

**LATVIJAS KLĪNISKĀ PERSONĪBAS TESTA OTRĀS
SĀKOTNĒJO APGALVOJUMU KOPAS IZSTRĀDE:
INTEGRATĪVĀS PIEEJAS PIELIETOŠANA**

***Development of the Second Preliminary Item Pool of the Latvian
Clinical Personality Inventory: an Integrative Approach***

Viktorija Perepjolkina

Jelena Koļesņikova

Kristīne Mārtinsone

Ainārs Stepens

Rīgas Stradiņa Universitāte, Latvija

Abstract. *On the moment, there is a lack of available clinical personality assessment instruments in Latvia, so in the frame of the National Research Programme (2014-2017, project No. 5.8.2.) a new multi-item multi-scale self-report measure - the Latvian Clinical Personality Inventory (LCPI) is currently being developed. LCPI structure includes three parts: clinical scales, pathological personality scales and functioning scales and will provide a possibility to perform a combined analysis of mental disorders symptoms and functioning aspects using one clinical personality inventory. The main aim of this article to describe procedures and stages of the development of the preliminary version of the LCPI v 2.2. item pool.*

Keywords: *functional impairment, integrative approach, mental disorders, psychological assessment, test development.*

Ievads

Introduction

Tradicionāli klīniskie personības testi ļauj novērtēt dažādu psihisko traucējumu simptomu izteiktības pakāpi, emocionālās un sociālās adaptācijas grūtības, ārējas un iekšējas uzvedības problēmas. Tomēr, pēdējos gados zinātniskajā literatūrā arvien biežāk izskan viedoklis, ka psihisko traucējumu diagnostikā un ārstēšanā ir svarīgi ņemt vērā ne tikai psihisko traucējumu simptomus, to izpausmes un smaguma pakāpi, bet arī pievērst uzmanību indivīda funkcionēšanas aspektiem - tam, cik lielā mērā ir vai nav traucēta indivīda dalība ikdienas aktivitātēs, spēja pilnvērtīgi dzīvot, strādāt, mācīties, patstāvīgi rūpēties par sevi, risināt ikdienas problēmas un pieņemt lēmumus, veidot un uzturēt attiecības ar citiem cilvēkiem utt. (piem., Buist-Bouwman et

al., 2006; Brutt, Schulz, Andreas, 2013; Cieza et al., 2004; Keeley et al., 2014; McClure et al., 2013).

Funkcionēšanas un tās ierobežojumu aspekti ir apkopoti Pasaules Veselības Organizācijas (PVO) izdevumā: “Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija” (SFK) (angļu valodā *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), WHO, 2001/2015). SFK kalpo kā vienots ietvars informācijas par indivīda funkcionēšanu un tās ierobežojumu apkopošanai, un to var izmantot arī kā instrumentu indivīda funkcionēšanas aspektu novērtēšanai. Visi funkcionēšanas un tās ierobežojumu aspekti SFK ir sadalīti trijos domēnos: “Ķermeņa funkcijas un struktūras”, “Aktivitātes un dalība” un “Vides faktori”. Ir izstrādāti arī saīsinātie SFK kategoriju saraksti, kuros ir iekļautas svarīgākās, ar konkrētu slimību saistītās, SFK kategorijas. Saīsinātie SFK kategoriju saraksti ir pieejami, piemēram, tādiem psihiskiem traucējumiem kā šizofrēnija, bipolārie traucējumi un depresija (Cieza et al., 2004; ICF Research Branch, 2013 a, b, c).

