктивният брой критерии се завишава за всяка скала, като се прави изрично уточнение за това /Fernandez del Rio E. at all 2011; Loranger A.W. at all, 1997;

Verardi S. at all, 2008/ [53, 72, 91]. Сензитивността на инструмента намалава (от 100% на 96%), но се повишава специфичността (от 2,5% на 32,5%), както и конкордантността между вероятните диагнози идентифицрани от скрининг въпросника и диагнозите поставени след обследване с полуструктурираното интервю IPDE /Fernandez del Rio E. at all 2011; Lenzenweger M. F. at all, 1997; Loranger A.W. at all, 1997; Verardi S. at all, 2008/ [53, 69, 72, 91]. За българска популация диагностичните критерии по IPDE скрининг, над които проявите се регистрират като патологични и са предиктивни по отношение наличие на личностово разстройство, са следните: параноид – 3; шизоид – 4; дисоциален – 3; импулсивен – 3; граничен – 3; хистрионен – 3; ананкастен – 4; тревожен – 3; зависима личност – 3. /Дончев Т., 2005; Дончев Т., Попова М., Мартинова Хр., 2006; Дончев Т., Мартинова Хр., 2006/ [4, 5, 6] По всички скали критериите са повишени с 1.

4. **STAI-Y** – State-Trait Anxiety Inventory - Personality Autoquestionnaire. Въпросник за оценка и диагностика на личностова и ситуативна тревожност – при част от изследваните лица този въпросник не е попълнен. Поради тази причина резултатите от него няма да бъдат подложени на анализ в настоящата разработка.

Самооценъчният въпросник за оценка на тревожността State-Trait-Anxiety Inventory form Y (STAI-Y) е разработен от Чарлз Спилбъргър и екип /Spilberger C.D. at all, 1983; Spilberger C.D. at all, 1985/ [79, 80], за български условия е адаптиран от Димитър Щетински и Иван Паспаланов /Паспаланов И., Щетински Д., 1989/ [19].

Въпросникът е съставен от две части STAI-Y-State anxiety (STAI-Y-State), предназначена за оценка степента на ситуативната тревожност

и STAI-Y-Trait Anxiety (STAI-Y-Trait) за измерване на личностовата тревожност.

Частта измерваща ситуативната тревожност съдържа 20 описателни айтема, изследваното лице определя дали се отнасят за него в настоящия момент посредством степени за оценяване „съвсем не", „в известна степен", „в значителна степен", „напълно". Всеки въпрос носи 1,2,3 или 4 точки. Въпросникът съдържа прави и реверсивни твърдения /Паспаланов И., Щетински Д., 1989; Spilberger C.D. at all, 1985; Spielberger C. D., Reheiser E. C., 1993/ [19, 81, 82].

Модулът оценяващ личностовата тревожност, т.е. тревожността като личностова черта, също съдържа 20 айтема. Оценките на трвърденията са ранжирани в 4 степени: „почти никога", „понякога", „често" и „почти винаги", които носят съответно по 1, 2, 3 или 4 точки. Въпросникът съдържа прави и реверсивни твърдения. Оценките и по двата модула могат да варират от 20 до 80 точки за всеки от модулите /Spilberger C.D. at all, 1985/ [81].

IV. РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО

Първата част на представеното тук изследване по същество е стандартизация и апробация на клиничен инструмент за оценка на темперамента TEMPS-A за България. В световен мащаб изследванията свързани с оценка на темпераментовите черти и предиктивната валидност на темперамента по отношение на личностовата патология продължават и в момента.

Фокусът във втората част на изследването е върху идентификацията на степените на взимовръзка между темпераментовите димeнсии по TEMPS-A и личностовите разстройства, оценени с IPDE.

В настоящата научна разработка, до момента са изследвани общо 901 души, мъже и жени на възраст между 18 и 55 години. От изследваната популация 540 лица са здрави доброволци. Подборът на извадката е случаен и включва студенти, ученици и възрастни лица работещи в различни сфери. Върху 118 души от обследваната контролна група е приложено повторно тестване с набора от клинични инструменти един месец след първоначалното, с оглед проверка на надеждността на инструмента (темпорална стабилност).

Съгласно методологията на WHO за апробация на клинични инструменти, след направеният превод на въпросника, бе осъществено обсъждане на преведените айтеми във фокус група сформирана от специалисти в областта на психопатологията, психиатри и клинични психолози. Направеният обратен превод е обсъден и одобрен от автора на TEMPS-A.

1. Статистическа обработка на резултатите.

❖ В първата част от изложението в тази глава са представени резултатите от изследването относно надеждността и валидността на българската версия на въпросника за оценка на темперамента TEMPS-A:

- За оценка темпоралната стабилност на скалите от TEMPS-A са приложени статистически анализи на резултатите от тест-ретеста, на данните за контролната група. Оценката е направена с помощта на T-test за оценка на разликите между средните величини по скалите при първоначалното тестване и при повторното. Приложен е и корелационен коефициент на Спирман за оценка степента на взаимовръзките между средните стойности по скалите от TEMPS-A;
- Приложени са цифрови (Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк тест) и графични (Q-Q plots) статистически методи за оценка нормалността на разпределението в изследваната контролна група по отношение на скалите по TEMPS-A;
- Приложен е айтем анализ на резултатите от TEMPS-A за контролната група (540 лица), за оценка надеждността на скалите на българската версия на въпросника. Използван е коефициент за за оценка на вътрешната консистентност на скалите алфа на Кронбах;
- Приложен е факторен анализ за верификация броя на скалите (компонентите) в българската версия на TEMPS-A;
- Приложен е корелационен коефициент на Спирман за идентификация и оценка степента на взаимовръзка между скалите от българската версия на TEMPS-A и скалите от EPQ,

клничен въпросник за оценка на относително постоянни личностови характеристики (темперамент) стандартизиран за български условия и прилаган в клиничната практика /Паспаланов И., Щетински Д., 1984/ [15];

- ❖ Във втората част от изложението в тази глава са представени резултатите от анализите приложени за идентификация и оценка на степените на взимовръзка между темпераментовите дименсии по TEMPS-A и личностовите разстройства, за целите на дефинираните по-горе задачи на изследването;
  - Приложен е дескриптивен статистически анализ за оценка на средните стойности за всяка една от изследваните групи по отделно по скалите от TEMPS-A, за идентифициране профила на темпераментовите черти за изследваната популация;
  - Приложен е дескриптивен статистически анализ за оценка на средните стойности за всяка една от изследваните групи по отделно по скалите от скрининг IPDE;
  - Приложен е кростабулационен дескриптивен статистически анализ за идентификация на проявените личностови разстройства за всяка една от изследваните групи по отделно по скалите от скрининг IPDE;

Въз основа на резултатите от анализите представени по-горе са идентифицирани лицата, покриващи критериите за поне едно вероятно личностово разстройство по IPDE скрининг, от обследваната здрава популация – 540 души. Тези лица покрили критериите по скрининга за наличие на вероятно личностово разстройство са обособени в отделна група – междинна дискриминативна контролна група от лица с повишени стойности по IPDE, след промяна в броя на диагностичните

критерии. Разделянето на клинично здравата популация на две подгрупи се прави с цел повишаване дискриминативната стойност на резултатите по IPDE за наличие на личностова патология и изравняване броя на изследваните лица в анализираните подгрупи. Обособени са 3 статус групи: нормативна контролна група (статус 1); дискриминативна контролна група (статус 2); прицелна група (статус 3). Процедурата по обособяване на подгрупите е представена детайлно по-долу в изложението.

Както бе споменато по-рано в настоящото изложение, поради спецификата на IPDE скриниг да дава фалшиво позитивни резултати, т.е. идентифицира дори и само съмнителни случаи, при обследването на големи извадки с научна цел предиктивният брой критерии се завишава с 1 за всяка скала /Fernandez del Rio E. at all 2011; Loranger A.W. at all, 1997; Verardi S. at all, 2008/ [53, 72, 91]. Сензитивността на инструмента намалава (от 100% на 96%), но се повишава специфичността (от 2,5% на 32,5%), както и конкордантността между вероятните диагнози идентифицирани от скрининг въпросника и диагнозите поставени след обследване с полуструктурираното интервю IPDE /Fernandez del Rio E. at all 2011; Lenzenweger M. F. at all, 1997; Loranger A.W. at all, 1997; Verardi S. at all, 2008/ [53, 69, 72, 91].

За българска популация диагностичните критерии по IPDE скрининг, над които проявите се регистрират като патологични и са предиктивни по отношение наличие на вероятно личностово разстройство, са следните: параноид – 3; шизоид – 4; дисоциален – 3; импулсивен – 3; граничен – 3; хистрионен – 3; ананкастен – 4; тревожен – 3; зависима личност – 3 /Дончев Т., 2005; Дончев Т., Попова М., Мартинова Хр., 2006; Дончев Т., Мартинова Хр., 2006/ [4, 5, 6]. По всички скали критериите са повишени с 1.

След приложения статистически анализ на резултатите по IPDE скрининг бяха идентифицирани 222 души, от обследваната клинично здрава популация, покриващи диагностичните критерии по IPDE скрининг за наличие на поне едно личностово разстройство. Резултатите показват висок процент (41%) на индивиди с наличие на вероятно личностово разстройство сред изследваната здравата популация. Взимайки предвид, че конкордантността между скрининговия въпросник IPDE и полуструктурираното интервю IPDE е 61%, бихме могли да прогнозираме, че при прилагане на клничното интервю върху лицата дали положителен резултат 61% (135 души) от тях ще покрият критериите за поставяне на диагноза личностово разстройство. Съотнесено към броя на клинично здравата популация анализирана тук това е приблизително 25%, което от своя страна потвърждава тенденциите в световен мащаб за процентните стойности за прояви на личностови разстройства в общата популация /Álvaro-Brun E., Vegue-González M., 2008; Fernandes-Montalvo J., Echeburda E., 200; Huang Y. at all, 2009; Loranger A.W. at all, 1997; [39, 54, 58, 72].

Както не веднъж бе споменато по-горе резултатите от самооценъчния скринингов въпросник не поставят диагноза личностово разстройство, а само идентифицират наличната верояност за проявено такова.

Необходимо е да се уточни, че лицата с психиатрични заболявания разглеждани по-горе като статус група 4 (пациенти) не са включени в нито една от анализираните по-долу групи, тъй като проявените психични разстройства са извън контекста на разглежданата проблематика в настоящото изследване.

❖ За проверка на хипотезите и задачите на изследването са обособени три групи, подложени на статистическа обработка:

1. **нормативна контрола здрави лица –** 318 души от обследваната клинично здрава популация – непокриващи критериите по IPDE скрининг по нито едно личностово разстройство**;**

2. **междинна дискриминативна контролна група** – 222 души от клинично здравата популация с повишени стойности по IPDE, т.е. покриващи критериите за наличието на поне едно вероятно личностово разстройство**.**

3. прицелна с проявени дезадаптивни прояви – 315 лица с изявени вече поведенчески и личностови девиации и с проявени дезадаптативни реакции – лица злоупотребяващи с психоактивни вещества и лица пребиваващи в пенетенциарни заведения;

- Приложен е дескриптивен статистически анализ за оценка на средните величини (средни стойности, средни стандартни отклонения, медиани) за всяка една от дефинираните по-горе три групи, по скалите от TEMC-A;
- Приложен е дескриптивен статистически анализ за оценка на средните величини (средни стойности, средни стандартни отклонения, медиани) за всяка една от дефинираните по-горе три групи, по скалите от IPDE;
- Сравнителен анализ на средни стойности между дефинираните по-горе групи по TEMPS-A;
- Сравнителен анализ на средни стойности между дефинираните по-горе групи по скрининг IPDE;
- Оценка статистическата значимост на разликите между средните величини между трите групи по скалите от TEMPS-A – ANOVA тест;

- Оценка статистическата значимост на разликите между средните величини между трите групи по скалите от IPDE скрининг – ANOVA тест;
- Идентифициране и оценка степените на взаимовръзка между скалите по TEMPS-A и скрининг IPDE, за цялата анализирана популация (нормативна контрола, дискриптивна контрола, прицелна група) 855 лица – корелационен анализ;
- Определяне степента и статистическата зависимост на линейните взаимовръзки скалите по TEMPS-A и скрининг IPDE, за цялата анализирана популация (нормативна контрола, дискриптивна контрола, прицелна група) 855 лица – регресионен анализ.

2. Представяне на резултатите от статистическата обработка.

2.1 Стандартизация и апробация на българската версия на TEMPS-A.

2.1.1 Демографски характеристики на изследваната популация.

Изследвани са общо 901 души на възраст от 18 до 55 години, като разпределението на изследваните лица по групи е както следва:

- здрави доброволци – 540 души;
- психично болни – 46 лица;
- затворници – 74 лица;
- лица злоупотребяващи с психоактивни вещества – 241 души.

Средната възраст в изследваната популация от 901 души е 31,21, при средно стандартно отклонение 8,651, превалират лицата между 18 и 30 години.

Възрастовото разпределение в групите е следното – здрави лица средна възраст 30,67, при средно стандартно отклонение 9,371; при лицата в пенетенциарни заведения възрастта е 35,41, при средно стандартно отклонение 9,371; за лицата злоупотребяващи с психоактивни вещества е 29,61, средно стандартно отклонение – 4,741 и при пациентите – 31,21, средно стандартно отклонение – 8,651.

По отношение разпределението по пол резултатите показват сходно процентно разпределение в групите. В цялата обследвана популация мъжете са 74,5%, жените 24,5%; в групата на клинично здравите лица – мъже 74,8%, жени 25,2%; лицата злоупотребяващи с психоактивни вещества - мъже 76,7%, жени 23,3%; затворници – 89,2%, жени – 10,8%; психиатрични пациенти – мъже – 80,1%, жени 19,1%.

Съотношението мъже/жени в групите с абнормни прояви, т.е вече манифестирани личностови разстройства, е запазено при подбора на контролната група от клинично здрави лица / Echeburda E., Fernandes-Montalvo J., 2008 [49]

Редица изследвания върху специфични популации с проявени личностови разстройства показват превес на лицата от мъжки пол за сметка на лицата от женски пол, като тази тенденция не се потвърждава за тревожно избягващо личностово разстройство, където процентите са равни за мъжете и жените и за гранично личностово разстройство, където превесът е в полза на жените, както и при зависимото личностово разстройство, което също е по-често срещано при жените, отколкото при мъжете /Álvaro-Brun E., Vegue-González M., 2008; Echeburda E., Fernandes-Montalvo J., 2008; Jakson H.J., Burgess P.M.,

2000; Lenzenweger M. F. at all, 1997; Lenzenweger MF at all, 2007/ [39, 49, 59, 69, 70].

Полово диференцираните разлики в разпределнията, идентифицирани в специфични подгрупи изследвани лица при някои изследвания не се потвърждават за генерална популация /Jakson H.J., Burgess P.M., 2000/ [59].

Лицата със средно образование в цялата група (901 души) са 58,4%, следват хората с висше образование 14,4%, студенти – 7,2%, ученици – 5,4%, за 14,5% от изследваната популация липсва информация за образователната степен.

2.1.2 Темпорална стабилност на TEMPS-A за българска популация. Тест-ретест, надеждност.

45 дни след първоначалното изследване 118 души от здравата популация бяха повторно тествани, за проверка на темпоралната стабилност на разглеждания въпросник TEMPS-A. Статистическият анализ на резултатите бе извършен с T-test за оценка на разликите между средните величини по скалите при първоначалното тестване и при повтореното един месец по-късно. Таблица 10 показва обобщените резултати от анализа.

Таблица 10: Темпорална стабилност на скалите по TEMPS-A за българска популация.

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper			
Pair 1	депресивен - депресивен re-test	-,110	,651	,060	-,229	,008	-1,839	117	,069
Pair 2	циклотимен - циклотимен re-test	,076	,818	,075	-,073	,225	1,013	117	,313
Pair 3	хипертимен - хипертимен re-test	,263	,991	,091	,082	,443	2,880	117	,005
Pair 4	раздразнителен - раздразнителен re-test	-,025	,620	,057	-,138	,088	-,446	117	,657
Pair 5	тревожен - тревожен re-test	-,093	,506	,047	-,185	,000	-2,001	117	,048

Анализът показва значима разлика между средните величини, с много висока степен на статистическа значимост, по отношение на скала хипертимен t(117)=2,880, при P=0.005. С по-ниска степен на статистическа значимост е идентифицираната разлика по отношение на тип тревожен t(117)=-2,001, при P=0.045<0.05.

За изследваната популация не се доказват статистически значими разлики между средните величини от резултатите от първото тестване и повторното, по отношение на останалите скали от самооценъчния въпросник TEMPS-A.

Приложен е непараметричен анализ за оценка степента на взаимовръзка между средните стойности по всички скали от TEMPS-A

от първоначалния тест и от последващия. Резултатите от T-test кореспондират с данните от приложеният корелационен коефициент на Spearman, таблицата по-долу представя нагледно резултатите.

Таблица 11: Оценка степента на взаимовръзка между средните стойности по скалите от TEMPS-A, тест-ретест.

N 118	депресивен тест / ре-тест	циклотимен тест / ре-тест	хипертимен тест / ре-тест	раздразните лен тест / ре-тест	тревожен тест / ре-тест
Spearman's rho Correlation Coefficient	,974**	,980**	,968**	,970**	,990**
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Наблюдават се високи стойности на корелционните коефициенти, с много висока статистическа значимост по всички скали, като най-ниска корелация се регистрира по скала Хипертимен с Spearman's Correlation coefficient r=0.968, при P=0.000, което потвърждава резултатите от t-test представен по-горе.

От резултатите приложени по-горе става видно, че скалата с най-висока степен на темпорална стабилност, за изследваната популация, е скала тревожен с коефициент на Спирман 0.990., при P=0.000, следва циклотимен с коефициент 0.980, P=0.000.

2.1.3 Дескриптивен статистически анализ за описание и оценка на резултатите от TEMPS-A.

В изложението по-долу са представени статистическите анализи приложени за обработка на резултатите от самооценъчните инструменти TEMPS-A и Eyzenck Personality Questionnaire, само за групата на клинично здравите изследвани лица, 540 души.

Обобщените резултати от дескриптивния анализ, за описание на средните величини, за всяка една от скалите по TEMPS-A, са представени в таблица 12.

Таблица 12: Резултати за средните величини за всяка една от скалите по TEMPS-A за групата на клинично здравите лица 540 души

Скали	Средни стойности	Стандартно отклонение	Медиана	Минимум	Максимум
Депресивен	**8,24**	**4,166**	**7,00**	**0**	**22**
Циклотимен	**7,59**	**4,531**	**7,00**	**0**	**20**
Хипертимен	**13,22**	**4,188**	**14,00**	**0**	**21**
Раздразнителен	**4,91**	**4,264**	**4,00**	**0**	**21**
Тревожен	**7,46**	**5,977**	**6,00**	**0**	**26**

В изследваната група правят впечатление изразено високите средни стойности по отношение на скала хипертимен /Akiskal, H.S., at all 2005; Akiskal, H.S., Akiskal, K., 2005/ [30,31], при средно стандартно отклонение (4,188), в сравнение с останалите скали, където резултатите са почти два пъти по-ниски. Това би могло да бъде и резултат от профила на извадката, където над 70% са мъже и превес сред изследваните лица имат хората между 18 и 30 годишна възраст. Реално над 50% от групата е в късна юношеска и младежка възраст, където основните характеристики за периодите се покриват с основни черти по

скала хипертимен. В този контекст, обаче са интересни сравнително ниските средни стойности по скала раздразнителен (4,91), където пак имаме поведенчески еквиваленти по отношение на характерните за юношите и младежите прояви и чертите, описващи скалата. По отношение на средните стойности резултатите за останалите скали са следните: депресивен (8,24) при средно стандартно отклонение (4,166), циклотимен (7,59) при средно стандартно отклонение (4,531), и тревожен (7,46) със средно стандартно отклонение (5,977).

Оценка нормалността на разпределението.

Като част от анализа за оценка нормалността на разпределението в изследваната група по отношение на резултатите от TEMPS-A са представени перцентилните стойности описващи разпределението в извадката.

В таблица 13 са представени перцентилите за всяка една от скалите на въпросника, определящи стойностите съотносими към нормата.

Таблица. 13: Перцентилни стойности – скали по TEMPS-A – клинично здрава група 540 лица

Weighted Average (Definition 1)	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
депресивен	3.000	3.000	5.000	7.000	11.000	14.000	16.000
циклотимен	1.000	2.000	4.000	7.000	11.000	14.000	16.800
хипертимен	6.000	8.000	11.000	14.000	16.000	18.000	19.000
раздразнителен	.000	1.000	2.000	4.000	7.000	11.000	14.000
тревожен	.000	1.000	2.000	6.000	11.000	16.000	19.000

За разглежданата група стойностите, описващи 50 тия пецентил,

съвпадат с медианните стойности, което показва симетричност на разпределението на резултатите от TEMPS-A за анализираната извадка, 540 души, здрави доброволци и в частност потвърждава очакваното разпределение.

За оценка на тендециите в разпределението за изследваната група са приложени „Колмогоров-Смирнов тест" и "Шапиро-Уилк тест" за оценка на нормалността на разпределението. Статистическият анализ детерминира доколко има разлика между хипотетичното вероятностно разпределение и вероятностното разпределение в извадката. Резултатите са представени в таблица 14 по-долу.