Zinātniskajā literatūrā ir apstiprināts, ka vairāku klīnisku instrumentu datus ir iespējams interpretēt ne tikai to oriģināli paredzēto mērāmo pazīmju ietvaros, bet arī SFK kategorijās. Piemēram, šizofrēnijas diagnostikā plaši izmantotas PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) aptaujas vienības¹ (angl. val. *items*) ir iespējams attiecināt uz 27 SFK kategorijām (Hidalgo et al., 2015, 10-13 July). Tas nozīmē, ka psiholoģisko mērījumu instrumentu datus potenciāli ir iespējams analizēt SFK kategoriju griezumā (Hofmane et al., 2015), tomēr šāda veida analīze, parasti nav paredzēta šo instrumentu standartizētas datu apstrādes procedūras ietvaros. Lai būtu iespējams veikt tādu analīzi (kā piemēram, PANSS gadījumā), ir nepieciešams vispirms veikt attiecīgā mērījumu instrumenta satura vienību (pantu) detalizētu analīzi ar mērķi atlasīt tādus pantus, kas būtu attiecināmi uz noteiktām SFK kategorijām, jo parasti testa izstrādātāji nepiedāvā šāda veida informāciju testu lietotājiem. Līdz ar to, kombinētās pieejas izmantošana psihisko traucējumu simptomu un ar tiem saistīto funkcionēšanas ierobežojumu diagnostikā (balstoties uz psiholoģisko testēšanu) praksē ir diezgan apgrūtinātā, jo, no vienas puses, testu rokasgrāmatās nav minēta informācija par to, kuras testa vienības uz kurām SFK kategorijām attiecas, un, no otras puses, nav skaidrs kā analizēt iegūtos datus, jo nav skaidra datu analīzes un interpretācijas procedūra attiecībā uz SFK kategorijām un attiecīgiem funkcionēšanas aspektiem. No šādām grūtībām būtu iespējams izvairīties, ja jau testa izstrādes sākotnējā posmā tiktu izmantotā integratīva pieeja, un testa

¹Alternatīvais tulkojums latviešu valodā ir “panti”, vai konkrēti “apgalvojumi” / “jautājumi”, “uzdevumi”, atkarībā no testa vienību veida (piem., Raščevska, 2005). Turpmāk tekstā šie jēdzieni tiks lietoti kā sinonīmi.

lietotājiem testa rokasgrāmatā tiktu piedāvāta empīriski pamatota informācija un vadlīnijas testa rezultātu alternatīvai analīzei SFK kategoriju griezumā.

Mūsdienās plaši lieto divas veselības traucējumu (tai skaitā psihisko traucējumu) klasifikācijas – Pasaules Veselības Organizācijas (PVO) izstrādāto Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija (tā pēdējā versija ir SSK-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-10, WHO, 1994), un Amerikas Psihiatrijas asociācijas izstrādāto slimību klasifikatoru DSM (tā pēdējā versija DSM-5; APA, 2013). DSM-5 apkopotajos veselības traucējumu diagnostikas kritērijos ir integrētas jaunākajos pētījumos balstītas atziņas un mūsdienīgas pieejas psihisko traucējumu diagnostikai. Tāpēc LKPT izstrādes sākotnējā posmā, tika nolemts primāri balstīties tieši DSM-5 psihisko traucējumu kritērijos. Lai būtu iespējams interpretēt LKPT klīnisko skalu rezultātus arī SSK-10 ietvaros, īpaša uzmanība pantu formulēšanas procesā tika pievērsta to saturiskajai atbilstībai ne tikai DSM-5 attiecīgā traucējuma kritērijiem, bet arī SSK-10 kritērijiem, ņemot vērā, ka Eiropā tiek izmantots SSK-10, nevis DSM-5 slimību klasifikators.

Raksta mērķis ir raksturot Latvijas Klīniskā personības testa otrās pilotversijas (LKPT v2.2.) pantu kopas formulējumu pamatojumu, testa izstrādes posmus un izmantotās procedūras, īpaši akcentējot intergratīvo pieeju LKPT veidošanā, kas nodrošina iespēju veikt ne tikai psihisko traucējumu simptomu izteiktības pakāpes un personības raksturojumu novērtēšanu, bet arī veikt vairāku funkcionēšanas aspektunovērtēšanu SFK kategoriju ietvaros. LKPT izstrādes process tika uzsākts 2014. gadā (Koļesnikova u.c., 2014). Balstoties uz LKPT pirmās pilotversijas psihometriskās analīzes rezultātiem, tika konstatētas dažas nepilnības (skat. Perepjolkina et al., 2015; Mārtinsone et al., 2015, 1-5 September), īpaši personības traucējumu skalu blokā un tika pieņemts lēmums izstrādāt LKPT otro pilotversiju (LKPT v2.2.), kur 10 personības traucējumu skalas tika aizvietotas ar 40 patoloģisko personības iezīmju skalām (sk. 2. tab.).

LKPT otrās pilotversijas sākotnējo pantu kopas izstrāde *Development of the preliminary item pool of the LCPI v.2.2.*

LKPT pantu formulēšanai tika izmantota deduktīvā pieeja: pamatojoties uz DSM-5 (APA, 2013), SSK-10 (WHO, 1994) un SFK (Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija, PVO/WHO, 2001/2015) kritērijiem tika formulēti sākotnējie apgalvojumi un izveidota LKPT pirmā sākotnējo pantu kopa ($k = 714$, $N = 518$) (Perepjolkina u.c., 2015.g. 26. martā; Perepjolkina et al., 2015, 7-10 July). Veicot psihometrisko pārbaudi, tika konstatētas dažas būtiskas nepilnības personības traucējumu skalu blokā (piemēram, augstas starpskalu korelācijas), un tika pieņemts lēmums izstrādāt otru LKPT pilotversiju - LKPT v2.2., kurā 10 sākotnēji formulētās personības

traucējumu skalas (kas bija izstrādātas balstoties uz DSM-5 II sekcijā aprakstītiem personības traucējumu kritērijiem) tika aizvietotas ar 40 patoloģisko iezīmju skalām (skat. 2. tabulā), balstoties uz DSM-5 III sekcijā piedāvāto alternatīvo - dimensionālo pieeju personības traucējumu diagnostikā.

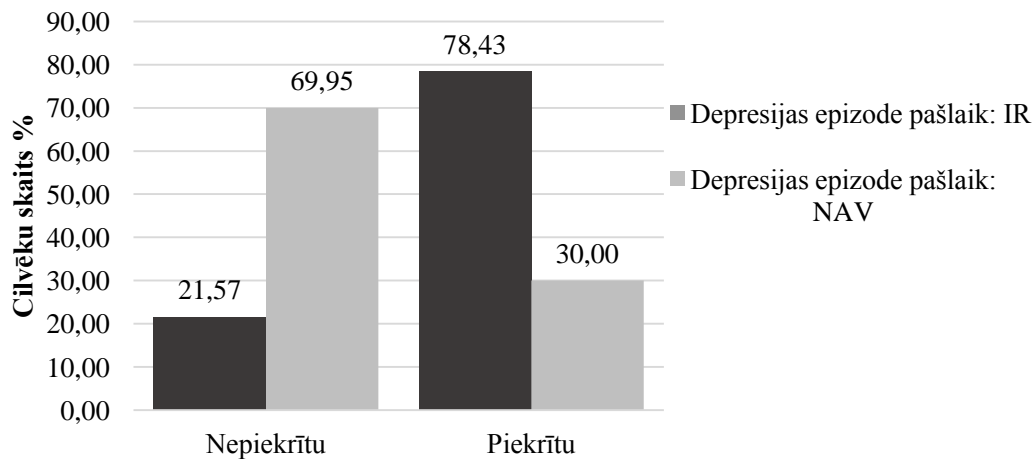
LKPT otrā pilotversija sastāv no trīs skalu blokiem. Pirmo bloku veido klīniskās skalas, otro bloku –patoloģisko personības iezīmju skalas un trešo bloku – funkcionēšanas skalas. Turpmāk tiks raksturots katra LKPT skalu bloka sākotnējo versiju izstrādes process.

Klīnisko skalu izstrāde. LKPT izstrādes sākotnējā posmā, balstoties uz intervijām ar Latvijas psihiatriem un klīniskiem psihologiem, tika nolemts izstrādāt deviņas klīniskās skalas: Depresijas simptomi, Mānijas simptomi, Trauksmes simptomi, Posttraumatiskā stresa sindroma simptomi, Psihotisko traucējumu simptomi, Ar alkohola lietošanu saistītās problēmas, Ar narkotiku lietošanu saistītās problēmas, Somatiskie simptomi, Ēšanas traucējumu simptomi. Minēto skalu panti tika formulēti operacionalizējot attiecīgā traucējuma DSM-5 un SSK-10 diagnostikas kritērijus. Respektīvi, šo skalu pirmās un otrās pilotversijas pantu formulēšanā tika balstītā uz attiecīgo psihisko traucējumu saskaņoto DSM-5 un SSK-10 diagnostisko kritēriju izmantošanu (Perepjolkina u.c., 2015., 26. martā) (skat. 1. tab.). Attiecībā uz katru traucējuma diagnostisko kritēriju tika formulēti divi līdz 10 panti (vidēji trīs-četri panti), tā, lai pēc iespējas vienmērīgāk būtu pārstāvēti visi attiecīgā traucējuma svarīgākie simptomi. LKPT klīnisko skalu pantu formulēšanā tika izmantoti pacientu tipiskie izteikumi un viņu domu, izjūtu, pieredzes un pārdzīvojumu apraksti, dažādu publiski pieejamu klīnisko personības testu pantu paraugi un literatūrā minētie tipiskie attiecīgā traucējuma simptomu izpaušmju piemēri.