Таблица. 14: Резултати от теста за оценка на нормалността

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Депресивен	,121	540	.000	,950	540	.000
Циклотимен	,101	540	.000	,966	540	.000
Хипертимен	,097	540	.000	,964	540	.000
Раздразнителен	,153	540	.000	,890	540	.000
Тревожен	,108	540	.000	,932	540	.000

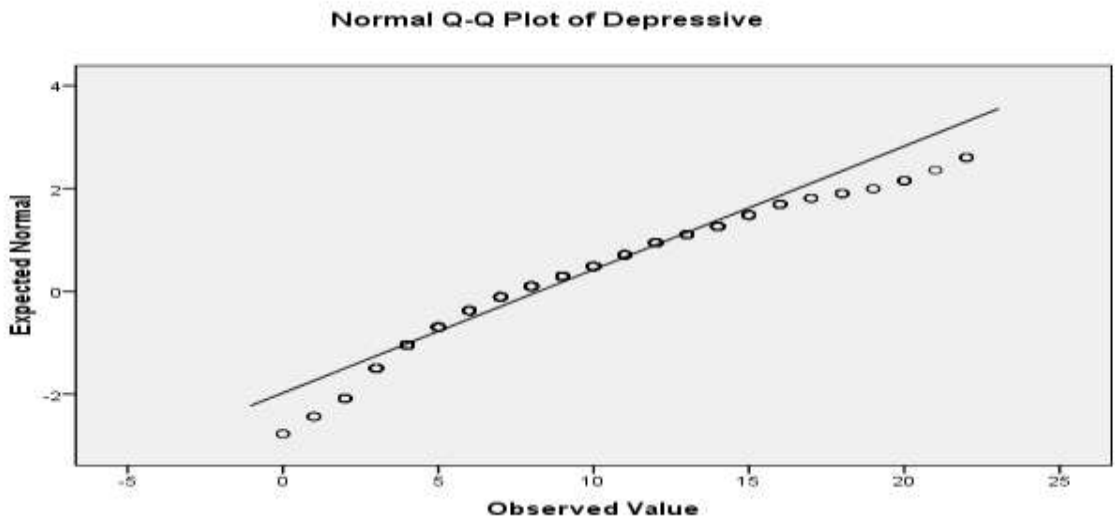
a Lilliefors Significance Correction

Резултатите от тестовете за оценка на нормалността, за всяка една от скалите, показват че разпределението в обследваната група е близко до хипотетичното вероятностно разпределение, наблюдаваните разлики обаче са статистически значими. Стойностите по скала Хипертимен са с най-малко наблюдавано отклонение спрямо стойностите от хипотетичното разпределение.

За всяка една от скалите по TEMPS-A е приложен Q-Q plots анализ

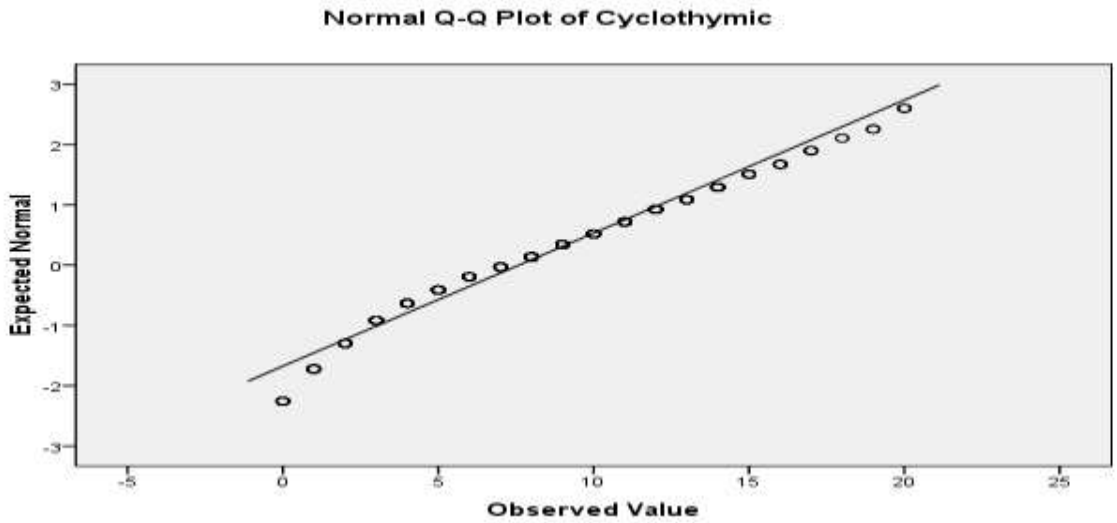
за графична оценка на разпределението и наличието на нелинейни тенденции, резултатите са представени графично по-долу. Разпределенията на данните за изследваната група показват близки до очакваните нормални разпределения по скалите от въпросника:

DEPR депресивен



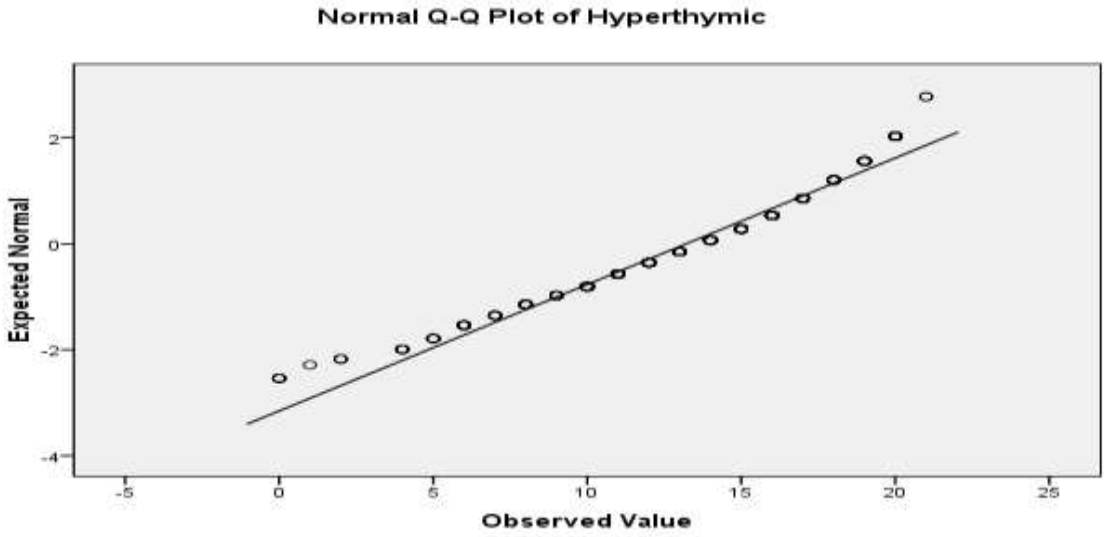
Фигура 9: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Депресивен

CYCL циклотимен



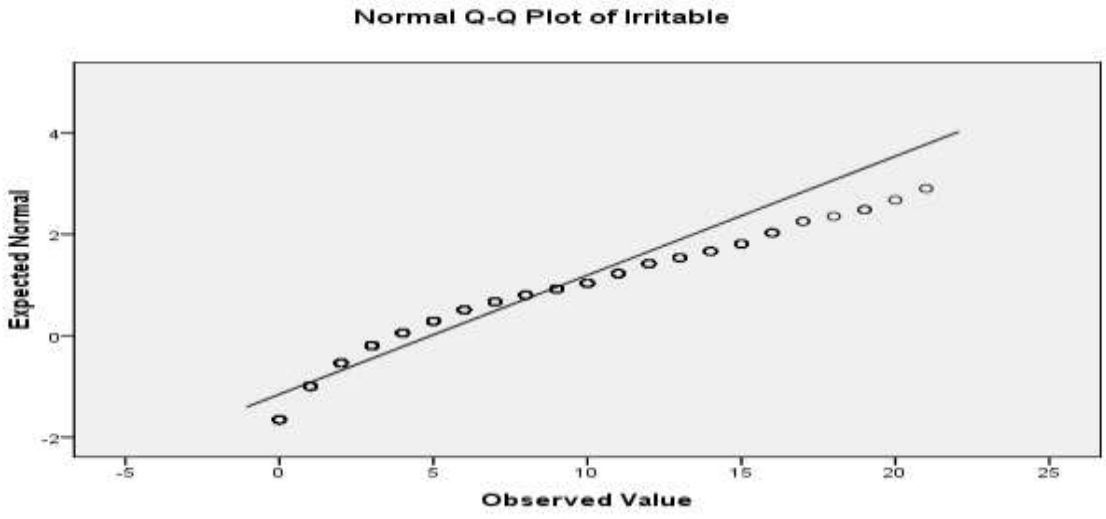
Фигура 10: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Циклотимен

HYPR хипертимен



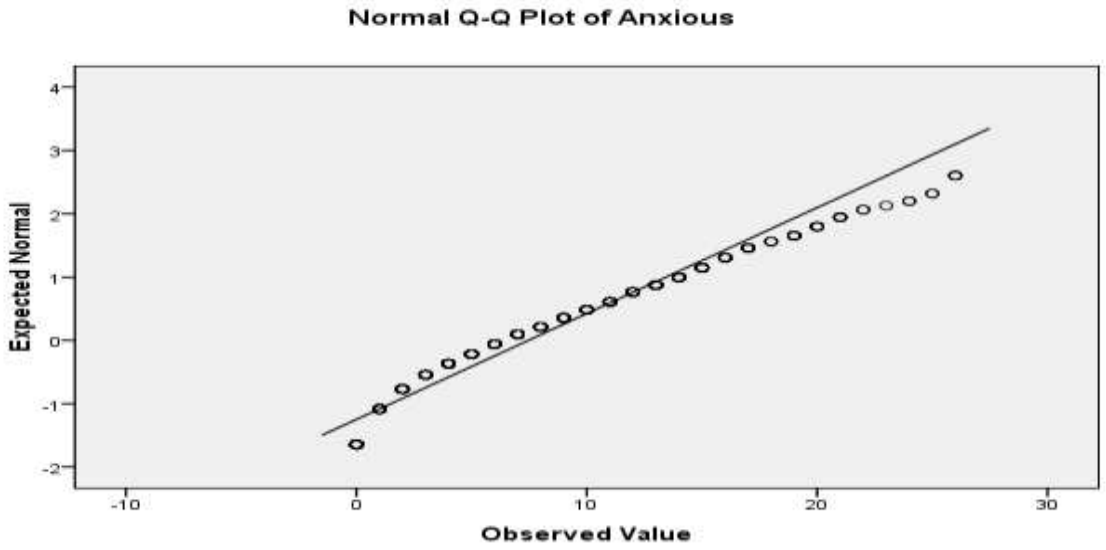
Фигура 11: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Хипертимен

IRRT раздразнителен



Фигура 12: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Раздразнителен

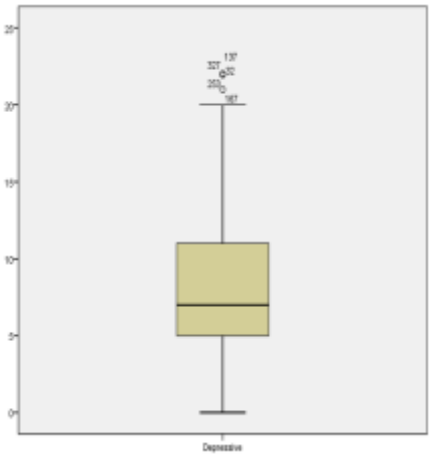
ANXS тревожен



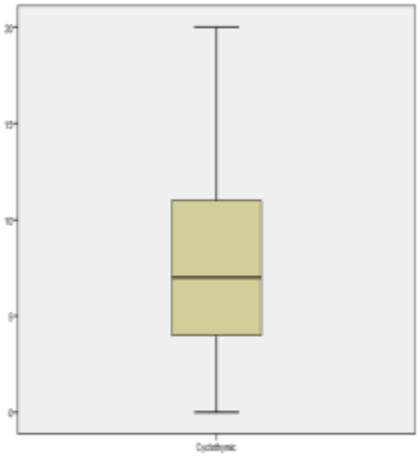
Фигура 13: Резултати от графичния тест за оценка на нормалността на разпределението за скала Тревожен

Резултатите от графичния тест за оценка на нормалността, за всяка една от скалите, показват че разпределението в обследваната група е близко до хипотетичното вероятностно разпределение, наблюдаваните разлики обаче са статистически значими, както е видно от резултатите от представените по-горе тестове, Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк. Тук с най-малко наблюдавано отклонение спрямо стойностите от хипотетичното разпределение са резултатите по скала циклотимен.

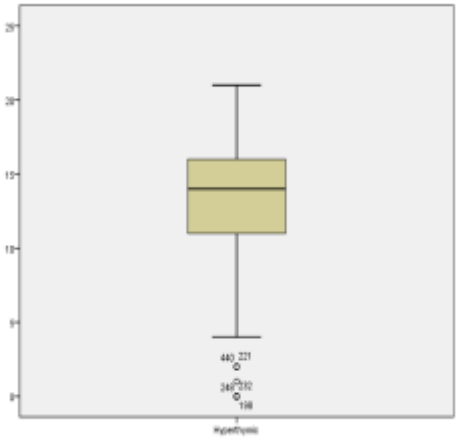
На фигурите по-долу са представени графично резултатите от анализа на средните величини, чрез Box plots (диаграми тип кутия) като в случая са обсъждани медианните стойности, по скалите от TEMPS-A, както и наблюдаваните екстремни стойности за всяка скала. Медианните стойности са съотносими към нормата стойности, които определят граничните скорове над които резултатите са предиктивни по отношение на акцентуирани темпераментови черти.



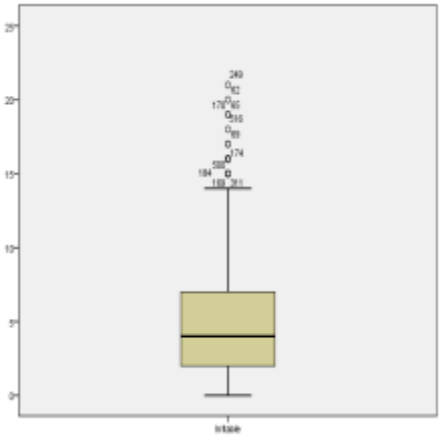
Фигура 14: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Депресивен



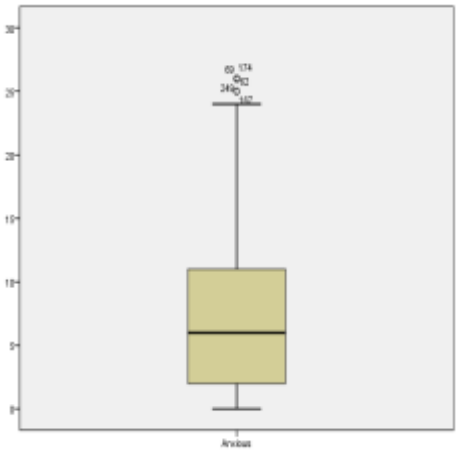
Фигура 15: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Циклотимен



Фигура 16: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Хипертимен



Фигура 17: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Раздразнителен



Фигура 18: Диаграма тип кутия за стойностите по скала Тревожен

Интересно е да се отбележи, пълната липса на случаи с екстремни оценки по скала циклотимен, както и малкото на брой такива по скали депресивен тревожен и хипертимен. По първите два цитирани типа депресивен и тревожен екстремните случаи са максимални точки и са разположени над медианата - депресивен – медиана 7; тревожен – медиана 6. По скала раздразнителен екстремните случаи също са разположени над медианата – 4. Скала хипертимен е единствената дименсия с екстремни случаи разположени под медианата – медиана 14.

Резултатите по отношение на медианните стойности определят границата между нормално изразените темпераментови черти и акцентуираните. При изследваната група по отношение на скали депресивен и циклотимен граничните стойности са 7 точки, за скала раздразнителен 4 точки, за тревожен те са 6, а за скала хипертимен – 14 точки.

Взимайки предвид настоящите резултати можем да направим основателен извод, че са определени граничните норми, над които стойностите вече са предиктивни по отношение на оста норма-патология.

При индивидуално обследване и изграждане на личностов профил, трябва да се има предвид, че резултати над споменатите стойности се разглеждат като индикатор за наличие на абнормни тенденции.

2.1.4 Оценка вътрешната консистентност на скалите от TEMPS-A.

Приложен е айтем анализ за оценка на вътрешната консистентност на всяка една от скалите от TEMPS-A по тношение на обследваната популация от здрави лица, 540 души. Резултатите са представени в табличен вид за всеки тип темперамент.

Приложен е айтем анализ на резултатите от TEMPS-A по отношение на обследваната контролна група (540 лица), за оценка надеждността на скалите на българската версия на въпросника. Използван е коефициент за оценка на вътрешната консистентност на скалите, алфа на Кронбах.

Таблица 15: Резултати от айтем анализ за скала Депресивен

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
i1	8,10	,743
i2	8,06	,745
i3	7,90	,751
i4	7,95	,744
i5	8,04	,749
i6	8,12	,746
i7	7,96	,741
i8	8,09	,745
i9	7,86	,754
i10	7,90	,747
i11	7,79	,744
i12	7,88	,745
i13	7,80	,746
i14	7,36	,782
i15	7,70	,757
i16	7,47	,772
i17	7,91	,746
i18	7,49	,774
i19	7,86	,750
i20	8,04	,754
i21	7,87	,763
i22	7,97	,741

Таблица 16: Резултати от айтем анализ за скала Циклотимен

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
i23	7,08	,823
i24	7,13	,830
i25	7,29	,828
i26	7,20	,830
i27	7,21	,826
i28	7,27	,829
i29	7,29	,825
i30	7,35	,831
i31	6,75	,848
i32	7,41	,833
i33	7,30	,830
i34	7,28	,828
i35	7,39	,832
i36	6,95	,833
i37	7,12	,839
i38	7,14	,825
i39	7,10	,829
i40	7,03	,838
i41	7,40	,834
i42	7,26	,835
i23	7,08	,823
i24	7,13	,830

Таблица 17: Резултати от айтем анализ за скала Хипертимен

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
i43	12,38	,778
i44	12,63	,773
i45	12,51	,772
i46	12, 9	, 72
i47	12,39	,773
i48	12,37	,774
i49	12,48	,776
i50	12,45	,772
i51	12,49	,774
i52	12,51	,774
i53	12,53	,776
i54	12,67	,791
i55	12,56	,778
i56	13,00	,792
i57	12,71	,779
i58	12,56	,775
i59	12,63	,783
i60	12,71	,786
i61	12,65	,785
i62	12,53	,779
i63	12,88	,792

Таблица 18: Резултати от айтем анализ за скала Раздразнителен

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
i64	4,75	,841
i65	4,75	,845
i66	4,74	,843
i67	4,63	,847
i68	4,64	,838
i69	4,67	,840
i70	4,62	,842
i71	4,74	,838
i72	4,75	,839
i73	4,69	,839
i74	4,52	,843
i75	4,33	,862
i76	4,72	,847
i77	4,71	,841
i78	4,70	,846
i79	4,79	,841
i80	4,84	,844
i81	4,74	,847
i82	4,52	,856
i83	4,71	,845
i84	4,85	,851

Таблица 19: Резултати от айтем анализ за скала Тревожен

Item-Total Statistics

	Scale ean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
i85	7,17	,890
i86	7,03	,889
i87	7,09	,891
i88	7,03	,894
i89	7,11	,890
i90	7,22	,893
i91	7,28	,893
i92	7,09	,890
i93	7,19	,893
i94	7,26	,896
i95	7,35	,895
i96	7,32	,895
i97	7,31	,895
i98	6,89	,895
i99	7,07	,890
i100	7,16	,891
i101	7,21	,891
i102	7,15	,893

i103	6,91	,898
i104	7,39	,895
i105	7,18	,892
i106	7,21	,893
i107	7,27	,895
i108	7,25	,891
i109	7,28	,893
i110	7,17	,894

В следващата таблица (таблица. 20) са представени обобщените резултати от анализа за оценка на вътрешната съгласуваност на скалите по TEMPS-A.

Таблица 20: Обобщени резултати от анализа за оценка на вътрешната консистентност на скалите.

Скали	Коефициент на вътрешна консистентност (алфа на Кронбах)	Брой айтеми
Депресивен	**0.761**	**22**
Циклотимен	**0.839**	**20**
Хипертимен	**0.787**	**21**
Раздразнителен	**0.851**	**21**
Тревожен	**0.897**	**26**

Най-високи стойности на коефициента се наблюдават за скала Тревожен (α=0.897), следва скала Раздразнителен (α=0.851) Циклотимен (α=0.839), Хипертимен (α=0.787), с най-ниски стойности за изследваната група е скала Депресивен (α=0.761). Стойностите на коефициентите за вътрешна съгласуваност, показват висока консистентност за всички скали от TEMPS-A.

Приложен е факторен анализ за верифициране броя на скалите в

структурата на самооценъчния въпросник за оценка на темперамента TEMPS-A.

Таблица. 21: Факторен анализ на резултатите TEMPS-A

	Component				
	1	2	3	4	5
DEPR депресивен	,907				
CYCL циклотимен				,865	
HYPR хипертимен			,997		
IRRT раздразнителен		,890			
ANXS тревожен					,825

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a Rotation converged in 6 iterations.

Резултатите от факторния анализ на данните потвърждават наличието на 5 компонента в структурата на въпросника.

Скалата с най-високо факторно тегло е скала Хипетимен (0.997), следват Депресивен със стойности (0.907), Раздразнителен – (0.890), Циклотимен с факторно тегло (0.865). С най-ниско факторно тегло за разглежданата извадка е скала Тревожен – (0.825).

Резултатите от представения по-горе анализ недвусмислено показват висока степен на вътрешна консистентност на скалите от TEMPS-A, както по отношение на всяка скала по отделно, така и по отношение на инструмента като цяло.

2.1.5 Конструкт валидност на българската версия на TEMPS-A.

За оценка на конструкт валидността на българската версия на инструмента за оценка и диагностика на темперамента TEMPS-A е направен сравнителен анализ между резултатите от разглеждания въпросник и резултатите от валидиран за български условия въпросник измерващ същия личностов конструкт. Такъв инструмент доказал своята валидност в клиничната практика е Eyzenck Personality Questionnaire, стандартизиран за български условия от Паспаланов и Щетински /Паспаланов И., Щетински Д., 1984/ [15].

Приложен е непараметричен корелационен анализ за да се определи силата, посоката и статистическата значимост на взаимовръзката между скалите по TEMPS-A и EPQ. В случая наличието на корелация между скалите от двата въпросника е показател за съгласуваност между двата интрумента, т.е за това че интрументите оценяват един и същи конструкт. Използван е коефициент за корелация на Спирман “Spearmen’s rho correlation coefficient”.

Таблица 22 представя нагледно резултатите.

Таблица. 22: Степен на съгласуваност между скалите по TEMPS-A и EPQ

Correlation analysis (Spearman's rho correlation) Скали (N 540)		Психотизъм	Невротизъм	Екстраверсия	Лъжа
Депресивен	Spearman's rho Correlation	,125**	,616**	-,253**	-,033
	Sig. (2-tailed)	,004	,000	,000	,443
Циклотимен	Spearman's rho Correlation	,372**	,679**	-,061	-,281**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,159	,000
Хипертимен	Spearman's rho Correlation	,027	-,111**	,542**	,022
	Sig. (2-tailed)	,528	,010	,000	,610
Разразнителен	Spearman's rho Correlation	,451**	,571**	,000	-,295**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,983	,000
Тревожен	Spearman's rho Correlation	,238**	,741**	-,205**	-,113**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,009

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Всички скали, съдържащи се в TEMPS-A показват от умерена до висока степен на положителна взаимовръзка по отношение на скала невротизъм от Eyzenck Personality Questionnaire, при наличие на висока статистическа значимост, P=0,000. Изключение прави скала хипертимен, за която е налична силна положителна корелация със скала екстраверсия по EPQ, при висока статистическа значимост, P=0.000. Впечатление правят стойностите на коефициента за взаимовръзка между темперамент раздразнителен и скала екстраверсия по EPQ r= 0,000, при P=0.983, можем да предположим наличието на силна нелинейна взаимовръзка между тези две скали.

За изследваната популация се наблюдава наличие на висока степен на положителна корелация с висока статистическа значимост

между скали тревожен от самооценъчния въпросник TEMPS-A и склала невротизъм по Eyzenck questionnaire, r= 0,741, при P=0.000. Следват циклотимен/невротизъм r= 0,679; депресивен /невротизъм r= 0,616; раздразнителен /невротизъм r= 0,571, при всички цитирани скали коефициентите са с много висока статистическа значимост P=0.000.

За скали депресивен и тревожен се регистрират ниски отрицателни взаимовръзки, но с много висока статистическа значимост, по отношение на скала депресивен /екстраверсия r= -0,253, при P=0.000; тревожен /екстраверсия r= -0,205, при P=0.000.

Интересно е да се отбележат наличните ниски отрицателни корелации с много восока степен на статистическа значимост между три от скалите по TEMPS-A и скалата, измерваща нивото на социална желателност Лъжа от EPQ, циклотимен/лъжа r= -0,258, при P=0.000; раздразнителен/лъжа r= -0,271, при P=0.000; тревожен/лъжа r= -0,113, при P=0.009.

Наблюдаваните корелации не доказват наличието на причинноследствена връзка между измерваните променливи, но верифицират наличието на висока степен на статистически значимо съответствие между резултатите по TEMPS-A и EPQ, което доказва че двата интрумента измерват едни и същи параметри на личността, т.е. базисни личностни характеристики, а именно темпераментовия конструкт. От друга страна обсъжданите резултати определят тенденции и насоки за бъдещи анализи.

От резултатите представени по-горе можем да направим основателни изводи, че:

- направените анализи за проверка на темпоралната стабилност (Test retest reliability) на разглеждания въпросник TEMPS-A показват висока степен на надеждност на скалите от инструмента. Скалата с най-висока степен на темпорална стабилност, за изследваната популация, е скала Anxious;
- са определени граничните норми, над които стойностите вече са предиктивни по отношение на оста норма-патология;
- определени са коефициентите за вътрешна съгласуваност на скалите, показващи висока консистентност;
- определен е броя на айтемите, съдържащи се във всяка една от скалите;
- дефинирани са минималните и максимални точки, описващи разпределението по скалите за разглежданата извадка;
- верифициран е броя на скалите във въпросника;
- определено е факторното тегло на компонентите за изследваната извадка;
- потвърдене е конструкт валидността на българската версия на инструмента за диагностика на темперамента TEMPS-A. Резултатите от статистическия анализ показват висока степен на съгласуваност между скалите по TEMPS-A и скалите по EPQ, приложени за българска популация.

Анализът представен до момента верифицира успешната стандартизация и апробация на българската версия на международния инструмент за оценка на темпераментови черти TEMPS-A за България.

2.2 Дескриптивен анализ на профила на изследваната популация. Резултати от TEMPS-A и скрининг IPDE.

В изложението по-долу е представен подробен анализ на цялата изследвана популация (901 лица) по отношение на резултатите от самооценъчните въпросници TEMPS-A и IPDE скрининг, с цел идентификация на темпераментовия профил, както и идентификация на наличните вероятности за личностови абнормности. Разгледани са всички изследвани групи по отделно, с уточнението, че данните са подложени само на дескриптивен статистически анализ, по отношение на демографските характеристики и превалиращите темпераментови и личностови профили на популацията и под групите в нея. За целите и задачите обслужващи проверката на хипотезите свързани с идентифициране на наличните взимовръзки между темпераментовите типове и наличните абнорми личностови профили е направен отделелен анализ.

Възрастовото разпределение в групите е следното – здрави лица средна възраст 30,67, при средно стандартно отклонение 9,371; при лицата в пенетенциарни заведения възрастта е 35,41, при средно стандартно отклонение 9,371; за лицата злоупотребяващи с психоактивни вещества е 29,61, средно стандартно отклонение – 4,741 и при пациентите – 31,21, средно стандартно отклонение – 8,651.

По оношение разпределението по пол резултатите показват сходно процентно разпределение в групите. В цялата обследвана популация мъжете са 74,9%, жените 24,9%; в групата на клинично здравите лица – мъже 74,8%, жени 25,2%; затворници – 89,2%, жени – 10,8%; психиатрични пациенти – мъже – 80,1%, жени 19,1%.

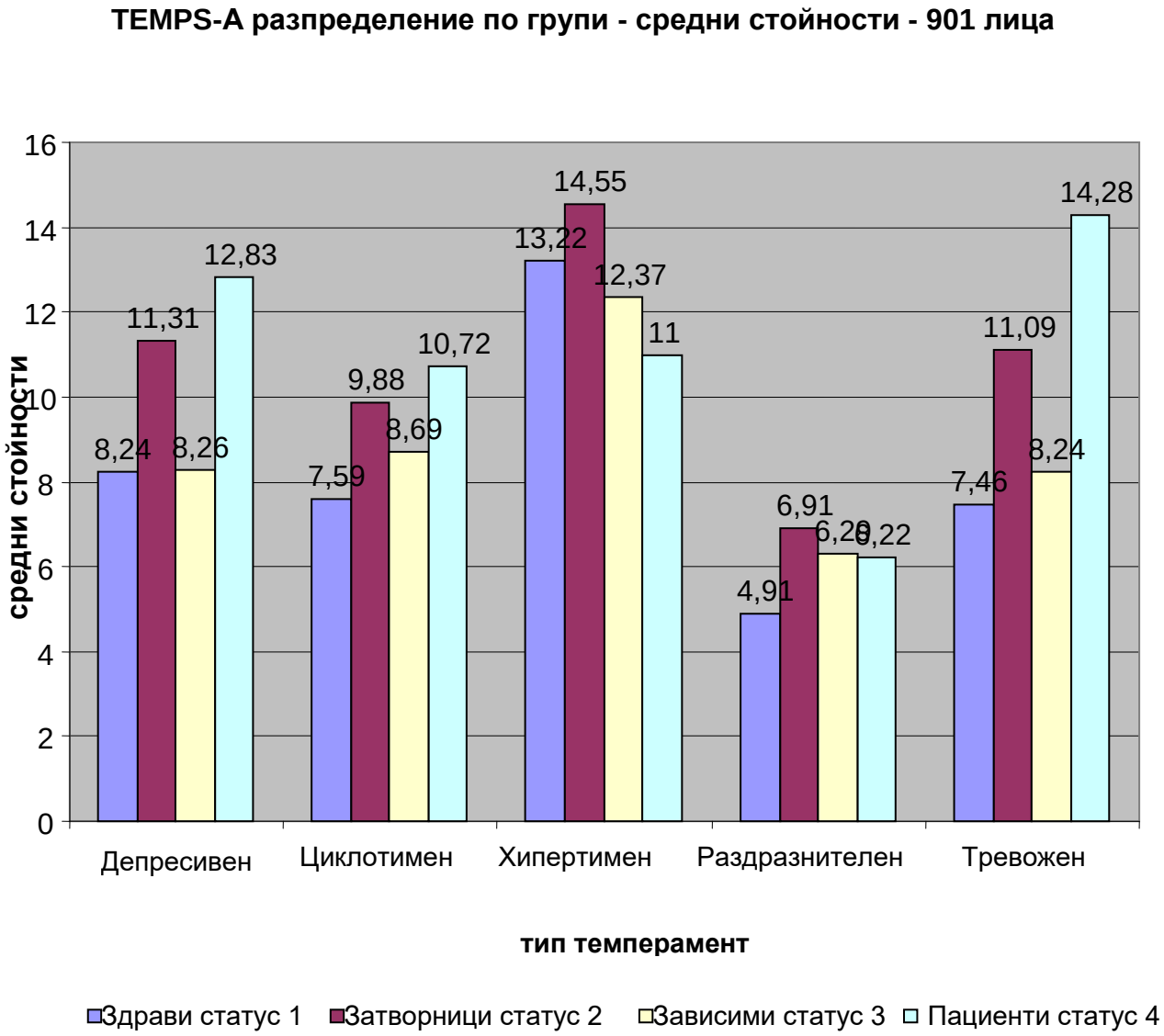
Лицата със средно образование в цялата група (901 души) са 58,4%, следват хората с висше образование 14,4%, студенти – 7,2%, ученици – 5,4%, за 14,5% от изследваната популация липсва информация за образователната степен. Разпределението в проценти по групи е както следва:

Таблица 23: Образователна степен - разпределение в групите по проценти

Група (статус)	Липсва информация	Ученици	Средно образование	Студенти	Висше образование
Здрави (статус 1)	10,9%	28,1%	43,1%	2,0%	15,7%
Затворници (статус 2)	54,8%	0%	37,8%	0%	5,4%
Зависими (статус 3)	11,2%	1,2%	71,4%	4,6%	11,6%
Пациенти (статус 4)	6,5%	2,2%	65,2%	2,2%	23,9%

В отделните групи като цяло превалират лицата със средно образование. Интересен за отбелязване фактът е, че в групата на пациентите 23,9% от лицата са с висше образование, което съотнесено към другите обследвани групи е всъщност най-високия процент за тази образователна степен.

Резултатите от анализа на средните величини по скалите от TEMPS-A за всяка група по отделно са представени нагледно в следващата графика.



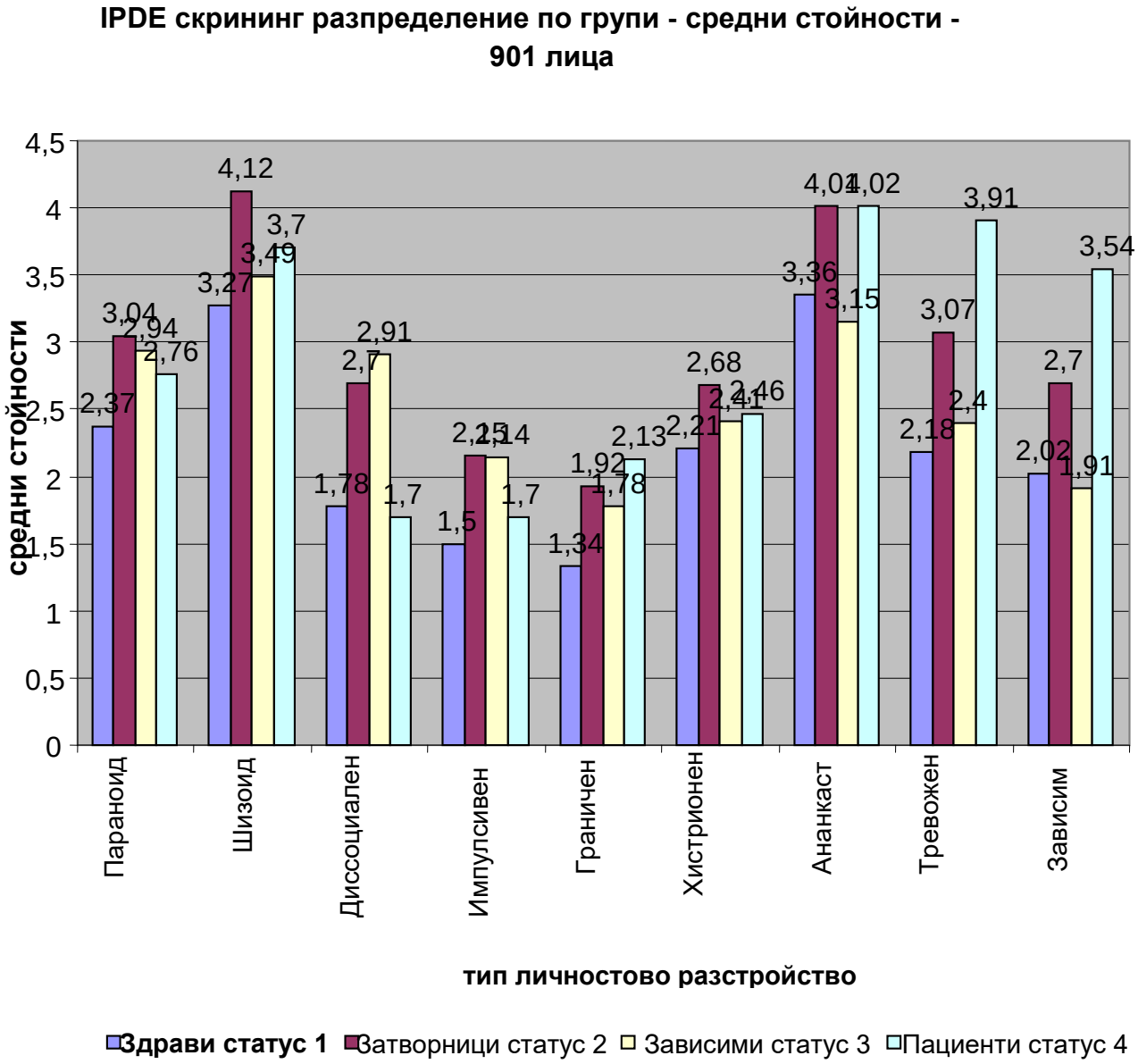
Фигура 19: Резултати за средните величини за всяка една от скалите по TEMPS-A, разпределение по групи – изследвани лица 901

Най-високи средни стойности, за всички изследвани групи, се регистрират по отношение на скала хипертимен, следват: тип

депресивен, тревожен, циклотимен и циклотимен. По тип хипертимен най-високи средни стойности се регистрират в статус група 2 (затворници) – 14,55, следвани от контролната група – 13,28; статус група 3 (зависими), пациентската група паказва най-ниски средни стойности по тази скала. За тип депресивен най-високите резултати са при статус група 4 (пациенти) – 12,83, следвани от статус група 2 (затворници) – 11.31. Статус групи 1 (здрави) и 3 (зависими) показват много близки средни стойности по описваната скала – здрави 8,24 и зависими 8,26. За скала тревожен пациентската група показва изразено високи резултати сравнено с останалите групи – 14,28, следвана от групата на затворниците – 11,09. За цитираните две групи тенденцията е запазена и по отношение на скала циклотимен, но тук разликите спрямо средните стойности за другите статус групи не са толкова силно изразени. За скала раздразнителен средните сойности са относително близки, като изключение прави групата на здравите лица, показвайики сравнително ниски стойности спрямо останалите /Дончев Т., 2005; Verardi S. at all, 2008/ [4, 91].

Приложен е дескриптивен анализ на резулатите от IPDE скрининг, както с цел оценка на средните стойности, така и за идентификация на проявените личностови разстройства за групите по отделно.

Резултатите от анализа на средните величини по скалите от IPDE скрининг за всяка група по отделно са представени нагледно в следващата графика.

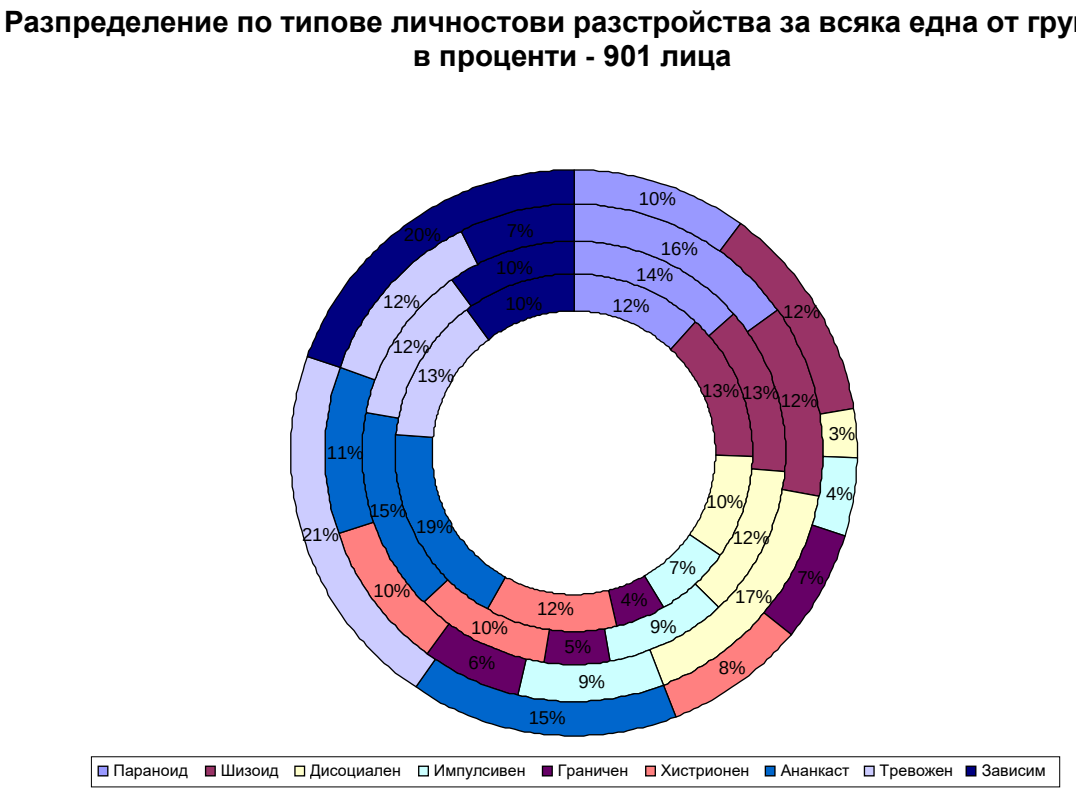


Фигура 20: Резултати за средните величини за всяка една от скалите по IPDE скрининг, разпределение по групи – изследвани лица 901

Интересно е да се отбележи, че за изследваната популация (901 лица) най-високи средни стойности за всички групи се идентифицират по отношение на скали шизоид и ананкаст, като за последната скала статус групи 2 (затворници) и 4 (пациенти) показват почти еднакви стойности. Групата на пациентите показва близки до тези резултати и

по скала тревожен. По отношение на скали параноид и хистрионен всички групи изследвани лица показват относително близки по стойности средни величини. По тип диссоциален изразено високи средни стойности се регистрират в статус групи 2 (затворници) и 3 (зависими), като резултатите са относително близки по стойности. Тенденцията се запазва и по скала импулсивен, тук средйните величини също са близки. Сравнено с останалите групи статус група 4 (пациенти) показва изключително завишени средни стойности по отношение на скали тревожен и зависим.

Разпределението по отношение на идентифицираните типове в цялата извадка е представено нагледно на фигура 21 .



Фигура 21: Процентно разпределение на типовете личностови разстройства за обследваните групи по отделно

Групите са разположени в концентрични кръгове като поредността от най-външен към най-вътрешен кръг е следната: здрави лица 540 души; затворници – 74 лица; зависими – 241 лица; пациенти – 46 души.

3. Проверка на изследователските хипотези за предиктивност на темпераментовите черти по отношение на личностовите разстройства.

3.1 Процедури по обособяване на подгрупите в изследваната извадка.

Представените по-долу в изложението анализи обслужват целите и задачите за проверка на хипотезите свързани с идентифициране на наличните взимовръзки между темпераментовите типове и абнормите личностови профили.

С цел повишаване дискриминативната стойност на резултатите от тестовете по отношение на патологичните прояви и изравняване броя на обследваните лица в групите е обособена междинна дискриминативна група от лица влизащи в състава на първоначалната популация от клинично здрави лица, но покриващи критериите по IPDE скрининг за наличието на поне едно вероятно личностово разстройство. Процедурата по сепарацията е представена по-долу.

Въз основа на резултатите от анализите представени в изложението до момента, са идентифицирани лицата, покриващи критериите за поне едно вероятно личностово разстройство по IPDE скрининг, от обследваната здрава популация – 540 души. Тези лица покрили критериите по скрининга за тенденция към личностово разстройство са обособени в отделна група – междинна дескриминативна контролна група от лица с повишени стойности по IPDE, след промяна в броя на диагностичните критерии. Както бе описано по-горе в настоящото изложение, поради спецификата на IPDE скриниг да дава фалшиво позитивни резултати, т.е. идентифицира дори и само съмнителни случаи, при обследването на големи извадки с научна цел предиктивният брой критерии се завишава с 1 за всяка скала /Fernandez del Rio E. at all 2011; Loranger A.W. at all, 1997; Verardi S. at all, 2008/ [53, 72, 91]. Сензитивността на инструмента намалава (от 100% на 96%), но се повишава специфичността (от 2,5% на 32,5%), както и конкордантността между вероятните диагнози идентифицирани от скрининг въпросника и диагнозите поставени след обследване с полуструктурираното интервю IPDE /Fernandez del Rio E. at all 2011; Lenzenweger M. F. at all, 1997; Loranger A.W. at all, 1997/ [53, 69, 72].

За българска популация диагностичните критерии по IPDE скрининг, над които проявите се регистрират като патологични и са предиктивни по отношение наличие на вероятно личностово разстройство, са следните: параноид – 3; шизоид – 4; дисоциален – 3; импулсивен – 3; граничен – 3; хистрионен – 3; ананкастен – 4; тревожен – 3; зависима личност – 3 /Дончев Т., 2005; Дончев Т., Попова М., Мартинова Хр., 2006; Дончев Т., Мартинова Хр., 2006/ [4, 5, 6]. По всички скали критериите са повишени с 1.

След приложения статистически анализ на резултатите по IPDE скрининг бяха идентифицирани 222 души, от обследваната клинично

здрава популация, покриващи диагностичните критерии по IPDE скрининг за наличие на поне едно личностово разстройство. Резултатите показват висок процент (41%) на индивиди с наличие на вероятно личностово разстройство сред изследваната здравата популация. Взимайки предвид, че конкордантността между скрининговия въпросник IPDE и полуструктурираното интервю IPDE е 61%, бихме могли да прогнозираме, че при прилагане на клничното интервю върху лицата дали положителен резултат 61% (135 души) от тях ще покрият критериите за поставяне на диагноза личностово разстройство. Съотнесено към броя на клинично здравата популация анализирана тук това е приблизително 25%, което от своя страна потвърждава тенденциите в световен мащаб за процентните стойности за прояви на личностови разстройства в общата популация /Álvaro-Brun E., Vegue-González M., 2008; Fernandes-Montalvo J., Echeburda E., 2004; Loranger A.W. at all, 1997/ [39, 54, 72].