Ņemot vērā, ka otrajā LKPT pilotversijā ir iekļautas tās pašas deviņas klīniskās skalas, kas bija izstrādātas, veidojot LKPT pirmo pilotversiju, minēto skalu otrajā pilotversijā tika iekļautitie panti no pirmās pilotversijas, kuri uzrādīja labākos psihometriskus rādītājus, piemēram, vismaz vidēji augstus faktoru svarus $a_i > 0,45$ pirmajā faktorā pirms rotācijas (balstoties uz katras skalas ietvaros atsevišķi veiktās izpētošās faktoru analīzes rezultātiem, izmantojot galveno asu metodi (angl. *Principal Axis Factoring*), vismaz apmierinošus diskriminācijas indeksus (angl. *discrimination index*) ($D \geq 0,35^2$) un diskriminācijas koeficientus (angl. *Corrected Item-Total Correlations*) ($r \geq 0,35$). Lai aprēķinātu pantu diskriminācijas indeksus tika izmantota kontrastējošo grupu metode (angl. *extreme group method*). Gadījumos, kad tas

²Atsevišķos gadījumos, piemēram attiecība uz pantiem par pašnāvības domām vai psihotisko traucējumu simptomiem, tika pieļauts arī zemāks diskriminācijas indekss, ņemot vērā šo pantu satura specifiskumu (līdz ar to ļoti zemiem apstiprinošo atbilžu izvēles biežumiem, kas savukārt apgrūtina apmierinošo psihometrisko kritēriju iegūšanas varbūtību), no vienas puses, un šo pantu klīnisko nozīmīgumu, no otras puses.

bija iespējams, kontrastējošas grupas tika veidotas balstoties uz M.I.N.I. (Īsa internacionāla neiropsihiatriska intervija. Latvian Translation, Version 6.0.0.; 1992/2010) rezultātiem (piem., atlasot respondentus, kuriem ir un kuriem nav depresijas epizode pašlaik) (skat. 1. tabulu un 1. attēlu); pārējos gadījumos kontrastējošas grupas tika veidotas balstoties uz sākotnējās teorētiski veidotās skalas summāro baļļu rādītāju un atlasot respondentus, kas ieguva skalas summāro balli zem 30 procentīles un virs 70 procentīles.



1.att. Atbilžu sadalījuma un 246. panta “Pēdējā laikā es izjūtu iekšēju tukšumu” diskriminētspējas analīzes piemērs, izmantojot kontrastējošo grupu metodi

Fig. 1 An example of the analysis of the discrimination power of an item, based on the use of an extreme group method

Lai uzlabotu skalu saturisko validitāti un diferencētspēju, gandrīz katrā no LKPT pirmās pilotversijas klīniskām skalām tika precizēti dažu sākotnējo apgalvojumu formulējumi un izstrādi vairāki jauni apgalvojumi.

Nākamajā LKPT otrās pilotversijas izstrādes posmānotika šo jauno apgalvojumu kvalitātes (formulējumu precizitāte, skaidrība, lakoniskums, gramatiskais korektums un saturiskā atbilstība mērāmās pazīmes kritērijiem) novērtējums un labāko pantu atlase, kas tika veikta sākotnēji testa izstrādes darba grupā, kuru veido dotā raksta autoru kolektīvs, vēlāk pieaicinot neatkarīgus ekspertus (divus psihiatrus un divus klīniskos psihologus, kas ir vadošie speciālisti savā nozarē).

Balstoties uz vairākkārtīgu diskusiju rezultātiem un ekspertu vērtējumiem, diskusiju noslēguma posmā izmantojot konsensusa pieeju, no turpmākas analīzes tika izslēgti visi gari (vairāk par 15-30 vārdiem), sarežģīti vai neskaidri formulēti apgalvojumi, iespēju robežās tika atsijāti tādi panti, kuros bija izmantoti dubultnoliegumi vai nolieguma formas darbības vārdi (ar priedēkli “ne-”), tādi, kuros bija iekļautas vairākas tēzes (piem., “Es bieži kritizēju vai pazemoju kādu.”), kuri bija pārāk specifiski (piem., “Dažreiz man šķiet, ka man

zem ādas kāds rāpo.”) vai, kuru saturs nebija atbilstošs attiecīgajiem DSM-5 un SSK-10 kritērijiem. Priekšroka tika dota īsiem, vienkāršiem un viennozīmīgi saprotamiem apgalvojumiem.

1.tab. LKPT otrās pilotversijas klīnisko skalu sākotnējo pantu kopas izstrādes un atlasē kritēriji un informācija par pantu skaitu

Table 1 Information of the preliminary version of LCPI v2.2. clinical scales: Corresponding DSM-5 mental disorders and ICD-10 codes & information of the amount of items

LKPT v 2.2. klīniskās skalas nosaukums	DSM-5 traucējumu nosaukumi un attiecīgie SSK-10 kodi, kuru kritēriji tika izmantoti par pamatu LKPT klīnisko skalu veidošanai	Kontrastējošo grupu veidošanas kritērijs ^a	k ₁	k ₂
Depresijas simptomi	Depresīva epizode (Major Depressive Disorder, F32.0-F32.2)	Depresija pašlaik	25	49
Mānijas simptomi	Bipolāri afektīvi traucējumi (Bipolar I Disorder, F31.0 – F31.1; Bipolar II Disorder, F31.80)	Mānija/hipomānija pašlaik vai jebkad dzīvē	6	22
Trauksmes simptomi	Generalizēta trauksme (Generalized Anxiety Disorder, F41.1) Sociālas fobijas (Social Anxiety Disorder (Social Phobia), F40.10) Panika [epizodiska paroksismāla trauksme] (Panic Disorder, F41.0)	Generalizētā trauksme pašlaik/ panikas traucējumi pašlaik/ sociālā fobija pašlaik	12	26
Post-traumatiskā stresa sindroma simptomi	Posttraumatiskais stresa sindroms (Posttraumatic Stress Disorder, F43.10)	Postramatiskā stresa sindroms pašlaik	17	43
Psihotisko traucējumu simptomi	Neprecizēta šizofrēnija (Schizophrenia, F20.9) Cita veida šizofrēnija (Schizophreniform Disorder, F20.81) Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi (Brief Psychotic Disorder, F23)	Psihotiski traucējumi pašlaik	15	25
Ar alkohola lietošanu saistītās problēmas	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ (Alcohol Use Disorder, F10.10; F10.20; F10.99)	Alkoholatkarība	11	16
Ar narkotiku lietošanu saistītās problēmas	Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies narkotisku un citu psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ (Unspecified Substance-Related Disorder, F19.9)	Augsti/zemi rādītāji	5	6
Somatiskie simptomi	Somatoformi traucējumi (Somatic Symptom Disorder; Illness Anxiety Disorder etc.; F45.0 – F45.9)	Augsti/zemi rādītāji	17	18
Ēšanas traucējumu simptomi	Ēšanas traucējumi (Anorexia Nervosa, 50.0); Bulimia Nervosa, F50.2; Binge-Eating Disorder (F50.8)	Augsti/zemi rādītāji	7	11

Piezīme. ^a Balstoties uz M.I.N.I. strukturētas klīniskās intervijas rezultātiem.

k₁ – pantu skaits no pirmās LKPT sākotnējo pantu kopas, kas tika iekļauti otrajā LKPT pilotversijā;
k₂ – kopējs pantu skaits attiecīgajā LKPT v.2.2. klīniskajā skalā.

Īpaša uzmanība tika pievērsta apgalvojumu saturiskajai daudzveidībai (katras skalas ietvaros) un atbilstībai attiecīgiem DSM-5 un SSK-10 kritērijiem. Daudziem pantiem sākotnēji bija izstrādātas vairākās alternatīvās formulējuma versijas un dotajā pantu izskatīšanas fāzē tika atlasīta labākā panta formulējuma versija. Detalizēta informācija par LKPT otrās pilotversijas klīnisko skalu sākotnējo pantu kopā iekļauto pantu skaitu un par to izstrādes un atlasē kritērijiem ir apkopota 1. tabulā.

Patoloģisko personības iezīmju skalu sākotnējo versiju izstrāde *Development of the preliminary versions of the LCPI pathological personality trait scales*