Резултатите от самооценъчния скринингов въпросник не поставят диагноза личностово разстройство, а само идентифицират наличната вероятност за проявено такова. Необходимо е да се уточни, че лицата с психиатрични заболявания разглеждани по-горе като статус група 4 (пациенти) не са включени в нито една от анализираните по-долу групи, тъй като проявените психични разстройства са извън контекста на разглежданата проблематика в настоящото изследване.

Обособяването на трета дискриминативна група е напрвено с цел повишаване дискриминативната стойност на резултатите от тестовете и изравняване броя на обследваните лица в групите.

❖ За проверка на хипотезите и задачите на изследването са обособени три групи, подложени на статистическа обработка:

1. нормативна контрола здрави лица (статус 1) – 318 души от обследваната клинично здрава популация – непокриващи критериите по IPDE скрининг по нито едно личностово разстройство**;**

2. междинна дискриминативна контролна група (статус 2) – 222 души от клинично здравата популация с повишени стойности по IPDE, т.е. покриващи критериите за наличието на поне едно вероятно личностово разстройство**.**

3. прицелна с проявени дезадаптивни прояви (статус 3) – 315 лица с изявени вече абнорми поведенчески и личностови стилове и дезадаптивни прояви – лица злоупотребяващи с психоактивни вещества и лица пребиваващи в пенетенциарни заведения;

- Приложен е дескриптивен статистически анализ за анализ на средните стойности за всяка една от дефинираните по-горе три групи, по скалите от TEMC-A;
- Приложен е дескриптивен статистически анализ за анализ на средните стойности за всяка една от дефинираните по-горе три групи, по скалите от IPDE;
- Сравнителен анализ на средни стойности между дефинираните по-горе групи по TEMPS-A;
- Сравнителен анализ на средни стойности между дефинираните по-горе групи по скрининг IPDE;
- Оценка статистическата значимост на разликите между средните величини между трите групи по скалите от TEMPS-A – ANOVA тест;

- Оценка статистическата значимост на разликите между средните величини между трите групи по скалите от IPDE скрининг – ANOVA тест;
- Идентифициране и оценка степените на взаимовръзка между скалите по TEMPS-A и скрининг IPDE, за цялата анализирана популация (нормативна контрола, дискриминативна контрола, прицелна група) 855 лица – корелационен анализ;
- Определяне степента и статистическата зависимост на линейните взаимовръзки между скалите по TEMPS-A и скрининг IPDE, за цялата анализирана популация (нормативна контрола, дискриминативна контрола, прицелна група) 855 лица – регресионен анализ;

3.2 Дескриптивен анализ за описание и оценка на резултатите от TEMPS-A и IPDE скрининг – подгрупи: нормативна контрола; дискриминативна контрола; прицелна група.

По-долу в изложението са представени резултатите от статичестическия анализ на средните величини за групите: нормативна контрола (статус 1) – 318 лица, дискриминативна контрола (статус 2) – 222 души, прицелна група (статус 3) – 318 лица. Лицата с психиатрични заболявания разглеждани по-горе като статус група 4 (пациенти) не са включени в нито една от анализираните по-долу групи, тъй като проявените психични разстройства са извън контекста на разглежданата проблематика в настоящото изследване.

Демографските характеристики за всяка една от трите идентифицирани групи са следните:

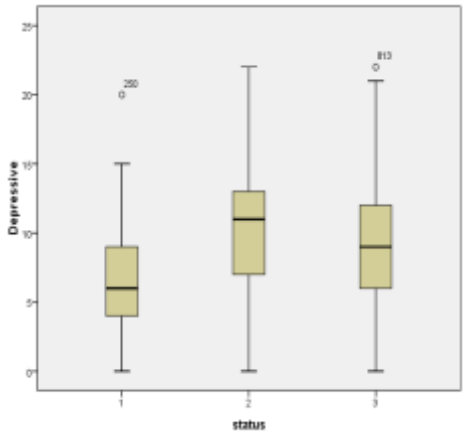
1. нормативна контрола – средна възраст 30,04, при средно стандартно отклонение 9,348, превалират лицата от 18 до 29 години; мъжете са 77,4%, а жените 22,6%; лицата със средно образование са 52,2%, с висше 18,9%, следват ученици 10,04% и студенти 10,01%, 8,5% не са посочили образователна степен.
2. дискриминативна контрола – средна възраст 31,56, при средно стандартно отклонение 9,353, превалират лицата между 18 до 31 години; мъжете са 71,2%, а жените 28,8%; лицата със средно образование са 58,1%, с висше 12,2%, следват студенти 9,5%, и ученици 5,9% и 14,4% не са посочили образователна степен.

3. прицелна група – средна възраст 30,97, при средно стандартно отклонение 6,211, превалират лицата между 18 до 30 години; мъжете са 82,2%, а жените 17,1%; лицата със средно образование са 63,2%, с висше 10,2%, следват студенти 10,02%, и ученици 1%, и 21,9% не са посочили образователна степен.

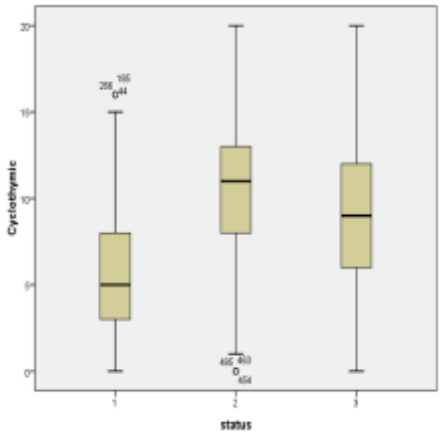
Резултатите по TEMPS-A за трите групи:

- нормативна контрола (статус 1);
- дискриминативна контрола (статус 2);
- прицелна група (статус 3) са представени графично.

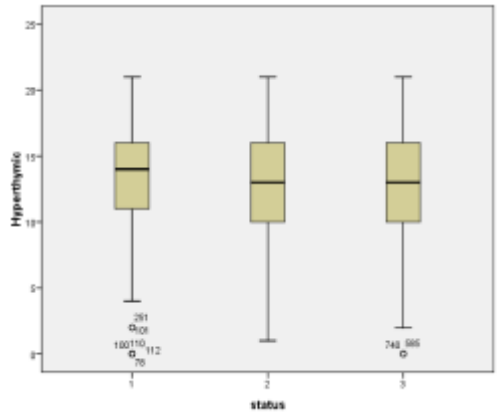
Разглеждани са медианните стойности по дименсиите от темпераментовия въпросник.



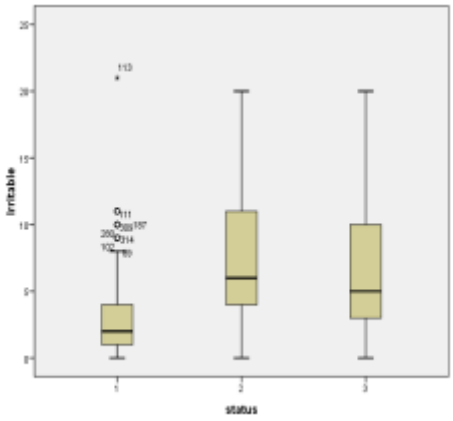
Фигура 22: Диаграма тип кутия за стойностите по скала депресивен



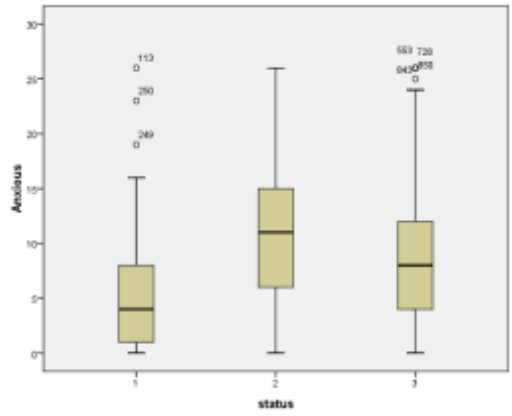
Фигура 23: Диаграма тип кутия за стойностите по скала циклотимен



Фигура 24: Диаграма тип кутия за стойностите по скала хипертимен



Фигура 25: Диаграма тип кутия за стойностите по скала раздразнителен



Фигура 26: Диаграма тип кутия за стойностите по скала тревожен

Медиани по TEMPS-A за трите групи:

- нормативна контрола (статус 1);
- дискриминативна контрола (статус 2);
- прицелна група (статус 3)

По скала хипертимен лицата от трите анализирани групи демонстрират относително близки медианни стойности, като това е единствената димeнсия по която нормативната контролна група (медиана 14) има по-високи стойности от другите две групи (медиана 13). По всички останали скали стойностите на медианните величини са по ниски за нормативнта група сравнено с останалите статуси, като разликите са значителни. По скала депресивен стойността за нормативната контрола е 6 точки, за дискриминативната контрола са

11, а за прицелната са 9. Тази тенденция се запазва и по отношение на останалите димeнсии циклотимен, раздразнителен и тревожен.

Резултатите от анализа на средните величини по TEMPS-A за трите групи са представени в табличен вид по-долу в таблица 24.

Таблица 24: Средни величини по TEMPS-A за трите подгрупи изследвани лица.

Скали	Статус групи	Средни стойности	Стандартно отклонение	Медиана	Минимум	Максимум
Депресивен Норма – медиана 7	**1**	6,66	3,037	**6**	0	20
	2	10,5	4,513	**11**	0	22
	3	8,97	4,313	**9**	0	22
Циклотимен Норма – медиана 7	**1**	5,69	3,592	**5**	0	16
	2	10,31	4,353	**11**	0	20
	3	8,97	4,318	**9**	0	20
Хипертимен Норма – медиана 14	**1**	13,5	4,103	**14**	0	21
	2	12,82	4,284	**13**	1	21
	3	12,88	4,191	**13**	0	21
Раздразнителен Норма – медиана 4	**1**	3,12	2,869	**2**	0	21
	2	7,48	4,614	**6**	0	20
	3	6,43	4,451	**5**	0	20
Тревожен Норма – медиана 6	**1**	4,76	4,345	**4**	0	26
	2	11,33	5,875	**11**	0	26
	3	8,91	5,725	**8**	0	26

Интересно е да се отбележи, че след разделянето на контролната група от клинично здрави лица на две групи – нормативна контрола от лица без нито едно проявено личностово разстройство и дескриминативна контрола от лица, с резултати по IPDE скрининг за поне едно вероятно личностово разстройство – медианните стойности по скалите от TEMPS-A за нормативната контрола слизат под граничните стойности определени за норма, докато за

дискриминативната контрола тези стойности са завишени в някои случаи с цели 5 пункта. Например нормата за димeнсия тревожен е 6 точки, стойностите за нормативната контрола са 4 точки, а за дискриминативната 11. Същата тенденция е налична и по отношение на останалите скали от темпераментовия въпросник, с изключение на скала Хипертимен. Обсъжданата тенденция за медианите се наблюдава и по отношение на средните стойности. Статистическата значимост на разликите между средните величини е подложена на оценка и представена по-долу в изложението.

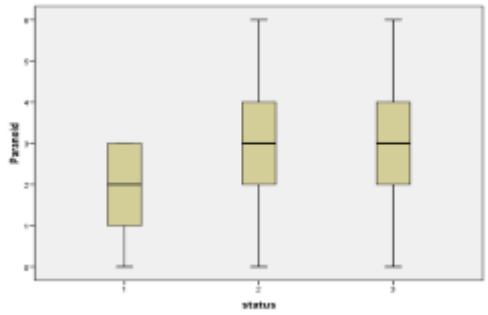
Наблюдаваната тенденция по отношение на изместването на медианните стойности след обособяването на дискриминативната контрола, лица от клинично здравата популация с прояви на поне едно личностово разстройство, може да се разглежда в контекста на разработваната проблематика като непряк индикатор за налична причинно следствена взаимовръзка между темперамента и личностовите разстройства.

Резултатите от самооценъчния въпросник за оценка на вероятната наличност на личностово разстройство IPDE скрининг са подложени на същата статистическа обработка, като обсъждания по-горе въпросник за оценка на темперамента TEMPS-A.

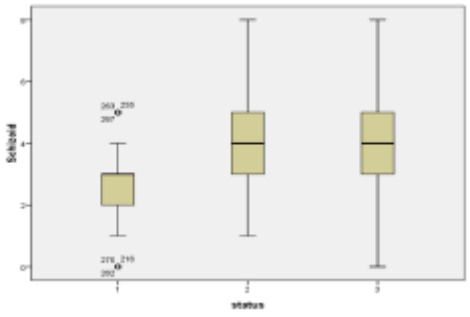
Резултатите са представени графично и в табличен вид за по-голяма яснота.

Разглеждани са медианните стойности по димeнсиите от IPDE скрининг за трите групи по отделно:

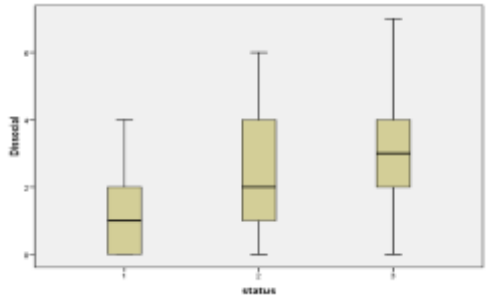
- нормативна контрола (статус 1);
- дискриминативна контрола (статус 2);
- прицелна група (статус 3).



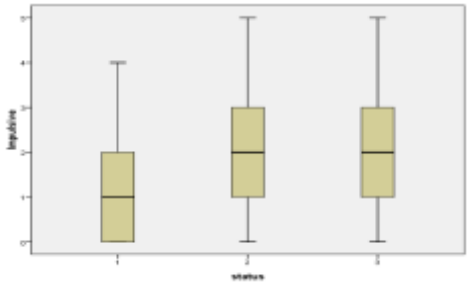
Фигура 27: Диаграма тип кутия за стойностите по скала параноид



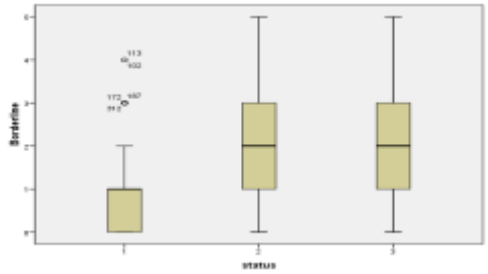
Фигура 28: Диаграма тип кутия за стойностите по скала шизоид



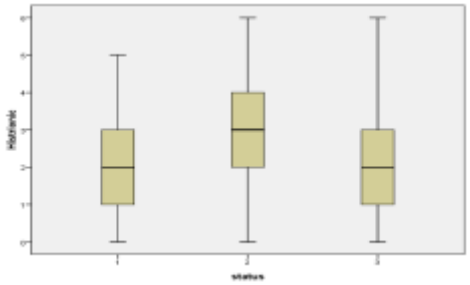
Фигура 29: Диаграма тип кутия за стойностите по скала асоциален



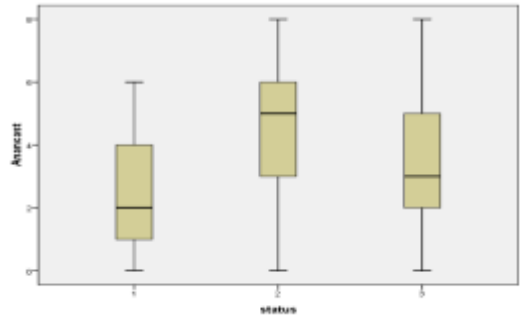
Фигура 30: Диаграма тип кутия за стойностите по скала импулсивен



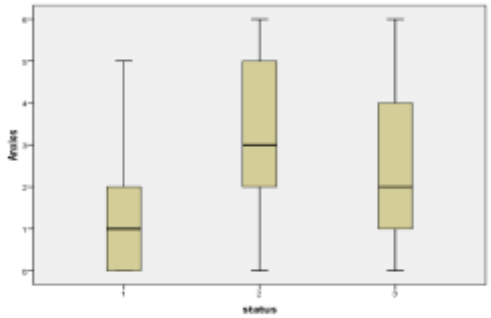
Фигура 31: Диаграма тип кутия за стойностите по скала граничен



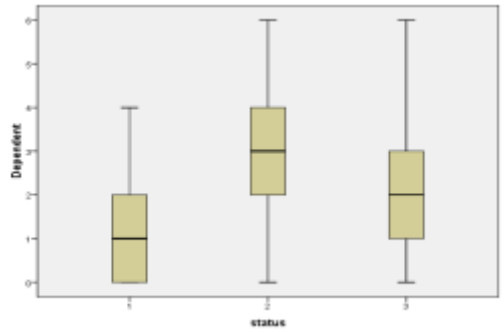
Фигура 32: Диаграма тип кутия за стойностите по скала хистрионен



Фигура 33: Диаграма тип кутия за стойностите по скала ананкаст



Фигура 34: Диаграма тип кутия за стойностите по скала тревожен



Медианни стойности по IPDE скрининг – 3 групи:

- нормативна контрола (статус 1);
- дискриминативна контрола (статус 2);
- прицелна група (статус 3)

Фигура 35: Диаграма тип кутия за стойностите по скала зависим

Наблюдаваната тенденция описана за резултатите по TEMPS-A е валидна и по отношение на дименсиите описвани от IPDE скрининг. Резултатите показват по-ниски средни величини (медиана и средна стойност) за статус група 1 (нормативна контрола) сравнено с резултатите за останалите две статус групи – дискриминативна контрола и прицелна. Тук също се наблюдават отклонения от стандартните гранични норми, като за група статус1 те са под граничните стойности по всички скали от IPDE скрининг. По отношение на останалите две групи, обаче няма еднозначни данни показващи завишение на медианите спрямо граничните норми. Повишение се регистрира само по скала ананкаст за дискриминативната група, което би могло да бъде обяснено с профила на клинично здравата извадка, наличието на ученици и студенти. Някои от диагностичните критерии по тип ананкаст могат да се идентифицират като резултат от специфичната ситуация на обучението и лицата в образователните институции.

Резултатите от анализа на средните величини по IPDE са представени в табличен вид по-долу.

Таблица. 25: Средни величини по IPDE скрининг за групите изследвани лица.

Скали	Статус групи	Средни стойности	Стандартно отклонение	Медиана	Минимум	Максимум
Параноид Норма – медиана 3	**1**	1,75	0,953	**2**	0	3
	2	3,26	1,234	**3**	0	6
	3	2,96	1,167	**3**	0	6
Шизоид Норма – медиана 4	**1**	2,61	1,251	**3**	0	5
	2	4,23	1,624	**4**	1	8
	3	3,64	1,607	**4**	0	8
Диссоциален Норма – медиана 3	**1**	1,25	1,193	**1**	0	4
	2	2,54	2,883	**2**	0	6
	3	2,86	1,601	**3**	0	7
Импулсивен Норма – медиана 3	**1**	0,97	1,127	**1**	0	4
	2	2,25	1,47	**2**	0	5
	3	2,14	1,474	**2**	0	5
Граничен Норма – медиана 3	**1**	0,81	0,912	**1**	0	4
	2	2,1	1,311	**2**	0	5
	3	1,82	1,37	**2**	0	5
Хистрионен Норма – медиана 3	**1**	1,81	1,253	**2**	0	5
	2	2,78	1,548	**3**	0	6
	3	2,47	1,459	**2**	0	6
Ананкаст Норма – медиана 4	**1**	2,56	1,52	**2**	0	6
	2	4,51	1,769	**5**	0	8
	3	3,35	1,735	**3**	0	8
Тревожен Норма – медиана 3	**1**	1,32	1,161	**1**	0	5
	2	3,41	1,606	**3**	0	6
	3	2,56	1,695	**2**	0	6
Зависим Норма – медиана 3	**1**	1,42	1,175	**1**	0	4
	2	2,88	1,606	**3**	0	6
	3	2,1	1,56	**2**	0	6

Средните стойности са като цяло завишени в статус група 2, в сравнение с нормативната група (статус 1) и с прицелната (статус 3).

За оценка степента на статистическата значимост на разликите в средните величини между групите, по дименсиите от двата инструмента, е приложен ANOVA тест за оценка степента на статистическа значимост на разликте на средните стойности между групите, по отношение на скалите от анализираните въпросници TEMPS-A и IPDE скрининг.

3.3 Анализ и оценка на статистически значими разлики между средните величини на трите подгрупи за склите по TEMPS-A и IPDE скрининг

3.3.1 Анализ и оценка на статистически значими разлики между средните величини на трите подгрупи за склите по TEMPS-A - ANOVA TEST

Приложен е ANOVA тест за детерминиране на статистически значими разлики между средните стойности за трите анализирани групи – нормативна контрола, дискриминативна контрола, прицелна група. Ако статистическият анализ докаже сигнификантни резултати, то ние ще приемем алтернативната хипотеза за валидна, а именно че има налични най-малко две групи, които имат статистически значими

разлики помежду си. За да се детерминира, кои специфични групи имат сигнификантни разлики една от друга е приложен post-hoc test.

Анализ за равенство на вариациите между групите е направен с помощта на статистическата оценка на хомогенност. По-долу са представени резултатите от тест на Lavene за хомогенност на вариациите между групите по отношение на резултатите от скалите по TEMPS-A.

Таблица. 26: Тест за хомогенност на дисперсиите – TEMPS-A

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивен	22,452	2	852	,000
Циклотимен	5,475	2	852	,004
Хипертимен	1,255	2	852	,286
Раздразнителен	49,566	2	852	,000
Тревожен	15,082	2	852	,000

Резултатите от теста за оценка на равенството на дисперсиите между трите групи показва наличие на хомогенност само по отношение на скала хипертимен (Sig.=0,286), Sig > 0,05. По всички останали скали разликите между дисперсиите са сигнификантни.

Приложен е тест за оценка на статистическата значимост на разликите между средните стойности по скалите от темпераментовия въпросник, за трите групи. Поради факта, че за обследваната популация

условието за хомогенност на вариациите е изпълнено само за скала хипертимен, то в случая е по-коректно да бъдат анализирани резултатите от Robust test за оценка равенството на средните стойности, вместо резултатите от стандартната ANOVA таблица. Резултатите са представени в таблица 27.