LKPT pirmajā pilotversijā, balstoties uz DSM-5 II sekcijas kritērijiem un izmantojot kategoriālo pieeju, tika izstrādātas 10 personības traucējumu skalas. Tomēr psihometriskās analīzes rezultāti norādīja uz pārāk augstām starpskalu korelācijām (31 % no konstatētām korelācijām bija diapazonā no 0,50 līdz 0,69, un 16 % - bija virs 0,70; $N = 518$), kas liecina par samazināto šo skalu diverģento validitāti un apšaubāmo funkcionālo lietderību. Konstatētas problēmas bija sagaidāmas un tikai apstiprināja zinātniskajā literatūrā (piem., Clark, 2007; Trull & Durrett, 2005) minētās kategoriālās (angl. *categorical approach*) pieejas nepilnības un ierobežojumus attiecībā uz personības traucējumu diagnostiku. Tiek uzskatīts (piem., Samuel et al., 2012; Widiger & Simonsen, 2005), ka dimenscionālās pieejas izmantošana var atrisināt šāda veida problēmas. Piemēram, patoloģisko iezīmju dimenscionālās sistēmas izmantošana varētu mazināt problemātisko komorbiditāti starp personības traucējumiem un heterogenitāti personības traucējumu kritēriju ietvaros, jo ļaus iegūt tieši konkrētā indivīda unikālo personības iezīmju profilu (Widiger & Trull, 2007).

DSM-5 III sekcijā ir aprakstīta alternatīvā hibrīd pieeja personības traucējumu diagnostikai, kurā sevī apvieno kategoriālo un dimenscionālo pieeju. Šīs alternatīvās pieejas ietvaros personības traucējumi tiek diagnosticēti balstoties uz kombinēto personības funkcionēšanas traucējumu smaguma pakāpes noteikšanu (izmantojot kategoriālo pieeju) un noteikto patoloģisko personības iezīmju kombināciju (izmantojot dimenscionālo pieeju diagnostikā). Balstoties uz vairāku gadu darbu un empīriskajiem pētījumiem speciāli izveidotā DSM-5 Personības un Personības traucējumu darba grupa (DSM-5 Personality Disorders Work Group) ir izstrādājusi DSM-5 patoloģisko personības iezīmju modeli (DSM-5 Trait model), kurā ietilpst 25 personības iezīmes (APA-2013, Table 3, pp. 779-781). Minētā darba grupa sākotnēji bija izvirzījusi priekšlikumu par 37 iezīmju modeli, kas vēlāk, pēc ne visai skaidriem kritērijiem, tika reducēts uz 25 iezīmēm, izslēdzot vairākās būtiskās iezīmes, piemēram tādas, kā *agresivitāte*, *pazemināts pašvērtējums* utt., vai dažas

atsevišķas iezīmes, piemēram, tādās, kā *pedantisms*, *rigiditāte* un *perfekcionisms* tika apvienotas vienā iezīmē: *rīgīds perfekcionisms* (angl. *rigid perfectionism*) utt. Rezultātā, piedāvātā iezīmju modeļa diagnostiskā kapacitāte tika samazināta, uz ko norāda arī šī modeļa kritiķi (piem., Samuel et al., 2012).

2.tab. LKPT v2.2. patoloģisko iezīmju skalu nosaukumi un pantu skaits LKPT otrajā pilotversijā

Table 2 Pathological personality trait scales from LCPI v2.2. and amount of items in them

Skala / Scale	k	Skala / Scale	k
1. Emocionālā labilitāte (<i>Emotional Lability^{a,b}</i>)	9	21. Cietsirdība (<i>Callousness^{a,b}</i>)	13
2. Histēriskums (<i>Histrionism^b</i>)	12	22. Agresivitāte (<i>Aggression^b</i>)	8
3. Trauksmainība (<i>Anxiousness^{a,b}</i>)	17	23. Dusmas (<i>Anger</i>)	9
4. Separācijas trauksme (<i>Separation Insecurity^{a,b}</i>)	12	24. Bezatbildīgums (<i>Irresponsibility^{a,b}</i>)	13
5. Depresivitāte (<i>Depressivity^{a,b}</i>)	21	25. Impulsivitāte (<i>Impulsivity^{a,b}</i>)	19
6. Pesimisms (<i>Pessimism^b</i>)	5	26. Riskanta uzvedība (<i>Risk Taking^a/ Recklessness^b</i>)	12
7. Pakļaujāmība (<i>Submissiveness^{a,b}</i>)	14	27. Izvairīšanās no rika (<i>Risk Aversion^b</i>)	6
8. Ievainojamība (<i>Vulnerability</i>)	9	28. Uzmanības nenoturība (<i>Distractibility^{a,b}</i>)	8
9. Pazemināts pašvērtējums (<i>Low Self-esteem^b</i>)	15	29. Neatmaidības un mērķtiecības trūkums (<i>Difficulty maintaining goalfocused behaviour</i>)	9
10. Sociālā izolēšanās (<i>Social Withdrawal^{a,b}</i>)	18	30. Perfekcionisms (<i>(Rigid)Perfectionism^{a,b}</i>)	14
11. Izvairīšanās no emocionāli tuvām attiecībām (<i>Social Detachment^b</i>)	7	31. Rigiditāte (<i>Rigidity^b</i>)	9
12. Izvairīšanās no intimitātēs (<i>Intimacy Avoidance^{a,b}</i>)	6	32. Pedantisms (<i>Orderliness^b</i>)	16
13. Emocionāls vēsums (<i>Restricted Affectivity^{a,b}</i>)	15	33. Slimīga neatmaidība (<i>Perseveration^a</i>)	10
14. Anhedonija (<i>Anhedonia^{a,b}</i>)	15	34. Dīvainas pārliecības (<i>Unusual Beliefs^{a1,b}</i>)	7
15. Manipulatīvā uzvedība (<i>Manipulativeness^{a,b}</i>)	10	35. Dīvaina pieredze (<i>Unusual Experiences^{a1}/ Unusual Perceptions^b</i>)	5
16. Velme būt uzmanības centrā (<i>Attention Seeking^a</i>)	10	36. Uztveres un domāšanas traucējumi (<i>Cognitive (and Perceptual) Dysregulation^{a,b}</i>)	8
17. Melīgums (<i>Deceitfulness^{a,b}</i>)	11	37. Nosliece uz dissociāciju (<i>Dissociation Proneness^b</i>)	5
18. Grandiozitāte (<i>Grandiosity^a</i>)	12	38. Ekscentriskums (<i>Eccentricity^{a,b}</i>)	10
19. Varaskāre (<i>Will to Power</i>)	10	39. Aizdomīgums (<i>Suspiciousness^{a,b}</i>)	15
20. Naidīgums (<i>Hostility^{a,b}</i>)	15	40. Tīšs paškaitējums (<i>Self-harm^b</i>)	6

Piezīme. ^a Iezīme ir iekļauta DSM-5 patoloģisko iezīmju modelī (APA, 2013, Table 3, pp. 779-781);

^{a1} DSM-5 patoloģisko iezīmju modelī šī iezīme ir apvienot ar citu iezīmi; ^b Iezīme tika iekļauta sākotnējā 37 iezīmju sarakstā (pēc Samuel et al., 2012).

Jāatzīmē ka, balstoties uz piedāvāto patoloģisko iezīmju modeli, DSM-5 ir definēti personības iezīmju profili attiecībā tikai uz sešiem no 10 personības traucējumiem (antisociālie, izvairīgie, robežstāvokļa, narcistiskie, obsesīvi-

kompulsīvie un šizotipiskie personības traucējumi) (APA, 2013, p. 761), ar komentāru, ka attiecībā uz četriem pārējiem personības traucējumiem (šizoīdie, atkarīgie, histeriskie un paranoīdie personības traucējumi) personības iezīmju skaits nav pietiekošs, lai tos varētu izmantot kā diagnostisko kritēriju, vai arī ekspertu viedokļi ir pārāk atšķirīgi un konsensus par attiecīgo traucējumu raksturojošām iezīmēm vēl nav panākts. Paša modeļa autori norāda, ka piedāvātais 25 iezīmju saraksts vēl nav galējs, un, šobrīd tas tiek empīriski aprobēts un validizēts. Turpinās diskusijas par to, kuras iezīmes būtu papildus jāiekļauj šajā modelī (piem., Samuel et al., 2012).

Ņemot vērā minētas nianšes, tika nolemts, LKPT otrajā pilotversijā (LKPT v2.2.) sākotnējas 10 personības traucējumu skalas aizvietot ar patoloģisko personības iezīmju skalām. Šim nolūkam, sākotnēji tika veikta literatūras analīze, ar mērķi izveidot sarakstu ar svarīgākajām patoloģiskām personības iezīmēm, kuras potenciāli varētu būt nozīmīgas personības traucējumu diagnostikā (piem., DSM, 2013; Samuel et al., 2012; Wright et al., 2012). Tādā veidā tika izveidots saraksts ar 40 patoloģiskajām iezīmēm (sk. 2. tab.). Dotajā sarakstā ir iekļautas visas 25 DSM-5 patoloģisko personības iezīmju modelī iekļautās iezīmes, ieskaitot 34 no 37 sākotnēji piedāvātajām iezīmēm (izņemot trīs iezīmes: *Vaina/kauns* (angl. *Guilt/Shame*)³; *narcisms* (angl. *Narcissism*)⁴; un *opozicionalitāte*⁵ (angl. *Oppositionality*)); papildus šis saraksts tika papildināts ar iezīmēm: *ievainojamība, neatlaidības un mērķtiecības trūkums, varaskāre un "dusmas"*. Tādā veidā tika iegūts saraksts ar 40 patoloģiskām personības iezīmēm, kuras tika operacionalizētas LKPT v.2.2. (skat. 2. tab.). Patoloģisko iezīmju skalu panti tika izstrādāti balstoties uz attiecīgo patoloģisko personības iezīmju definīcijām minētām DSM-5 (APA-2013, Table 3, pp. 779-781) un citur.