Таблица 27: Robust test за равенство на средните стойности по скалите от TEMPS-A.

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic[a]	df1	df2	Sig.
Депресивен	Welch	73,024	2	493,935	,000
Циклотимен	Welch	103,046	2	518,001	,000
Хипертимен	Welch	2,399	2	530,122	,092
Раздразнителен	Welch	112,189	2	482,767	,000
Тревожен	Welch	118,711	2	505,627	,000

a. Asymptotically F distributed.

За всички скали от темпераментовия въпросник разликите между средните стойности за трите групи са сигнификантни (при p=0,000) с изключение на скала хипертимен, където p > 0,05 (p=0.092).

Както бе анализирано по-горе по скала хипертимен няма статистически значими разлики между средните величини за групите, тук коефициентът за оценка на разликите показва ниски стойности с ниска степен на статистическа значимост на регистрираните разлики (F=2,370; p=0,092).

Следствие на представените по-горе анализи, логично е да се направи предварително допускане, че скала хипертимен ще има най-малка предиктивна стойност, или въобще няма да има такава, по отношение на разглежданата психиатрична категория личностови разстройства.

Представените по-горе в изложението анализи доказват наличието на статистически значими разлики между групите като цяло в представената извадка от 855 лица.

За да се детерминират сигнификантните разлики между средните стойности между всяка една от групите по отделно, по отношение на средните стойности от скалите по TEMPS-A, е приложен post-hoc test за резултатите по скалите от самооценъчния темпераментов въпросник.

Резултатите от post-hoc test показват сигнификантните разлики между средните стойности между всяка една от групите по отделно с изключение на дименсия хипертимен.

Таблица. 28: Post Hoc Test за оценка статистическата значимост на подвойковите разлики между трите изследвани групи по скалите от TEMPS-A

Multiple Comparisons					
Tukey HSD N 855	(I) status	(J) status	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Депресивен	1	2	-3,844*	,345	,000
		3	-2,314*	,314	,000
	2	1	3,844*	,345	,000
		3	1,530*	,346	,000
	3	1	2,314*	,314	,000
		2	-1,530*	,346	,000
Циклотимен	1	2	-4,618*	,356	,000
		3	-3,280*	,324	,000
	2	1	4,618*	,356	,000
		3	1,338*	,357	,001
	3	1	3,280*	,324	,000
		2	-1,338*	,357	,001
Хипертимен	1	2	,682	,366	,150
		3	,614	,332	,155
	2	1	-,682	,366	,150
		3	-,067	,367	,982
	3	1	-,614	,332	,155
		2	,067	,367	,982
Раздразнителен	1	2	-4,361*	,349	,000
		3	-3,315*	,317	,000
	2	1	4,361*	,349	,000
		3	1,046*	,349	,008
	3	1	3,315*	,317	,000
		2	-1,046*	,349	,008
Тревожен	1	2	-6,568*	,463	,000
		3	-4,147*	,421	,000
	2	1	6,568*	,463	,000
		3	2,421*	,464	,000
	3	1	4,147*	,421	,000
		2	-2,421*	,464	,000
*. The mean difference is significant at the 0.05 level. 95% Confidence Interval					

Резултатите от post hoc теста показват най-високи, статистически значими, разлики между средните стойности по скала тревожен, между статус групи 1 нормативна контрола и 2 дискриминативна контрола

(6,568), при P=0,000, както и между статус група 1 нормативна и статус група 3 прицелна, (4,421), при P=0,000, разликите между статус групи 2 и 3 са с висока статистическа значимост, но сравнено с другите две групи по тази скала, със сравнително ниски стойности на коефициентът за оценка на разликите между средните (2,241), при P=0,000. По скала циклотимен тенденцията за силна статистически значима разлика между група 1 и останалите две гупи 2 и 3 се запазва – коефициентът с група 2 е (4,618), при P=0,000, а коефициентът с група 3 (3,280), при P=0,000, се запазва – разликата между група 2 и 3 показва сравнително ниски стойности (1,338). Резултатите показват, че описаната тендеция за големините на разликите между групите се запазва същата и за скали депресивен, раздразнителен и хипертимен, независимо че по дименсия хипертимен разликите между всяка една от трите групи са много малки и не са статистически значими.

До тук описаните резултати показват статистически значими разлики и за трите групи по отделно, като най-ниските стойности са регистрирани между групи 2 (дискриминативна контрола от лица с покрити критерии по IPDE скрининг за поне едно личностово разстройство) и статус група 3 (прицелна от лица с проявени вече дезадаптивни прояви с доказана абнормна личностова структура - затворници и зависими лица). От представените по-горе анализи можем да направим предварително заключение, че с изключение на дименсия хипертимен всички останали скали по TEMPS-A са свързани с наличието на абнормни личностови тенденции, като силата и статистическата значимост са анализирани по-долу в изложението.

3.3.2 Анализ и оценка на статистически значими разлики между средните величини на трите подгрупи за склите по IPDE скрининг – ANOVA TEST

Приложен е ANOVA тест за детерминиране на статистически значими разлики между средните стойности за трите анализирани групи – нормативна контрола, дискриминативна контрола, прицелна група по отношение на резултатите от IPDE скрининг. Ако статистическият анализ докаже сигнификантни резултати, то ние ще приемем алтернативната хипотеза за валидна, а именно че има налични най-малко две групи, които имат статистически значими разлики помежду си. За да се детерминира, кои специфични групи имат сигнификантни разлики една от друга е приложен post-hoc test.

Анализ за равенство на вариациите между групите е направен с помощта на статистическият анализ за оценка на хомогенност. Резултатите от тест на Lavene за хомогенност на дисперсиите между групите по отношение на резултатите от скалите по IPDE скрининг са представени таблично в таблица 29.

Таблица 29: Тест за хомогенност на вариациите за изследваните групи – IPDE скрининг

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Параноид	7,047	2	852	,001
Шизоид	10,314	2	852	,000
Диссоциален	23,085	2	852	,000
Импулсивен	19,564	2	852	,000
Граничен	30,770	2	852	,000
Хистрионен	4,454	2	852	,012
Ананкаст	2,581	2	852	,076
Тревожен	24,526	2	852	,000
Зависим	10,513	2	852	,000

Резултатите от теста за оценка на равенството на вариациите между трите групи показва наличие на хомогенност само по отношение на скала ананкаст (Sig.=0,076), Sig > 0,05. По всички останали скали от IPDE скрининг разликите между вариациите са сигнификантни.

Приложен е тест за оценка на статистическата значимост на разликите между средните стойности по скалите от скрининговия въпросник, за трите групи. В обследваната популация условието за хомогенност на дисперсиите е изпълнено само за скала ананкаст, то в случая е по-коректно да бъдат анализирани резултатите от Robust test за равенство на средните стойности, вместо резултатите от стандартната ANOVA таблица. Резултатите са представени в таблица 30.

Таблица 30: Robust test за равенство на средните стойности между групите по скалите от IPDE скрининг.

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic[a]	df1	df2	Sig.
Параноид	Welch	163,680	2	510,708	,000
Шизоид	Welch	91,139	2	510,360	,000
Диссоциален	Welch	119,837	2	499,710	,000
Импулсивен	Welch	92,103	2	509,706	,000
Граничен	Welch	110,216	2	496,082	,000
Хистрионен	Welch	36,806	2	515,440	,000
Ананкаст	Welch	89,688	2	521,782	,000
Тревожен	Welch	155,580	2	501,249	,000
Зависим	Welch	69,707	2	504,373	,000

a. Asymptotically F distributed.

За всички димeнсии от скрининга разликите между средните стойности за трите групи са сигнификантни $p < 0,05$, като за всички скали без изключение ($p=0.000$).

За да се детерминират сигнификантните разлики между средните стойности между всяка една от групите по отделно, по отношение на средните стойности от скалите по IPDE скрининг, е приложен post-hoc test за резултатите по скалите от самооценъчния въпросник за личностови разстройства.

Резултатите от post-hoc test приложени в таблица 31 показват сигнификантните разлики между средните стойности между всяка една от групите по всички скали.

Таблица 31: Post Hoc Test за оценка статистическата значимост на разликите между трите изследвани групи по скалите от IPDE скрининг

Multiple Comparisons					
Tukey HSD N 855	(I) status	(J) status	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Параноид	1	2	-1,508*	,097	,000
		3	-1,213*	,088	,000
	2	1	1,508*	,097	,000
		3	,295*	,097	,007
	3	1	1,213*	,088	,000
		2	-,295*	,097	,007
Шизоид	1	2	-1,618*	,130	,000
		3	-1,031*	,118	,000
	2	1	1,618*	,130	,000
		3	,587*	,130	,000
	3	1	1,031*	,118	,000
		2	-,587*	,130	,000
Диссоциален	1	2	-1,291*	,130	,000
		3	-1,618*	,118	,000
	2	1	1,291*	,130	,000
		3	-,327*	,131	,033
	3	1	1,618*	,118	,000
		2	,327*	,131	,033
Импулсивен	1	2	-1,281*	,118	,000
		3	-1,168*	,108	,000
	2	1	1,281*	,118	,000
		3	,113	,119	,610
	3	1	1,168*	,108	,000
		2	-,113	,119	,610
Граничен	1	2	-1,294*	,105	,000
		3	-1,011*	,096	,000
	2	1	1,294*	,105	,000
		3	,283*	,105	,020
	3	1	1,011*	,096	,000
		2	-,283*	,105	,020
Хистрионен	1	2	-,979*	,123	,000
		3	-,668*	,112	,000
	2	1	,979*	,123	,000
		3	,311*	,124	,032
	3	1	,668*	,112	,000
		2	-,311*	,124	,032
Ананкаст	1	2	-1,952*	,146	,000

		3	-,793*	,133	,000
	2	1	1,952*	,146	,000
		3	1,160*	,146	,000
	3	1	,793*	,133	,000
		2	-1,160*	,146	,000
Тревожен	1	2	-2,086*	,131	,000
		3	-1,232*	,119	,000
	2	1	2,086*	,131	,000
		3	,854*	,131	,000
	3	1	1,232*	,119	,000
		2	-,854*	,131	,000
Зависим	1	2	-1,454*	,126	,000
		3	-,674*	,115	,000
	2	1	1,454*	,126	,000
		3	,780*	,126	,000
	3	1	,674*	,115	,000
		2	-,780*	,126	,000

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.
95% Confidence Interval

Наблюдаваните тенденции по отношение резултатите по скалите от TEMPS-A за изследваната популация се запазват и по отношение на резултатите от скали по IPDE скрининг, а именно фактът че се наблюдават статистически значими разлики между средните между статус групи 1 (нормативна контрола) и 2 (дискриминативна контрола) и 1 (нормативна) и 3 (прицелна), между групи 2 и 3 разликите са много ниски, като за някои скали имаме намалена степен на статистическа значимост – диссоциален (0,327) P=0,033; граничен (0,283) P=0,020; хистрионен (0,311) P=0,032; а за скала импулсивен разликите между тези две групи са без статистическа значимост – импулсивен (0,113), при P=0,610 (P>0,05).

Представените резултати потвърждават високата сензитивност на инструмента IPDE скрининг по отношение идентифициране на

личностовата патология, както и дискриминативната валидност на статус група 2 (междинна контролна група).

До тук описаните резултати показват статистически значими разлики и за трите групи по отделно. Регистрираните стойности на коефициента за оценка на разликите между средните стойности на групите, показват наличието на по-малки разлики между групи 2, дискриминативна контрола от лица с покрити критерии по IPDE скрининг за поне едно личностово разстройство и 3 прицелна от лица с проявени вече дезадаптивни прояви с доказана абнормна личностова структура (затворници и зависими лица), в сранение с коефициентите между група 1 (клинично здрава популация без проявени вероятни личностови разстройства) и останалите две групи. За обследваната популация описаната тенденция се няблюдава по отношение и на двата анализирани самооценъчни инструмента, TEMPS-A въпросник за оценка на темперамента и IPDE скрининг инструмент за оценка наличие на вероятно личностово разстройство.

От представените по-горе анализи можем да направим предварително заключение, че с изключение на димeнсия хипертимен всички останали скали по TEMPS-A са свързани с наличието на абнормни личностови тенденции, като силата и статистическата значимост на взаимовръзките са анализирани по-долу в изложението.

3.4 Идентифициране на наличните взаимовръзки между клиничните инструменти TEMPS-A и скрининг IPDE. Оценка степента на статистическа значимост на корелациите.

За идентификация на взаимовръзките между темпераментовите черти и типа на проявените личностови абнормности, както и за оценка на силата и статистическата значимост на взимовръзките е приложен корелационен анализ представен в таблица 32.

Таблица 32: Степени на взаимовръзки между типове темперамент по TEMPS-A и типове личностови разстройства по IPDE скрининг

Spearman's rho N 855		Параноид	Шизоид	Диссоциален	Импулсивен	Граничен	Хистрионен	Ананкаст	Тревожен	Зависим
Депресивен	correlation	,330**	,436**	,171**	,341**	,412**	,207**	,357**	,545**	,508**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Циклотимен	correlation	,463**	,410**	,374**	,584**	,585**	,461**	,347**	,540**	,415**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Хипертимен	correlation	,114**	-,001	,017	,150**	-,015	,216**	,132**	-,030	-,017
	Sig. (2-tailed)	,001	,969	,623	,000	,652	,000	,000	,385	,610
Раздразнителен	Correlation	,529**	,367**	,473**	,617**	,519**	,465**	,339**	,503**	,367**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Тревожен	Correlation	,436**	,417**	,312**	,471**	,487**	,391**	,418**	,662**	,505**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

За изследваната популация най-висок корелационен коефициент, показващ силна положителна степен на корелация с висока статиситическа значимост, се наблюдава между тип темперамент тревожен и личностово разстройство тревожен по IPDE r=0,662; P<0,0005. Следващата по сила взаимовръзка се регистрира между тип темперамент раздразнителен и личностово разстройство импулсивен, също силна с положителен знак и с висока степен на значимост корелация r=0,617; P<0,0005. Между темперамент циклотимен и личностови разстройства граничен и импулсивен е налице силна взаимовръзка с висока степен на статистическа значимост: циклотимен/граничен r=0,585; P<0,0005; циклотимен/импулсивен r=0,584; P<0,0005. Между тип темперамент депресивен и личностово разстройство тревожен корелацията е също с положителен знак и с висока степен на статистическа значимост r=0,545; P<0,0005. следват: циклотимен/тревожен r=0,540; P<0,0005; раздразнителен/граничен r=0,519; P<0,0005. За личностово разстройство тип зависим са налице силни положителни корелации по отношение на скали депресивен r=0,508; P<0,0005 и тревожен r=0,505; P<0,0005.

Темперамент раздразнителен показва висока степен на положителна корелаци също и с личностови разстройства параноид r=0,529; P<0,0005 и с тревожен r=0,503; P<0,0005.

Интересно е да се отбележи, че за представената популация резултатите показват статистически значими взаимовръзки, вариращи от слаба до силна положителна степен между типовете темперамент по TEMPS-A и личностови разстройства идентифицирани по IPDE скрининг, с изключение на скала хипертимен където се наблюдават и изключително ниски отрицателни взаимовръзки без статистическа

значимост, както и ниски отрицателни коефициенти на взаимовръзка без статистическа значимост със скали шизоид, диссоциален, граничен и тревожен. Между тип темперамент хипертимен и личностово разстройство зависим няма наличие на каквато и да е взаимовръзка, за обследваната популация.

Обобщено резултатите от направените по-горе анализи представят следната картина:

Темперамент тип депресивен показва силна положителна взаимовръзка с висока степен на статистическа значимост с личностови разстройства тревожен и зависим.

Тип темперамент циклотимен демонстрира силна положителна корелация с висока статистическа значимост с личностови разстройства импулсивен, граничен и тревожен.

Темперамент хипертимен показва изключително слаби, но статистически значими корелации с типове параноид, импулсивен, хистрионен и ананкаст, по отношение на останалите типове личностови разстройства този темперамент не показва статистически значими корелации.

Темперамент тип раздразнителен демонстрира силни взимовръзки с високи степени на статистическа значимост с личностови разстройства параноид, импулсивен, граничен и тревожен.

Темперамент тип тревожен показва силни корелации с висока степен на статистическа значимост с личностови разстройства тревожен и зависим.

Представеният корелационен анализ идентифицира корелационни зависимости между темпераментовите черти и

проявените личностови разстройства, но не определя дали тези взаимовръзки са причинно следствени или не и до каква степен може да се прогнозира дали при наличието на високи стойности по скалите от темпераментовия въпросник ще има също така и високи стойности по дименсиите за личностови разстройства.

3.5 Идентификация на линейни зависимости между TEMPS-A и скрининг IPDE. Оценка степента на статистическа значимост на линейните корелации.

Корелационните коефициенти представени в анализа по-горе доказват взаимовръзка между скалите от темпераментовият въпросник и дименсиите описващи наличие на вероятно личностово разстройство и на тази база може да се допусне предиктивна валидност на някои типове темперамент по отношение на проявени личностови разстройства. За да се оцени линейната зависимост между типовете темперамент по TEMPS-A и проявените личностови разстройства идентифицирани посредством IPDE скрининг е приложен регресионен анализ представен в таблица 33.

Таблица 33: Регресионен анализ – независими променливи типове темперамент по TEMPS-A, зависими променливи личностови разстройства по IPDE скрининг.

Тип темперамент / личностово разстройство		параноид	шизоид	диссоциален	импулсивен	граничен	хистрионен	ананкаст	тревожен	зависим
дересивен	R	,339	,439	,170	,322	,395	,220	,372	,551	,512
	R Square	,115	,193	,029	,103	,156	,048	,138	,304	,262
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
циклотимен	R	,473	,411	,358	,571	,575	,450	,360	,535	,444
	R Square	,224	,169	,128	,326	,330	,202	,130	,286	,197
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
хипертимен	R	,128	,012	,004	,166	,016	,215	,138	,004	,015
	R Square	,016	,000	,000	,028	,000	,046	,019	,000	,000
	Sig.	,000	,731	,902	,000	,639	,000	,000	,899	,654
раздразнителен	R	,510	,379	,471	,617	,518	,453	,343	,507	,397
	R Square	,260	,144	,222	,381	,269	,205	,118	,257	,158
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
тревожен	R	,441	,402	,291	,462	,473	,391	,422	,660	,510
	R Square	,194	,161	,085	,213	,224	,153	,178	,436	,260
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Тенденцията идентифицирана в представения по-горе корелационен анализ се наблюдава и при регресионния анализ. Всички типове темперамент с изключение на хипертимен показват силни линейни взаимовръзки с високи степени на статистическа значимост по отношение на дименсиите по IPDE скрининг. Наличието на статистически значим коефициент на линейна корелация може да бъде разглеждан като наличие на причинно следствена връзка между

независимите променливи типове темперамент по TEMPS-A и зависимите променливи, вероятните личностови разстройства идентифицирани по IPDE скрининг.

За скала **депресивен темперамент** най-високият коефициент се наблюдава по отношение на личностово разстройство тревожен R=0,551, P<0,0005. Коефициентът показва че за изследваната популация 30,4% от проявите на личностово разстройство тревожен могат да бъдат обяснени с наличието на доминантни черти от темперамент тип депресивен. Следващата по сила линейна взаимовръзка е с дименсия зависим R=0,512, P<0,0005, тук 26,2% от зависимата променлива се обяснява с наличието на черти от анализирания тип темперамент. Умерени линейни корелации се наблюдават по отношение на няколко типа личностови разстройства като най-високата умерена линейна корелация е с тип личностово разстройство шизоид R=0,439, P<0,0005, обяснение - 19,3%. Следват дименсии граничен, ананкаст, параноид и импулсивен. По отношение на личностови разстройства диссоциален и хистрионен стойностите на коефициента за линейна корелация показват слаби, но статистически значими взаимовръзки.

Тип **циклотимен темперамент** показва високи степени на линейна корелация с дименсии личностови разстройства граничен R=0,575, P<0,0005, описва 33% от проявите на личностово разстройство граничен и с дименсия импулсивен R=0,571, P<0,0005, описва 32,6%. С личностово разстройство тревожен също показва силна линейна взаимовръзка R=0,535, P<0,0005, тук 28,6%. Тип циклотимен демострира средни степени на линейни корелации с всички останали

личностови разстройства, ранжирани по следния начин: параноид, хистрионен, зависим, шизоид, ананкаст и диссоциален.

Темперамент хипертимен не показва наличие на умерени или силни линейни корелации с нито едно от личностовите разстройства по IPDE скрининг. Взаимовръзките са или изключително слаби или са с ниска статистическа значимост. Все пак проявените слаби корелации са ранжирани по следния начин: с димeнсия хитрионен R=0,215, P<0,0005, 4,6% от изявениете прояви по тип хистрионен могат да бъдат обяснени с наличието на темпераментови черти от тип хипертимен; импулсивен R=0,166, P<0,0005, обяснение 2,8%; ананкаст R=0,138, P<0,0005, обяснение 1,9%; параноид R=0,128, P<0,0005, тук 1,6%. По отношение на останалите скали коефициентите са статистически незначими.

Тип **темперамент раздразнителен** показва най-висока степен на линейна корелация с димeнсия импулсивен R=0,617, P<0,0005, 38,1% от засилените прояви по личностово разстройство импулсивен в популацията могат да бъдат обяснени с наличието на темпераментови черти от тип раздразнителен. Следващият по стойност коефициент се наблюдава с тип граничен R=0,518, P<0,0005, обяснение 26,9%. Скала параноид показва корелационен коефициент с темперамент раздразнителен R=0,510, P<0,0005, тук 26% от проявите по димeнсия параноид могат да бъдат обяснени чрез темперамент раздранителен. По отношение на останалите скали от IPDE скрининг коефициентите на линейна взаимовръзка са умерени по сила, с много висока статистическа значимост. Диссоциален R=0,471, P<0,0005, 22,2%; хистрионен R=0,453, P<0,0005, 20,5%; зависим R=0,397, P<0,0005, 15,8%; шизоид R=0,379, P<0,0005, тук 14,4%; ананкаст R=0,343, P<0,0005, 11,8%.

Темперамент тип тревожен показва много висока предиктивност по отношение на скала тревожен R=0,660, P<0,0005,

обяснява 43,6% от проявените черти от този тип личностово разстройство. Това е и коефициентът на линейна корелация с най-висока стойност за изследваната популация. Следващият по сила коефициент на линейна взаимовръзка е с дименсия зависим R=0,510, P<0,0005, обяснение 26%. Между тип темперамент тревожен и останалите дименсии личностови разстройства линейните корелации са умерени, като изключение прави скала диссоциален където корелацията е много слаба, но статистически значима. Останалите коефициенти са ранжирани както следва: граничен R=0,473, P<0,0005, обяснение 22,4%; импулсивен R=0,462, P<0,0005, 21,3%; параноид R=0,441, P<0,0005, 19,4%; шизоид R=0,402, P<0,0005, 16,1%; хистрионен R=0,391, P<0,0005, 15,3%.

Високите стойности на коефициентите за линейна корелация ни дават право да направим някои заключения относно причинно следствената взаимовръзка между наличието на определен тип темпераментови предиспозиции и регистрираните прояви на вероятни личностови разстройства, а именно при превалирането на кой темперамент кое личностово разстройство има най-голяма вероятност да се прояви.

По отношение на личностово разстройство **тип параноид** най-висока предиктивна стойност има **темперамент раздразнителен**. За проявата на тип **шизоид** най-висока степен на предиктивност се наблюдава при тип **депресивен**. Скала **диссоциален** се описва най-добре от темперамент **раздразнителен**. Същия темперамент показва най-висока степен на предиктивност по отношение на личностово разстройство импулсивен. **Гранично личностово разстройство** се описва най-добре от **темперамент тип циклотимен**. Темпераменти

циклотимен и **раздразнителен** са с еднаква предиктивна стойност по отношение на **хистрионното личностово разстройство, като темперамент раздразнителен показва по-високи стойности.** Димeнсия **ананкаст** се описва най-добре от **тревожен тип темперамент**. Личностово разстройство **тревожен** се описва най-добре от тип темперамент **тревожен**. За димeнсия **зависим** темпераменти депресивен и тревожен имат почти еднаква предиктивна стойност, като все пак по-висок коефициент на линейна зависимост показва темперамент **депресивен**, отколкото темперамент тревожен.

Обобщен модел на предиктивната тежест на типовете темперамент по отношение на проявите на личностови разстройства е представен в таблица 34 по-долу.

Таблица 34: Предиктивна тежест на типовете темперамент за проявата на личностово разстройство

	параноид	шизоид	диссоциален	импулсивен	граничен	хистрионен	ананкаст	тревожен	зависим
Депресивен		○							○○
Циклотимен					○	○			
Хипертимен	●			●		●	●	●	●
Раздразнителен	○		○	○○		○○			
Тревожен							○	○○	○

Мартинова Х.

4. Обобщение на статистическите резултати

От резултатите представени по-горе можем да направим основателни изводи, че:

- направените анализи за проверка на темпоралната стабилност (Test retest reliability) на разглеждания въпросник TEMPS-A показват висока степен на надеждност на скалите от инструмента. Скалата с най-висока степен на темпорална стабилност, за изследваната популация, е скала Anxious;
- Определени са граничните норми, над които стойностите вече са предиктивни по отношение на оста норма-патология;
- Определени са коефициентите за вътрешна съгласуваност на скалите, показващи висока консистентност;
- Определен е броя на айтемите, съдържащи се във всяка една от скалите;
- Дефинирани са минималните и максимални точки, описващи разпределението по скалите за разглежданата извадка;
- Верифициран е броя на скалите във въпросника;
- Определено е факторното тегло на компонентите за изследваната извадка;
- Потвърдена е конструкт валидността на българската версия на инструмента за диагностика на темперамента TEMPS-A. Резултатите от статистическия анализ показват висока степен на съгласуваност между скалите по TEMPS-A и скалите по EPQ, приложени за българска популация.

- Описан е психологичният профил на извадката по отношение на скалите от TEMPS-A;
- Описан е психологичният профил на извадката по отношение на скалите от IPDE скрининг;
- Доказани са изследователските хипотези за наличие на взаимовръзки между темпераментите по TEMPS-A и проявената личностова патология;
- Идентифицирани са статистически значимите разлики между средните стойности по TEMPS-A по отношение на изследваните подгрупи;
- Идентифицирани са статистически значимите разлики между средните стойности по IPDE скрининг по отношение на изследваните подгрупи;
- Идентифицирани са статистически значимите взаимовръзки между типовете темперамент по TEMPS-A и IPDE скрининг.
- Оценена е степента на предиктивност на типовете темперамент по TEMPS-A по отношение на проявите на личностова патология.

V. ОБОБЩЕНИЕ И ИЗВОДИ

1. Обсъждане

Представените по-горе анализи доказват наличие на статистически значими силни корелации между изследваните темпераментови типове и проявите на личностови разстройства. С изключение на димeнсия хипертимен всички останали скали по TEMPS-A са свързани с наличието на абнормни личностови тенденции, като направените анализи доказват линейни взаимовръзки между темпераментовите черти и проявените личностови абнормности, а именно при превалирането на кой темперамент кое личностово разстройство има най-голяма вероятност да се прояви.

Клонингер разработва изследванията си базирани върху идеята за съществуването на 4 основни типа темпераментови черти HA (Harm Avoidance) “избягване на увреда”, NS (Novelty Seeking) “търсене на новото”, RD (reward Dependence) “зависимост от награда”, P (Persistence) “настойчивост” /Калинов К., Миланова В., Жабленски А., 2005; /Maj M., Akiskal H. S at all, 2005/ [7, 73]. В изследванията си върху връзката между темпераментовия и характеров конструкт и личностовите разстройства изследователите /Svrakic D.M. at all, 1993; Svrakic D.M. at all 2002/ [83, 85] верифицират наличие на корелации между четирите темпераментови черти и личностовите разстройства обособени в клъстери, което се потвърждава и от настоящото изследване. Работите на Svrakic at all /Svrakic D.M. at all 2002/ [85] показват по-силни корелационни връзки между клъстерните разстройства и трите характерови конструкта в сравнение с

темпераментовите черти, но резултатите се обсъждат с уговорката, че все пак характерът е съвкупност от надстроени над биологичните предиспозиции висши когнитивни функции, обусловени от индивидуалния житейски опит и социкултурни ситуации, влияещи върху изграждането на личността /Maj M., Akiskal H. S at all, 2005; Svrakic D.M. at all, 1993; Svrakic D.M. at all 2002/ [73, 83, 85].

Отчитайки, че характерът определя цялостното функциониране на индивида, а личностовите разстройства се проявяват именно чрез нарушения в адекватността на това функциониране, е закономерно да има по-силни корелации между личностовата патология и характера като личностов конструкт. Темпераментът е разглеждан като "емоционалната сърцевина" на личността, задаваща основните биологични диспосиции (страх, гняв и привързаност), както и съотносимите към тях най-ранни автоматични поведенчески отговори, а именно инхибиране, активация и подкрепяне (поддържане) на поведението /Maj M., Akiskal H. S at all, 2005; Svrakic D.M. at all, 1993; Svrakic D.M. at all 2002/ [73, 83, 85]. В този контекст взаимовръзките между темперамента и личностовите абнормности, макар и с по-ниски корелации от характеровите черти, трябва да се разглеждат като значим базисен предиктор по отношение на личностовите разстройства, което е потвърдено от резултатите в част 3 на глава IV.

По отношение на личностовите разстройства, влизащи в групата на клъстер А странни (параноидно, шизоидно и шизотипно личностово разстройство), изследванията на Svrakic at all. идентифицират статистически значими взаимовръзки най-с темперамент НА (Harm Avoidance) „избягване на увреда" /Svrakic D.M. at all 2002/ [85]. Разработките на Акискал /Akiskal, H.S. at all, 1998b; Akiskal, H.S., at all 2005c/ [34, 36] показват най-високи статистически значими

корелационни коефициенти на темпераментова черта НА с типове темперамент по TEMPS-A депресивен и тревожен, идентифицирана е и значима умерена взаимовръзка с тип раздразнителен. Настоящото изследване показва същите тендеции, като се има в предвид че за идентифициране на личностовите разстройства е използвана диагностичната критериална система на МКБ 10 и тук шизотипното разстройство попада в друга диагностична категория (F2). За личностово разстройство **тип параноид** най-висока предиктивна стойност има **темперамент раздразнителен**. За проявата на тип **шизоид** най-висока предиктивност има темперамент **депресивен**.

Доказаните в това изследване корелации между личностово разстройство параноид и тип темперамент раздразнителен, кореспондират с идентифицираните в международни изследвания зависимости между темпераментова черта НА “избягаване на увреда” и темперамент раздранителен /Akiskal, H.S., at all 2005c/ [36] и корелациите между тази черта и личностово разстройство тип параноид /Svrakic D.M. at all 2002/ [85].

По отношение на личностови разстройства принадлежащи към т.нар клъстер В драматичен (основни характеристики – импулсивност и емоционална нестабилност) – емоционално нестабилно личностово разстройство тип граничен и тип импулсивен, като и хистрионно личностово разстройство – резултатите от настоящото изследване кореспондират с международни изследвания свързани с теорията на Клонингер /Maj M., Akiskal H. S at all, 2005/ [73], където хипотезират също причинно следствени връзки между наличието импулсивна агресия, афективна неустойчивост, слаб контрол над импулса и нестабилно поведение, които черти характеризират темпераменти циклотимен и раздразнителен и са основни диагностични критериии за

цитираните личностови разстройства. Според Клонигер и екип темпераментовата черта NS “търсене на новото” се свързва с наличието на високи нива на допамин (Cloninger at all) и отдиференцира пациентите с гранично личностово разстройство от останалите личностови разстройства /Svrakic D.M. at all 2002/ [85]. Темпераментовата черта NS “търсене на новото” корелира силно с проявите на личностови разстройства от клъстер В драматичен /Svrakic D.M. at all 2002/ [85]. Според Акискал NS “търсене на новото” характеризира основно тип циклотимен и хипертимен темперамент, като показва и слаба статистически значима корелация с тип раздразнителен /Akiskal, H.S., at all 2005c/ [36]

Резултатите от настоящото изследване, показват че **диссоциалното** личностово разстройство се описва най-добре от темперамент **раздразнителен**. Същия темперамент показва най-висока степен на предиктивност по отношение на личностово разстройство **импулсивен**. **Гранично личностово разстройство** се описва най-добре от **темперамент тип циклотимен**. Темпераменти **циклотимен** и **раздразнителен** са с еднаква предиктивна стойност по отношение на **хистрионното личностово разстройство, като темперамент раздразнителен показва по-високи стойности**

Анализът на резултатите в настоящото изследване показват, че темперамент хипертимен не показва значими корелации с личностовите разстройства свързани с клъстер драматичен, но показва изключително слаби но със силна статистическа значимост взаимовръзки с личностово разстройство параноид, което може да бъде обяснено, чрез доказаните в международни изследвания връзки между темперамент хипертимен и темпераментова черта NS “търсене на новото” /Akiskal, H.S., at all 2005c/ [36] и идентифицираните слаби с ниска статистическа

значимост корелации между тази черта и личностово разстройство тип параноид /Svrakic D.M. at all 2002/ [85].

Според Svrakic at all /Svrakic D.M. at all 2002/ [85] разстройствата попадащи в контеската на клъстер С тревожни/избягващи – зависимо, обсесивно и тревожно-избягващо личностово разстройство – се характеризират най-силно от темпераментова черта НА "избягване на увреда". Зависимото личностово разстройство показва слаби кореалции с ниска статистическа значимост и с черти NS "търсене на новото" и RD "зависимост от награда". В изследванията на Акискал с проявите на черта RD "зависимост от награда" е свързан темперамент хипертимен, показващ слаба корелация, но с висока статистическа значимост. Черта NS "търсене на новото" е в основата на темпераменти циклотимен, хипертимен и слабо изразена в темперамент раздранителен /Akiskal, H.S., at all 2005c/ [36]. Резултатите от настоящото изследване кореспондират с анализираната тук тенденция, като личностово разстройство тип зависим се обяснява най-добре от темпераменти депресивен и тревожен, свързани с НА "избягване на увреда", но се идентифицират и умерени степени на корелация с висока статистическа значимост с темпераменти циклотимен и раздразнителен, които темпераменти са с основна черта NS "търсене на новото", като се наблюдават и изключително ниски, но статистически значими корелации с тип темперамент хипертимен, NS и RD "зависимост от награда" /Akiskal, H.S., at all 2005c/ [36]. В изследванията на Акискал темперамент хипертимен показва единствената положителна статистически значима корелация с черта RD /Akiskal, H.S., at all 2005c/ [36]. Резултатите от настоящото изследване показват, че личностово разстройство **ананкаст** се описва най-добре от темперамент **тревожен**. Личностово разстройство **тревожен** се също се описва най-добре от тип

темперамент **тревожен**. За димeнсия **зависим** темпераменти депресивен и тревожен имат почти еднаква предиктивна стойност, като все пак по-висок коефициент на линейна зависимост показва темперамент **депресивен**, отколкото темперамент тревожен. Според изследванията на Акискал тези темпераменти корелират най-силно с чертата НА, като тип тревожен показва и умерена статистически значима корелация с черта Р настойчивост (устойчивост) според Svrakic at all тази черта показва слаба, но статистически значима корелация с личностово растройство обсесивен /Svrakic D.M. at all 2002/ [85].

Анализът на резултатите в настоящото изследване не показват значими корелации между личностовите разстройства и тип темперамент хипертимен по TEMPS-A. Този тип темперамент показва налични слаби статистически значими корелации с личностови разстройства, принадлежащи към различни клъстери, а именно: личностово растройство тип параноид, тип импулсивен, личностово разстройство хистрионен и тип ананкаст. Основните темпераментови черти характеризиращи едновременно тип хипертимен според Акискал са NS “търсене на новото”, RD “зависмост от награда” и Р “настойчивост (устойчивост)” /Akiskal, H.S., at all 2005c/ [36] като черти RD “зависмост от награда” и Р “настойчивост” показват положителни статистически значими корелации само с този тип темперамент. Според Свракич темпераментовата черта RD, на показва положителникорелации с нито един от клъстерите, налице е умерена отрицателна корелация с висока статистическа значимост с клъстер А странни, докато , Р “настойчивост” показва слаба и статистически незначима корелация с клъстер В драматични /Svrakic D.M. at all 2002/ [85].

Взимайки предвид резултатите от настоящото изследване и представеното по-горе изложение, можем да направим основателен извод относно ниската степен на предиктивност и диагностична валидност на темперамент хипертимен по отношение на личностовите разстройства. Представените по-горе обобщени международни изследвания като и резултатите ни ни дават основание да предположим, че темперамент хипертимен и основните черти, съдържащи се в него описват по-скоро начин на цялостно функциониране на личността и начин на "комуникация" на индивида със средата и е по-скоро тип акцентуация на характер, отколкото темперамент. Ниската темпорална стабилност на тази скала доказва, че тя е динамична, променяща се и до голяма степен ситуативно обусловена, отколкото стабилна и базисна, а липсата на статистически значими разлики между обследваните групи по отношение на нея, и липсващи умерени или силни линейни корелации на тази дименсия със скалите по IPDE, доказват ниската дискриминативна и диагностична стойност на скалата по отношение на личностовите акцентуации. Съвременните изследвания на редица учени в областта на афективните разстройства, като Акискал и сътрудници, показват статистически значими взаимовръзки с афективните разстройства и по-специално с Биполярното афективно разстройство, ни позволяват да направим допускане, че дименсия хипертимен е по-скоро идентификатор на вече проявена афективна патология и бъдещите търсения трябва да са насочени по-скоро в тази насока.

В контекста на казаното по-горе предиктивността на останалите типове темперамент по TEMPS-A (депресивен, циклотимен, раздразнителен и тревожен) по отношение на личностовите

разстройства, също трябва да бъде разглеждана критично от гледна точка на това че диагностиката и оценката на наличните биологични предиспозиции и наличната личностова патология се прави опосредствано, чрез идентификация на поведенческите прояви, нагласите на личността и емоционалната оценка, която тя дава. Независимо от доказаните диагностични достойнства на един инструмент не трябва да се пропуска фактът, че все пак се измерват "относително постоянни личностови характеристики", които могат да търпят, макар и минимални промени във времето и са зависими от състоянието на индивида по време на обследването, както и от способността му да прави обективна оценка на състоянието си /Álvaro-Brun E., Vegue-González M., 2008; Loranger A.W, 1992/ [39, 71].

Въпреки дискутираните несъвършенства на диагностичните инструменти изследванията доаквзват, че в "моментните снимки на личността" могат да се идентифицират общовалидни конструкти и критерии за диагностика.

2. Изводи

Извод 1.

Всички типове темпераменти по TEMPS-A, с изключение на димeнсия хипертимен, са свързани с наличието на абнормни личностови тенденции и имат висока предиктивна стойност по отношение на разглежданата психиатрична категория личностови разстройства. По отношение на личностово разстройство **тип параноид** най-висока предиктивна стойност има **темперамент раздразнителен**. За проявата на тип **шизоид** най-висока степен на предиктивност се наблюдава при тип **депресивен**. Скала **диссоциален** се описва най-добре от темперамент **раздразнителен**. Същият темперамент показва най-висока степен на предиктивност по отношение на личностово разстройство **импулсивен**. **Гранично личностово разстройство** се описва най-добре от **темперамент тип циклотимен**. Темпераменти **циклотимен** и **раздразнителен** са с еднаква предиктивна стойност по отношение на **хистрионното личностово разстройство, като темперамент раздразнителен показва по-високи стойности**. Димeнсия **ананкаст** се описва най-добре от **тревожен тип темперамент**. Личностово разстройство **тревожен** се описва най-добре от тип темперамент **тревожен**. За димeнсия **зависим** темпераменти депресивен и тревожен имат почти еднаква предиктивна стойност, като все пак по-висок коефициент на линейна зависимост показва темперамент **депресивен**, отколкото темперамент тревожен.

Извод 2.

Взимайки предвид резултатите от настоящото изследване и представеното по-горе изложение, можем да направим основателен извод относно ниската степен на предиктивност и диагностична валидност на темперамент хипертимен по отношение на личностовите разстройства. Представените по-горе обобщени международни изследвания като и резултатите ни ни дават основание да предположим, че темперамент хипертимен и основните черти, съдържащи се в него описват по-скоро начин на цялостно функциониране на личността и начин на "комуникация" на индивида със средата и е по-скоро тип акцентуация на характер, отколкото темперамент. Ниската темпорална стабилност на тази скала доказва, че тя е динамична, променяща се и до голяма степен ситуативно обусловена, отколкото стабилна и базисна, а липсата на статистически значими разлики между обследваните групи по отношение на нея, и липсващи умерени или силни линейни корелации на тази дименсия със скалите по IPDE, доказват ниската дискриминативна и диагностична стойност на скалата по отношение на личностовите акцентуации. Съвременните изследвания на редица учени в областта на афективните разстройства, като Акискал и сътрудници, показват статистически значими взаимовръзки на скала **хипертимен** с афективните разстройства и по-специално с **Биполярното афективно разстройство**, ни позволяват да направим допускане, че **дименсия хипертимен** е по-скоро идентификатор на **вече проявена афективна патология** и бъдещите търсения трябва да са насочени по-скоро в тази насока.

По тази скала няма статистически значими разлики между трите групи и не показва наличие на умерени или силни линейни корелации с нито едно от личностовите разстройства по IPDE скрининг: За скала

депресивен темперамент най-високият коефициент се наблюдава по отношение на личностово разстройство тревожен R=0,551, P<0,0005.; Тип **циклотимен темперамент** показва високи степени на линейна корелация с дименсии личностови разстройства граничен R=0,575, P<0,0005.; **Темперамент хипертимен** не показва наличие на умерени или силни линейни корелации с нито едно от личностовите разстройства по IPDE скрининг; Тип **темперамент раздразнителен** показва най-висока степен на линейна корелация с дименсия импулсивен R=0,617, P<0,0005; **Темперамент тип тревожен** показва много висока предиктивност по отношение на скала тревожен R=0,660, P<0,0005;

Извод 3.

Въпреки дискутираните несъвършенства на диагностичните инструменти и по-специално на самооценъчните скали използвани в практиката, изследванията доказват, че в "моментните снимки на личността" могат да се идентифицират общовалидни конструкти и критерии за диагностика.

Извод 4.

Доминирането на една или повече личностови черти повлиява експресията на привидно независимите други и изкривява математическите модели, използвани в момента .

Извод 5.

Наличието на чисто когнитивни или средови фактори опосредства модификацията или „изкривяването" на геометрията на моделите, което заедно със самооценъчния компонент поставя нови въпроси относно валидността на тези модели.

Извод 6.

В контекста на разглежданата проблематика прави впечатление, че анализирането на резултите и изводите от тях налагат обсъждането на обобщаващи клъстерни модели за личността – емоционален, когнитивен и тревожен – като продължение на идеята за спектърните разстройства, в чиято основа са заложени същите модели.

3. Заключение.

Разглеждането и търсенето на постоянни личностови и темпераментови черти създава усещането за „докосване” на търсенията до „доминиращи” дименсии, но при отсъствие на коректен модел или структура на „цялостния конструкт”. Изглежда, че тази особеност в голяма степен е причина за опитите за организиране в геометрични модели на една динамична структура като личността. Удобството на геометричните модели е логично изводимо като трябва да се уточни, че описваните дименсии се разглеждат отделно от другите с ясна граница между тях, в отделни плоскости или „ъгли”, което е вътрешно противоречие в контекста на комплекса от взаимнозависими качества на отделната личност.

Несъмнено е доминирането на една или повече личностови черти, което повлиява експресията на привидно независимите дименсии и изкривява математическите модели, които ги описват.

Друг съществен момент е наличието на когнитивни елементи и средови фактори, опосредстващи модификацията и „изкривяването” на геометрията на моделите, което заедно със самооценъчния компонент поставя нови въпроси относно тяхната валидност.

Не на последно място стои въпросът за сложността, многомерността и като следствие практическата невъзможност за използване в клиничната практика на многостенните, пространствени модели като контрапункт на двуизмерните и прости, оставящи „чувството” за подреждане на пациента в тях.

Като цяло спектърния модел, стоящ в основата на идеята на Крепелин, развита в теорията на Акискал в най-голяма степен кореспондира на клиничното мислене заради своята яснота и

практическа приложимост още повече, че съвременната наука подкрепя тези концепти с генетични изследвания /Chiaroni, P., at all 2005; Evans L. at all, 2005; Kelsoe, J.R., 2003/ [43, 51, 66]

В контекста на разглежданата проблематика прави впечатление, че анализирането на резултите и изводите от тях налагат обсъждането на обобщаващи клъстерни модели за личността като продължение на идеята за спектърните разстройства, в чиято основа са заложени същите модели.

VII. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Научни

2. Апробиран и стандартизиран за България модерен и съвременен инструмент за оценка на темпераментови предиспозиции TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire).
3. Систематизирани са съществуващите теоретични концепти относно същността на контрукта „личност” и личностовата патология, както и относно ролята на темпераментовите предизпозиции и характерови черти, както при личностовото формиране на индивида, така и при проявите на личностовите разстройства.
4. Изследването доказва сложността и многомерността на проблема по отношение на обособяването на черти на характера и темперамента. Съвременните разработки в пълна степен повтарят ранните търсения на Айзенк в опитите да бъде моделирана във все по-сложни геометрични фигури една динамична структура като личността. В този смисъл настоящата разработка показва, че науката за характера и темперамента очаква своя пробив извън статичните математически модели.

2. Потвърдителни

1. Потвъдрдена е надеждността и конструкт валидността на Българската версия на самооценъчния въпросник TEMPS-A за Българска популация.
2. Определен е броят на айтемите, съдържащи се във всяка една от скалите.
3. Резултатите от анализите на данните потвърждават наличието на 5 компонента в структурата на въпросника.
4. Дефинирани са граничните норми, над които стойностите вече са предиктивни по отношение на оста норма-патология.
5. Идентифицарани са взаимовръзки между конкретни темпераментови типове и проявата на определени личностови разстройства.
6. Идентифицирана е степента на предиктивност на темпераметовите типове по отношение на личностовите разстройства.

3. Приложни

1. Апробацията за България е част от международна научно-изследователска програма.

2. Резултатите от настоящето изследване имат потвърдителен характер по отношение на резултатите в международен план.

3. Апробиран е модерен и съвременен инструмент, който ще обогати научния и диагностичен инструментариум използван у нас. Внедряването на такъв инструмент, от своя страна дава по-добри

възможности за участие в международни научно-изследователски проекти.

4. Резултатите от изследването са база за бъдещи разработки в областта на психологичните и психиатрични изследвания.

5. Констатирана е надеждността на темпераментовият въпросник TEMPS-A в диагностицирането и прогнозирането на личностови разстройства, необходимо в клиничната практика.

6. Констатирани са специфични темпераментови черти, предиктивни по отношение на проявите на личностови абнормности.

7. Изследването допринася за обогатяването на направените до момента разработки в областта на личностовите разстройства и личностовите абнормности като цяло, което оказва влияние не само в научен аспект, а и в практико-приложен, особено в областта на съдебно-психиатричната и съдебно-психологичната експертизи, като допълва и обновява инструментариума за диагностика на личностова абнормност.

Публикации по темата

1. Дончев Т., **Мартинова Х**., Попова М., Българска версия на IPDE – полуструктурирано клинично интервю за оценка на личностови разстройства, *Бюлетин на БПА,* 2/ 2005, 4-1, ISSN 1312-1049
2. Дончев Т., **Мартинова Х**., Диагностика на личностови разстройства – съвременни тенденции и развитие в Български условия, *Психологични изследвания,* Книжка 1, 101-114, 2006, ISSN 1311-4700.
3. Дончев Т., **Мартинова Х**., Диагностика на личностови разстройства и автоагресивно поведение, *Психологични изследвания*, Книжка 2, 35-46, 2006, ISSN 1311-4700.
4. **Мартинова Х.,** Миланова В., Стойнов К., Дончев Т., Доминантните темпераментови черти като предиктори на деликвентното поведение, *Психиатрия 1* (37), 2011, 31-39, ISSN-1312-1847.
5. Дончев Т., **Мартинова Х.,** Петкова П., ТЕМПС-А: клиничен инструмент за оценка на темперамента – Мемфис, Пиза, Париж и Сан Диего – стандартизация и апробация за България (Предварително съобщение), *Folia Psychiatrica*, Брой 2 (1), 2011, 66-73, ISSN – 1313-8685
6. Ненова А., **Мартинова Х**., Дончев Т.; личностови девиации – предиспозиция за суицидно поведение, *Психология Журнал*, Брой 88, година 9, Октомври 2011, 11-17, ISSN 1312-3777.
7. **Martinova** H., Ganev I., Milanova V., Voynov L., Kalaydjiev A., Vaseva V., Stoynov K., Kostadinov K. & Donchev T.: Standardization and approbation of the Bulgarian version of the TEMPS-A for temperament evaluation. An example of “delinquent temperament” assessment, Journal: Biotechnology & Biotechnological Equipment, Volume 30, Issue 3, May 2016, pages 562-573, ISSN: 1310-2818 (Print) 1314-3530 (Online) Journal homepage: http://www.tandfonline.com/loi/tbeq20; http://dx.doi.org/10.1080/13102818.2016.1160795; Impact Factor 2014-2015, IF-0.300.
8. **Martinova** H., Ganev I., Milanova V., Voynov L., Vaseva V., Kostadinov K. & Donchev T.: Temperament traits and personality disorder. Predictors for personality disorders, Journal: Biotechnology & Biotechnological Equipment, Volume 30, Issue 4, August 2016, pages 742-751, ISSN: 1310-2818 (Print) 1314-3530 (Online) Journal homepage: http://www.tandfonline.com/loi/tbeq20; http://dx.doi.org/10.1080/13102818.2016.1184991; Impact Factor 2014-2015, IF-0.300.

Други научни публикации в списания:

1. Димитрова М., Дончев Т., **Мартинова Х**., Стойнов К., Психосоматични аспекти на кардиологичната симптоматика и нозология, Психосоматична медицина, Том XVIII, Брой 1, 2010, 119-132, ISSN-1310-0564.

2. Дончев Т., Грашнов Е., Търев А., Екова Б., Стефанов Т., **Мартинова Х.**, Миланова В., Приложение на диагностично интервю ASI в изследването на група зависими от хероин и алкохол. Предварително проучване, Folia Psychiatrica, Брой 2 (2), 2011, 64-71, ISSN – 1313-8685

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Айзенк Х., Общи особености на модела – В: Модел за личност. С., Наука и изкуство, 1987: 31-90

2. Гольцман Е., Пьер Жане, Зигмунд Фрейд и множественные личности. Наука и жизнь 2002; 6: 77-82.

3. Дилова М., Николова Г., Ценова Б., Попова А., Царева А., Атанасов Н., Райков Т., Речник по психология, София: Наука и изкуство; 1989, 582.

4. Дончев Т. Дисертация: Личностови разстройства у военнослужещи., клиника по психиатрия, Военно медицинска академия, София, 2005.

5. Дончев Т., Попова М., Мартинова Хр.; Българска версия на клинично интервю за оценка на личностови разстройства IPDE; Бюлетин на БПА, 2005, кн. 2, 4-10

6. Дончев Т., Мартинова Хр.; Диагностика на личностови разстройства. Съвременни тенденции и развитие Психологични изследвания, 2006, кн. 1, 101-114

7. Калинов К., Миланова В., Жабленски А., Валидност и факторна структура на темпераментовия и характеровия въпросник (TCI) при българската популация", Психологически изследвания, бр.2, 2005.

8. Каннабих, Ю., История психиатрии, ЦТР, МГП, ВОС, Москва, 1994. 23-38; 462-494.

9. Ковалев А. Г. Психология личности, изд. 3. М., "Просвещение", 1970.

10. Кречмер Е., Медицинска психология. София: Еуразия Academic Publishers; 1996: 105-154(а), 158-223(в

11. Леонгард К., Акцентуированные личности. Киев: "Виша школа"; 1981; 7: 369-390.

12. Личко А. Е., *Психопатии и акцентуации характера у подростков.* 2-е изд. Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ; 1983: 7-19; 40-42; 46-98

13. Ломброзо С., Гениальность и помешательство. Минск, Попурри, OCR: Тарас Семенюк; 2000

14. Ончев, Г., Личностова абнормност в клиничната практика, 2001;

15. Паспаланов И., Щетински Д., Българска адаптация на «Личностния въпросник» на Х. Айзенк. Психология 1984; 12, 5: 279-283.

16. Паспаланов И., Щетински Д. Към проблема за равнището на тревожност и изследването му в психологията - Психология, 1979, 1 (част 1), 1980, 2 (част 2).

17. Христозов Хр., Темперамент, характер и личност и значението им в медицинската психология. В: Медицинска психология, София: Медицина и физкултура; 1989.

18. Шнайдер К. (1959) Клиническая психопатология. 14 изд., "Сфера"; 1999: 27-60

19. Щетински Д., Паспаланов И. (1989). Методическо пособие за работа с българската форма на въпросника за оценка на тревожността на Ч.Спилбъргър. БАН – Институт по психология, София.

20. Ясперс К. Общая психопатология. Москва: Практика; 1997: 519-546

21. Akiskal,H.S., 1983. The bipolar spectrum: newconcepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon, L. (Ed.), Psychiatry Update: the American Psychiatric Association Annual Review, vol. 2. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 271–292.

22. Akiskal, H.S., 1984. Characterologic manifestations of affective disorders: toward a new conceptualization. Integr. Psychiatr. 2, 83–88.

23. Akiskal, H.S., Akiskal, K., 1992. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In: Tasman, A., Riba, M.B. (Eds.), Annual Review, vol. 11. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 43–62.

24. Akiskal, H.S., 1995. Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research. Adv. Biochem. Psychopharmacol. 49, 99–112.

25. Akiskal, H.S., Pinto, O., 1999. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. Psychiatr. Clin. North Am. 22, 517–534.

26. Akiskal, H.S., Hantouche, E.G., Allilaire, J.F., 2003. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. J. Affect. Disord. 73, 49–57.

27. Akiskal H., Temperament: the bridge between biology and affective illness, Annals of General Hospital Psychiatry 2003; 2(Suppl 1):S48.

28. Akiskal, H.S. 2005a. Mood disorders: historical introduction, in: Kaplan and Sandock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed. VIII. Lippincott William and Wilkins. Philadelphia, USA, pp. 1559–1575.

29. Akiskal, H.S., 2005b. Searching for behavioral indicators of bipolar II in patients presenting with major depressive episodes: the "red sign," the "rule of three" and

other biographic signs of temperamental extravagance, activation and hypomania. J. Affect. Disord. 84, 279–290.

30. Akiskal H.S., Akiskal K.K., Haykal R.F., Manning J.S and Connor P.D., TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire.,; Journal of Affective Disorders, Volume 85, Issues 1-2 , March 2005; Pages 3-16.

31. Akiskal, H.S., Akiskal, K. (Eds.), 2005a. TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. J Affect. Disord. Special Issue, pp. 1–242.

32. Akiskal KK, Akiskal HS, The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature., Journal of Affective Disorders, Volume 85, Issues 1-2, March 2005; Pages 231-239.

33. Akiskal, H.S., Hantouche, E.G., Bourgeois, M.L., Azorin, J.M., Sechter, D., Allilaire, J.F., Lancrenon, S., Fraud, J.P., Chatenet- Duchene, L., 1998a. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). J. Affect. Disord. 50, 175–186.

34. Akiskal, H.S., Placidi, G.F., Maremmani, I., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Mallya, G., Puzantian, V.R., 1998b. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. J. Affect. Disord. 51, 7–19.

35. Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Moller, H., Hirschfeld, R., 2000. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. J. Affect. Disord. 59 (Suppl. 1), S5–S30.

36. Akiskal, H.S., Mendlowicz, M.V., Jean-Louis, G., Rapaport, M.H., Kelsoe, J.R., Gillin, J.C., Smith, T.L., 2005c. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. J. Affect. Disord. 85, 45–52.

37. Akiskal, H.S., Benazzi, F., 2005. Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? J. Affect. Disord. 84, 209–217.

38. Allport GW. The functional autonomy of motives. American Journal of Psychology 1937; 50: 141-156. Published: Roeckelein J. E. ed., Elsevier's Dictionary of Psychological Theories, 2006: 22-24.

39. Álvaro-Brun E., Vegue-González M.; Validity of the International Personality Disorder Examination (IPDE) questionnaire on a sample of prison inmates; Rev Esp Sanid Penit (2008); 10: 35-40

40. Blöink R, Brieger P, Akiskal HS. and Marneros A, Factorial structure and internal consistency of the German TEMPS-A scale: validation against the NEO-FFI

questionnaire; Journal of Affective Disorders, Volume 85, Issues 1-2, March 2005; Pages 77-83.

41. Brown, S.L., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., Cloninger, C.R., 1992. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. J. Psychiatr. Res. 26, 197–211.

42. Byon C, Hill K, Svrakic Dm, Przybeck Tr, Cloninger Cr. Dimensional assessment of personality in an outpatient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. J Psychiatry Res 1996;30:341–352.

43. Chiaroni, P.,Hantouche, E.G.,Gouvernet, J.,Azorin, J.M.,Akiskal,H.S., 2005. The cyclothymic temperament in healthy controls and familially at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? J. Affect. Disord. 85, 135–145.

44. Cloninger C. R.: A systematic method for the clinical description of personality variants. Archives of General Psychiatry 44: 573, 1987

45. Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., 1993. A psychobiological model of temperament and character. Arch. Gen. Psychiatry 50, 975–990.

46. Cloninger, C.R., Pryzbeck, T.R., Svrakic, D.M., Wetzel, R.D., 1994. The Temperament and Character Inventory, a Guide to its Development and Use. Missouri: Center for Psychobiology of Personality. Washington University, St. Louis.

47. Cloninger C. R.: The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. Annual Review of Psychiatry, vol. 17, K. Silk, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1998.

48. Cloninger, C.R., 1999. A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. Aust. N. Z. J. Psychiatry 33, 174–186.

49. Echeburda Enrique, Fernandes-Montalvo Javier; Are the more Personality disorder in treatment-seeking pathological gamblers than in other kind of patients? A comperative study between the IPDE and MCMI; International Journal of Clinical and Health Psychology (2008) vol. 8, (1), p. 53-64

50. Erfurth A, Gerlach AL,l Michael N, Boenigk I, Hellweg I, Signoretta S; Akiskal K, Akiskal HS, Distribution and gender effects of the subscales of a German version of the temperament autoquestionnaire briefTEMPS-M in a university student population.; J Affect Disord. 2005; 85(1-2):71-6.

51. Evans L, Akiskal H.S., Paul E. Keck, McElroy S.L., Sadovnick D.A., Remick R.A. and Kelsoe J.R. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum.; Journal of Affective Disorders, Volume 85, Issues 1-2, March 2005; Pages 153-168.

52. Eysenck HJ. Dimensions of personality: 16, 5, or 3 Criteria for a taxonomic paradigm. Personality and Individual Differences 1991; 12: 773-790.

53. Fernandez del Rio Elena, Vispo Carmela Martinez, Becona Elisardo; Concordance between the IPDE Screening Questionnaire and the diagnosis of personality disorders in smokers; The Journal of Behavioral Psychology (2011) Vol. 19 (2), p. 303-315

54. Fernandes-Montalvo Javier, Echeburda Enrique; Pathological gambling and personality disorders: an exploration study with the IPDE; International Journal of Clinical and Health Psychology (2004) vol. 18, (5), p. 500-505

55. Gunderson J. G.: Personality disorders, The New Harvard Guide to Psychiatry, A. M. Nicholi, editor, Belknap, Cambridge, MA, 1998, p.337

56. Gunderson J. G., Philips K. A.: Personality disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition, Kaplan H. I. & Sadock B. J., editors. Williams & Wilkins, Baltimore. 1995, p.1427, p.1434

57. Hahn SR., Kroenke K., Spitzer RL. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. Journal of General Internal Medicine 1996; 11: 1-8

58. Huang Yueqin, Kotov Roman, Girolamo Giovanni, Preti Antonio, Angermeyer Matthias, Benjet Corina, Demyttenaere Koen, Graaf Ron, Gureje Oye, Karam Aimee Nasser, Lee Sing, Jean Pierre Lepine, Matschinger Herbert, Posada-Villa Joser, Suliman Sharain, Vilagut Gemma and Kessler Ronald C.; DSM–IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys; The British Journal of Psychiatry (2009) 195, 46–53.

59. Jakson H.J., Burgess P.M., Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing, Soc. Psychiatr. Epidemiol. (2000) 35; 531-538

60. Joyce, P.R., McKenzie, J.M., Luty, S.E., Mulder, R.T., Carter, J.D., Sullivan, P.F., Cloninger, C.R., 2003b. Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. Aust. N. Z. J. Psychiatry 37, 756–764.

61. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. American Psychologist 1989; 44: 668-674.

62. Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., Comprehensive textbook of psychiatry, I, II, Williams & Wilkins, 1995. 513-514.

63. Kaplan HI, Sadock BJ: Comprehensive Textboock of Psychiatry, Sixth Edition, Williams&Wilkins. Baltimore. 1995: 1434, 1430

64. Kaplan HI, Sadock BJ: Personality disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed. 7, Williams & Wilkins, Baltimore, 2000

65. Karam E.G., Mneimneh Z, Salamoun M, Akiskal K.K. and Akiskal H.S., Psychometric properties of the Lebanese–Arabic TEMPS-A: A national epidemiologic study.; PMID: 16145815 PubMed – indexed for MEDLINE, 2005.

66. Kelsoe, J.R., 2003. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. J. Affect. Disord. 73, 183– 197.

67. Lara Diogo R., Pinto Olavo, Akiskal Kareen, Akiskal Hagop S.; Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications; Journal of Affective Disorders 94 (2006) 67–87

68. Lara Diogo R., Akiskal Hagop S. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment Journal of Affective Disorders 94 (2006) 89–103

69. Lenzenweger Mark F., Loranger Armand W., Korfine Lauren, Neff Cynthia; Detecting Personality Disorders in a Nonclinical Population Application of a 2-Stage Procedure for Case Identification Arch Gen Psychiatry. 1997;54(4):345-351.

70. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC; DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication.; Biol Psychiatry (2007);62(6):553.

71. Loranger AW. Are current self-report and interview measures adequate for epiedemiological studies of personality disorders? J Person Disord 1992; 6: 313-25.

72. Loranger Armand W., Janka Aleksander, Sartorius Norman; Assessment and diagnosis of personality disorders:The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE); Cambridge University Press, UK, 1997; ISBN 0-521-58043-9

73. Maj Mario, Akiskal Hagop S., Mezzich Juan E., Okasha Ahmed, Personality disorders, WPA series Evidence and Experience in Psychiatry (2005) vol. 8, John Wiley & Sons Ltd; p. 115-137; p. 140-194; 208-262; p. 330-348

74. Matsumoto S, Akiyama T, Tsuda H, Miyake Y, Kawamura Y, Noda T, Akiskal KK. and Akiskal HS. Reliability and validity of TEMPS-A in a Japanese non-clinical population: application to unipolar and bipolar depressives; Journal of Affective Disorders, Volume 85, Issues 1-2, March 2005; Pages 85-92.

75. Millon T.: Avoidant personality disorder: A brief review of issues and data. *J. Personality Disorders* 5: 353, 1991.

76. Philips K. A., Hirschfeld R. M., Shea M. T., Gunderson J. G.: Depressive personality disorder: Perspectives for DSM-IV. J. Personality Disorders, 1993

77. Reich JH., Green AI. Effect of personality disorders on outcome of treatment. Journal of Nervous and Mental Diseases 1991; 179(2): 74-82

78. Sanchez-Moreno J, Barrantes-Vidal N, Vieta E, Martinez-Aran A, Saiz-Ruiz J, Montes JM, Akiskal K, Akiskal HS., Process of adaptation to Spanish of the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Scale. Self applied version (TEMPS-A).; PMID: 16155815 [PubMed - indexed for MEDLINE., 2005

79. Spielberger C.D., Jacobs G., Russell S., Crane R. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J.N.Butcher & C.D.Spielberger (Eds.), Advances in personality assessment (Vol. 2, pp. 159–187). Hillsdale, NJ: LEA

80. Spielberger C.D., Johnson E.H., Russell S.F., Crane R.J., Jacobs G.A., Worden T.J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In M.A.Chesney & R.H.Rosenman (Eds.), Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders (pp. 5–30). New York: Hemisphere/McGraw-Hill

81. Spielberger C.D., Ritterband L.M., Sydeman S.J., Reheiser E.C., Unger K.K. (1995). Assessment of emotional states and personality traits: Measuring psychological vital signs. In J.N.Butcher (Ed.), Clinical personality assessment: Practical approaches (pp. 42–58). New York: Oxford University Press

82. Spielberger Charles D., Reheiser Eric C.; Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity; Applied Psychology: Health and Well-Being, Volume 1, Issue 3, pages 271–302, September 2009

83. Svrakic DM, Whitehead CA, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor temperament and character inventory. Arch Gen Psychiatry 1993;50:991–999.

84. Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR. A general quantitative theory of personality development: fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. Dev Psychopathol 1996; 8: 247-272.

85. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR., Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues., Acta Psychiatr Scand 2002: 106: 189–195 .Blackwell Munksgaard 2002.

86. Svrakic, D.M., Cloninger, C.R., 2005. Personality disorders. Kaplan and Sandock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, U.S.A., pp. 2063–2104

87. Thomas A., Chess S. Temperament and development. New York: Bruner/Mazel; 1977.

88. Thomas A., Chess S., Birch H. Behavioral individuality in early childhood. New York: New York University Press; 1969.

89. Thomas A., Chess S., Birch H., Hertzig M., Korn S. Temperament and behavior disorders in children. New York : New York University Press; 1971.

90. Vazquez GH, Akiskal H., The temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego autoquestionnaire, Argentine version (TEMPS-A Buenos Aires).; PMID: 15912215 [PubMed – indexed for MEDLINE.2007

91. Verardi Sabrina, Nicastro Rosetta, Quillan Annabel, Keizer Ineke, Rossier Jérôme; The personality profile of borderline personality disordered patients using the five-factor model of personality; International Journal of Clinical and Health Psychology (2008) Vol. 8, (2), pp. 451-464

92. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1: TEMPS-A

Инициали: образование: Възраст:

Пол: М Ж професия Дата:

TEMPS-A

Този въпросник цели да разбере какъв човек сте и как реагирате през по-голямата част от вашия живот. Моля, не пропускайте нито едно твърдение. Изберете едно от двете ВЯРНО или ГРЕШНО, което е по-вероятното и отговаря повече за Вас. Няма ограничения за времето за попълване, но не прекарвайте твърде много време за обмисляне на всяко твърдение. Тук няма добри или лоши отговори.
Заградете **В (вярно)** за тези твърдения, които са верни по отношение на Вас.
Заградете **Г (грешно)** за тези твърдения, които са грешни по отношение на Вас.

1.	**В**	**Г**	Аз съм тъжен и нещастен човек.
2.	**В**	**Г**	Близките ми ми казват, че не мога да видя светлата страна на нещата.
3.	**В**	**Г**	Измъчвал съм се много през живота си.
4.	**В**	**Г**	Мисля, че нещата често се обръщат към по-лошо.
5.	**В**	**Г**	Лесно се отказвам.
6.	**В**	**Г**	Всичките ми спомени са свързани с това, че съм губещ.
7.	**В**	**Г**	Винаги се обвинявам за неща, които другите дори не забелязват.
8.	**В**	**Г**	Изглежда, че нямам толкова енергия, колкото другите хора.
9.	**В**	**Г**	Аз съм човек, който не обича промените кой знае колко.
10.	**В**	**Г**	В компания по-често съм слушател.
11.	**В**	**Г**	Често отстъпвам пред желанията на околните.
12.	**В**	**Г**	Чувствам се стеснителен пред среща с непознати.
13.	**В**	**Г**	Чувствата ми лесно се наранява от критика или отхвърляне.
14.	**В**	**Г**	Аз съм човек, на който може винаги да се разчита.
15.	**В**	**Г**	Поставям нуждите на околните пред моите.
16.	**В**	**Г**	Аз съм човек, който работи здраво.
17.	**В**	**Г**	По-скоро бих работил за някого, отколкото аз да съм шефът.
18.	**В**	**Г**	За мен е естествено да бъда подреден и организиран.
19.	**В**	**Г**	Аз съм човек, който се съмнява във всичко.
20.	**В**	**Г**	Сексуалните ми желания са по-скоро ниски.
21.	**В**	**Г**	Обичайно имам нужда от повече от 9 часа сън.
22.	**В**	**Г**	Често се чувствам изморен без причина.
23.	**В**	**Г**	Настроението и енергията ми често се променят.
24.	**В**	**Г**	Настроението и енергията ми са по-често високи или ниски, отколкото в средата.
25.	**В**	**Г**	Възможността ми да разсъждавам силно варира от остър ум до тъпота без видима причина.
26.	**В**	**Г**	Аз мога да харесам някой наистина много и веднага след това да загубя интерес към него.
27.	**В**	**Г**	Често избухвам и се чувствам виновен след това.
28.	**В**	**Г**	Често започвам неща, към които губя интерес преди да съм ги приключил.
29.	**В**	**Г**	Настроението ми често се променя без причина.
30.	**В**	**Г**	Постоянно превключвам между това да съм бърз и подвижен и муден и ленив.
31.	**В**	**Г**	Понякога си лягам много изморен, но на сутринта се чувствам чудесно.

32.	**В**	**Г**	Понякога си лягам, чувствайки се чудесно и като се събудя на сутринта имам чувството, че живота няма смисъл да се живее.
33.	**В**	**Г**	Обичайно казвам за себе си, че гледам песимистично на нещата като забравям щастливите моменти.
34.	**В**	**Г**	Лутам се между чувството да бъда супер самоуверен и несигурен в себе си.
35.	**В**	**Г**	Лутам се между това да бъда много “отворен” и крайно необщителен човек.
36.	**В**	**Г**	Усещам всички емоции много силно.
37.	**В**	**Г**	Нуждата ми от сън варира от няколко часа до повече от 9 часа.
38.	**В**	**Г**	Начинът по който виждам нещата понякога е много ярък, а друг път – безжизнен.
39.	**В**	**Г**	Аз съм от хората, които могат да бъдат тъжни и весели едновременно.
40.	**В**	**Г**	Мечтая за неща, които другите хора са приели за непостижими.
41.	**В**	**Г**	Често имам силен импулс да извърша нещо жестоко.
42.	**В**	**Г**	Аз съм от този тип хора, които лесно се влюбват и разлюбват.
43.	**В**	**Г**	Обичайно съм в оптимистично и весело настроение.
44.	**В**	**Г**	Животът е фестивал (празник), който ме забавлява страхотно.
45.	**В**	**Г**	Шегаджия съм и обичам да разказвам шеги.
46.	**В**	**Г**	Аз съм от типа хора, които вярват, че нещата могат винаги да се обърнат към по-добро.
47.	**В**	**Г**	Имам голяма вяра в себе си.
48.	**В**	**Г**	Често имам много добри идеи.
49.	**В**	**Г**	Винаги имам нужда да върша нещо.
50.	**В**	**Г**	Мога да свърша много неща без да се почувствам уморен.
51.	**В**	**Г**	Мога да вдъхновя и окуража околните, всички чуват думите ми.
52.	**В**	**Г**	Обичам да се захващам с нови идеи, дори да са рисковани.
53.	**В**	**Г**	Щом съм се захванал с нещо, никой не може да ме спре.
54.	**В**	**Г**	Аз съм абсолютно непретенциозен дори с хората, които познавам много добре.
55.	**В**	**Г**	Обичам да съм сред много хора.
56.	**В**	**Г**	Често ми казват, че си пъхам носа в чуждите работи.
57.	**В**	**Г**	Известен съм с щедростта си и харча много пари по другите хора.
58.	**В**	**Г**	Имам способности и знания в много области.
59.	**В**	**Г**	Аз чувствам, че имам правото и привилегията да правя каквото ми харесва.
60.	**В**	**Г**	Аз съм от тези хора, които харесват да бъдат шефове.
61.	**В**	**Г**	Когато не съм съгласен с някого споря разгорещено.
62.	**В**	**Г**	Моето сексуално желание е голямо.
63.	**В**	**Г**	Нормално аз спя по-малко от 6 часа.
64.	**В**	**Г**	Аз съм кисел (раздразнителен) човек.
65.	**В**	**Г**	По природа съм недоволен човек.
66.	**В**	**Г**	Аз често се оплаквам.
67.	**В**	**Г**	Аз съм много критичен към другите.
68.	**В**	**Г**	Често се чувствам на ръба.
69.	**В**	**Г**	Често се чувствам дълбоко засегнат.
70.	**В**	**Г**	Обичайно изпитвам неприятно безпокойство, което не мога да разбера.
71.	**В**	**Г**	Често съм обзет от такава лудост, че бих могъл просто да изпотроша всичко.
72.	**В**	**Г**	Когато ми възразяват аз бих могъл да стигна до бой.
73.	**В**	**Г**	Хората ми казват, че често избухвам за нищо.
74.	**В**	**Г**	Когато съм ядосан, аз се сопвам на хората.
75.	**В**	**Г**	Аз харесвам да се закачам (шегувам) с хората, дори и с тези, които едва познавам.
76.	**В**	**Г**	Моят хаплив хумор ми създава неприятности.
77.	**В**	**Г**	Бих могъл да бъда толкова гневен, че бих могъл да нараня някой.
78.	**В**	**Г**	Аз съм толкова ревнив към съпруга (любимия) си, че не мога да се сдържам.

79.	**В**	**Г**	Аз съм известен с това, че ругая много.
80.	**В**	**Г**	Бих казал, че от няколко питиета започвам да буйствам.
81.	**В**	**Г**	Аз съм много скептичен човек.
82.	**В**	**Г**	Аз бих могъл да бъда революционер.
83.	**В**	**Г**	Моето сексуално желание често е толкова силно, че дори ми става мъчително.
84.	**В**	**Г**	(само за жени) Аз имам пристъпи на неконтролируем гняв точно преди месечния ми цикъл.
85.	**В**	**Г**	Откакто се помня все нещо ме е безпокояло.
86.	**В**	**Г**	Непрекъснато се тревожа за едно или друго нещо.
87.	**В**	**Г**	Дълго се притеснявам за ежедневни неща, които за другите са по-маловажни.
88.	**В**	**Г**	Аз не мога да не се тревожа.
89.	**В**	**Г**	Хората често ми казват да не се тревожа чак толкова.
90.	**В**	**Г**	Когато съм в стрес, мозъкът ми често блокира.
91.	**В**	**Г**	Аз съм неспособен да почивам (да се отпускам).
92.	**В**	**Г**	Аз често се чувствам вътрешно напрегнат.
93.	**В**	**Г**	Когато съм в стрес ръцете ми често треперят.
94.	**В**	**Г**	Аз често имам разстроен стомах.
95.	**В**	**Г**	Когато съм нервен, мога да получа диария.
96.	**В**	**Г**	Когато съм нервен често чувствам, че ми се гади.
97.	**В**	**Г**	Когато съм нервен аз ходя до тоалетната по-често.
98.	**В**	**Г**	Когато някой закъснява да се прибере в къщи аз се страхувам, че може да се е случило нещо лошо.
99.	**В**	**Г**	Често се страхувам, че някой от моето семейство може да се разболее сериозно.
100.	**В**	**Г**	Аз винаги мисля, че някой може да ми каже лоша новина за някой от моето семейство.
101.	**В**	**Г**	Сънят ми не е спокоен.
102.	**В**	**Г**	Аз често заспивам трудно.
103.	**В**	**Г**	По природа съм много предпазлив човек.
104.	**В**	**Г**	Често се събуждам през нощта от страх, че има крадец в къщата.
105.	**В**	**Г**	Лесно получавам главоболие когато съм в стрес.
106.	**В**	**Г**	Когато съм в стрес, получавам неприятно усещане в гърдите си.
107.	**В**	**Г**	Аз съм неуверен човек.
108.	**В**	**Г**	Дори и малките промени в обичайните неща ме напрягат много.
109.	**В**	**Г**	Докато карам, дори и когато не съм направил нищо нередно, аз се страхувам, че полицията може да ме спре.
110.	**В**	**Г**	Внезапния шум ме стряска лесно.

Приложение 2: IPDE скрининг

СКРИНИНГ ТЕСТ – IPDE

Инициали:	Образование:	Години:
Пол: М Ж	Професия:	Дата:

ИНСТРУКЦИИ

1. Целта на този въпросник е да научи какъв човек сте били през последните пет години.
2. Моля, не пропускайте нито едно твърдение. Ако не сте сигурен/сигурна за отговора, изберете едно от двете ВЯРНО или ГРЕШНО, което е по-вероятното и отговаря повече за Вас. Няма ограничения за времето за попълване, но не прекарвайте твърде много време за обмисляне на всяко твърдение.
3. Когато отговорът е **ВЯРНО, заградете В**.
4. Когато отговорът е **ГРЕШНО, заградете Г.**

№	ТВЪРДЕНИЕ		
1	Обикновено изпитвам удоволствие и наслада от живота.	**В**	**Г**
2	Не реагирам добре, когато някой ме обижда.	**В**	**Г**
3	Не обръщам внимание на дребните детайли.	**В**	**Г**
4	Не мога да реша какъв човек искам да бъда.	**В**	**Г**
5	Показвам чувствата си на всеки.	**В**	**Г**
6	Оставям другите да взимат важните решения в моя живот вместо мен.	**В**	**Г**
7	Обикновено се чувствам нервен и напрегнат.	**В**	**Г**
8	Почти никога не се ядосвам за каквото и да е.	**В**	**Г**
9	Стигам до крайности, за да задържа хората до себе си.	**В**	**Г**
10	Аз съм много предпазлив човек.	**В**	**Г**
11	Никога не съм бил арестуван.	**В**	**Г**
12	Хората смятат, че съм студен и отчужден човек.	**В**	**Г**
13	Силно се привързвам, но връзките ми не продължават дълго.	**В**	**Г**
14	Повечето хора са честни и открити с мен.	**В**	**Г**
15	Трудно ми е да не се съгласявам с хора, от които зависи много.	**В**	**Г**
16	Чувствам се напрегнат или не на място в социални ситуации.	**В**	**Г**
17	Много лесно се влияя от това, което става около мен.	**В**	**Г**
18	Обикновено се чувствам зле, когато нараня или засегна някого.	**В**	**Г**
19	Обикновено споря или се бия, когато хората се опитват да ме спрат да направя онова, което съм решил.	**В**	**Г**
20	Понякога отказвам да се задържа на работа, дори когато това се очаква от мен.	**В**	**Г**
21	Когато ме хвалят или критикуват, не показвам на другите своите реакции.	**В**	**Г**
22	От дълго време изпитвам омраза към хората.	**В**	**Г**
23	Прекарвам твърде много време в опити да правя нещата перфектно.	**В**	**Г**
24	Хората често се присмиват зад гърба ми.	**В**	**Г**
25	Никога не съм правил опит за самоубийство и не съм се наранявал с някаква цел.	**В**	**Г**
26	Моите чувства са като времето; непрекъснато се сменят.	**В**	**Г**
27	Боря се за правата си, дори когато това обижда другите хора.	**В**	**Г**
28	Обичам да се обличам така, че да изпъквам сред тълпата.	**В**	**Г**
29	Ще лъжа и мамя хората, ако това ми помага да постигам целите	**В**	**Г**

	си.		
30	Не се захващам с планове, от които няма да получа резултати веднага.	**В**	**Г**
31	Имам съвсем малко или никакво желание да правя секс с когото и да е.	**В**	**Г**
32	Хората смятат, че съм твърде стриктен към нормите и правилата.	**В**	**Г**
33	Обикновено се чувствам некомфортно и безпомощно, когато съм сам/сама.	**В**	**Г**
34	Не се обвързвам с хората, докато не се уверя, че ме харесват.	**В**	**Г**
35	Предпочитам да не съм център на внимание.	**В**	**Г**
36	Струва ми се, че е възможно моят/а партньор/ка да не ми е верен/вярна.	**В**	**Г**
37	Понякога се ядосвам толкова много, че чупя и мачкам разни неща.	**В**	**Г**
38	Имам близки приятелства, които съществуват от дълго време.	**В**	**Г**
39	Притеснявам се много, че хората може да не ме харесват.	**В**	**Г**
40	Често се чувствам “празен” отвътре.	**В**	**Г**
41	Работя толкова много, че не ми остава време за нищо друго.	**В**	**Г**
42	Притеснявам се да не бъда изоставен и да трябва да се грижа сам за себе си.	**В**	**Г**
43	Много неща, които не притесняват повечето хора, на мен ми изглеждат опасни.	**В**	**Г**
44	Имам репутацията на голям “сваляч”.	**В**	**Г**
45	Не моля за услуги хората, от които съм много зависим.	**В**	**Г**
46	Предпочитам дейности, които мога да върша сам.	**В**	**Г**
47	Губя контрол и влизам във физически схватки.	**В**	**Г**
48	Хората смятат, че съм твърде студен и резервиран.	**В**	**Г**
49	Често търся съвет или одобрение за всекидневните си решения.	**В**	**Г**
50	Занимавам се със себе си, дори когато има други хора около мен.	**В**	**Г**
51	Трудно ми е да стоя далеч от неприятности.	**В**	**Г**
52	Убеден/а съм ,че зад много неща в света се крие заговор.	**В**	**Г**
53	Настроението ми се сменя много бързо.	**В**	**Г**
54	Трудно ми е да свикна да правя нещата по различен начин.	**В**	**Г**
55	Повечето хора смятат, че съм странен човек.	**В**	**Г**
56	Обичам да рискувам и да правя безразсъдни неща.	**В**	**Г**
57	Всеки човек има нужда от приятел или двама, за да бъде щастлив.	**В**	**Г**
58	Интересувам се повече от собствените си мисли, отколкото от онова, което става около мен.	**В**	**Г**
59	Обикновено се опитвам да накарам хората да правят нещата по “моя начин”.	**В**	**Г**

Приложение 3: EPQ

E.P.Q. ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ВЪПРОСНИК			
Този въпросник съдържа 86 въпроса, на които се отговаря само с ДА или НЕ. Предпочитаният от Вас отговор отбележете със знака „Х” в колоните за отговор. Тук няма добри или лоши отговори. Работете бързо и не се замисляйте дълго върху всеки въпрос.			
№	**ТВЪРДЕНИЕ**	**ДА**	**НЕ**
1	Имате ли много и различни любими занимания, с които да запълвате свободното си време?		
2	Обмисляте ли нещата преди да предприемете каквото и да е?		
3	Често ли се променя настроението Ви - ту добро, ту лошо?		
4	Приема ли ли сте похвала за нещо, което знаете, че друг го е извършил?		
5	Приказлив (словоохотлив) човек ли сте?		
6	Бихте ли се притеснявали, ако дължите някому нещо?		
7	Чувствате ли се понякога нещастен(на) без да има конкретна причина?		
8	Случвало ли Ви се е да се полакомите да си вземете нещо повече, отколкото Ви се полагало?		
9	Можете ли да кажете, че сте доста жив, жизнерадостен човек?		
10	Бихте ли се разстроили много, ако видите някое дете или животно да страда?		
11	Често ли се безпокоите за неща, които не е трябвало да направите или кавате?		
12	Когато кажете, че ще направите нещо, държите ли на думата си, въпреки че това може да е свързано с много неудобства за Вас?		
13	Обикновено можете ли да се отпуснете и да се забавлявате във весела компания?		
14	Раздразнителен(на) ли сте?		
15	Случвало ли Ви се е да обвинявате някого в нещо, което знаете, че Вие сте извършили?		
16	Обичате ли да се срещате с нови хора?		
17	Лесно ли могат да наранят чувствата Ви?		
18	Мислите ли, че всички Ваши навици са добри и пиемливи за хората?		
19	Склонен(на) ли сте да оставате в сянка, когато сте сред хора?		
20	Бихте ли приели препарати (лекарства, наркотици и др.), които могат да имат странен или опасен ефект?		
21	Често ли се случва "да Ви дойде до гуша" (да Ви "писне")?		
22	Случвало ли се е да вземете чужда вещ (дори само молив или копче)?		
23	Обичате ли често да излизате?		
24	Прави ли Ви удоволствие да причинявате болка на хората, които обичате?		
25	Често ли Ви тревожи чувство за вина?		
26	Говорите ли понякога за неща, от които нищо не разбирате?		
27	Предпочитате ли четенето пред срещите с хора?		
28	Бихте ли казали, че сте нервен човек?		
29	Имате ли много приятели?		
30	Обичате ли да си правите с хората груби шеги (лоши номера), които понякога наистина могат да навредят?		
31	Измъчват ли Ви често съмнения и опасения?		

№	ТВЪРДЕНИЕ	ДА	НЕ
32	Като дете винаги ли правехте веднага и без мърморене това, което поискваха от Вас?		
33	Милсите ли, че сте от хората, на които много-много не им пука?		
34	Отдавате ли голямо значение на добрите обноски и чистоплътността?		
35	Тревожите ли се за странни неща, които могат да Ви се случат?		
36	Случвало ли Ви се е да счупите или загубите чужда вещ?		
37	Обикновено Ваша ли е инициативата, когато създавате нови приятелства?		
38	Лесно ли влизате в положението на хората, които споделят с Вас своите грижи?		
39	Бихте ли казали за себе си, че сте вътрешно напрегнат(а), твърде чувствителен(а)?		
40	Обикновено мълчите ли, когато сте сред хора?		
41	Смятате ли, че бракът е нещо отживяло и трябва да се премахне?		
42	Изпитвате ли от време на време самосъжаление?		
43	Хвалите ли се понякога?		
44	Лесно ли можете да оживите някоя скучаеща компания?		
45	Дразнят ли Ви шофьори, които карат предпазливо?		
46	Тревожите ли се здравето си?		
47	Случвало ли Ви се е да кажете нещо лошо или злобно по адрес на някого?		
48	Обичате ли да разказвате шеги и весели истории на своите приятели?		
49	Случвало ли Ви се е като дете да се държите дръзко с родителите си?		
50	Обичате ли да бъдете сред хора?		
51	Безпокоите ли се, ако знаете, че сте допуснали грешка в работата си?		
52	Страдате ли от безсъние?		
53	Винаги ли измивате ръцете си преди ядене?		
54	Имате ли почти винаги "готов отговор", коато разговаряте с хората?		
55	Често ли се чувствате отпуснат(а) и уморен(а) без определена причина?		
56	Случвало ли Ви се е да си послужите с измама по време на игра?		
57	Обичате ли да вършите неща при, които трябва да се действа бързо?		
58	Добър човек ли е(била) Вашата майка?		
59	Често ли имате чувството, че животът е мнго скучен и сив?		
60	Случвало ли Ви се е да използвате някого за своите интереси?		
61	Има ли хора, които постоянно гледат да Ви отбягват?		
62	Винаги ли сте учтив(а), дори и с хора, които са Ви неприятни?		
63	Искало ли Ви се е понякога да сте мъртъв(а)?		
64	Бихте ли декларирали всичко на митницата, дори и да сте сигурен(на), че няма да Ви проверяват?		
65	Можете ли да раздвижите едно събиране (гости, забава и т.н.)?		
66	Стараете ли се да не бъдете груб(а) с хората?		
67	Дълго ли се притеснявате след някакво смущаващо преживяване?		
68	Когато пътувате с влак, често ли пристигате на гарата в последната минута?		
69	Страдате ли от "нерви"?		
70	Случвало ли Ви се е да кажете нещо нарочно, за да засегнете някого?		
71	Лесно ли се развалят приятелствата Ви без да имате вина за това?		
72	Често ли се чувствате самотен(а)?		
73	Винаги ли делата отговарят на думите Ви?		
74	Обичате ли понякога да дразните животните?		
75	Лесно ли се засягате, когато хората намитрат недостатъци у Вас или работата Ви?		
76	Смятате ли, че животът без опасности ще бъде твърде скучен за Вас?		

№	ТВЪРДЕНИЕ	ДА	НЕ
77	Закъснявали ли сте някога за среща или за работа?		
78	Обичате ли около Вас да има възбуда и голямо оживление?		
79	Бихте ли искали другите хора да се страхуват от Вас?		
80	Случвало ли Ви се е понякога ту да кипите от енергия, ту да сте много отпуснат?		
81	Оставяте ли понякога домашната си работа за утре?		
82	Смятат ли Ви другите хора за твърде жив(а)?		
83	Лесно ли се засягате на някои теми?		
84	Винаги ли сте готов(а) да признаете грешката, която сте направили?		
85	Би ли Ви станало много жално за животно, което е хванато в капан?		
86	Неприятно ли Ви беше да попълните този въпросник?		