**Funkcionēšanas ierobežojumu, balstoties uz SFK kategorijām,
novērtēšanas iespējas integrēšana LKPT v.2.2. pilotversijā**
*Integration of the possibility to perform the assessment of functioning
impairment based on ICF categories by the means of LCPI*

Lai nodrošinātu iespēju ar LKPT palīdzību veikt vairāku funkcionēšanas grūtību, kas bieži ir sastopamas indivīdiem ar psihiskiem traucējumiem, vispirms tika veikta SKF pilna kategoriju saraksta un saīsināto SFK kategoriju

³Nosliece bieži pārdzīvot kauna un vainas izjūtu tika operacionalizēta kā viena no depresivitātes iezīmes pazīmēm.

⁴Iezīme *narcisms* tika aizvietota ar trijām šaurākā līmeņa iezīmēm: *varaskāre, grandiozitāte* un *vēlme būt uzmanības centrā*.

⁵Opozicionalitāte tika izslēgta no saraksta, jo pēc pasaules ekspertu viedokļa (Samuel et al., 2012) šī iezīme nav tiešā viedā attiecināmā ne uz vienu no 10 personības traucējumiem.

(ICF Core sets) šizofrēnijai (ICF Research Branch, 2013c), bipolāriem traucējumiem (ICF Research Branch, 2013b) un depresijas epizodei (Cieza et al., 2004; ICF Research Branch, 2013a) saturiskā analīze un gala rezultātā tika atlasītas 66 SFK kategorijas, kuru definīcijas tika izmantotas par pamatu LKPT v2.2. funkcionēšanas skalu pantu formulēšanai. No atlasītajām 66 SFK kategorijām 42 bija no domēna “Ķermeņa funkcijas” (14 otrā līmeņa kategorijas un 28 trešā līmeņa kategorijas⁶), 20 kategorijas no domēna “Aktivitātes un dalība” (11 otrā līmeņa kategorijas un deviņas trešā līmeņa kategorijas⁷) un četras kategorijas no domēna “Vides faktori”: e310, e315, e320, e325. Katrai no atlasītām kategorijām tika formulēts vismaz viens pants (vidēji 3-5 panti). Jāsaka, ka vairāki no šiem “funkcionēšanas sadaļas” pantiem, tika iekļauti arī citās klīniskajās un patoloģisko iezīmju skalās.

Nākotnē, būs nepieciešams izstrādāt pēc iespējas ērtāku funkcionēšanas ierobežojumu analīzes pieeju, izmantojot LKPT v2.2., bet šobrīd, deduktīvi ir izstrādātas 10 funkcionēšanas pamatskalas: Miega problēmas (b1341, b1343; $k = 9$), Uzmanības noturības problēmas (b1400; $k = 5$), Enerģijas līmenis/nogurums (b1300; $k = 5$); Psihomotoriska kavēšana (b1470, b1600; $k = 4$), Apetīte (b1302; $k = 7$), Sarunas uzsākšana un uzturēšana (d350, d7200; $k = 5$), Lēmumu pieņemšana un problēmu risināšana (d175, d177; $k = 9$), Intīmo attiecību veidošana un uzturēšana (d770), Saziņas problēmas (b1670, b1671; $k = 4$) un Sociālais atbalsts (e310, e315, e320; $k = 4$). Nākošajos testa izstrādes posmos šīs deduktīvi veidotās skalas tiks psihometriski pārbaudītas un iespējams, tiks izstrādātas dažas papildus skalas.

Secinājumi Conclusions

LKPT v2.2. sastāv no kritērijos balstītām deduktīvi veidotām deviņām klīniskajām skalām (jeb psihisko traucējumu simptomu skalām), 40 patoloģisko personības iezīmju skalām un 10 funkcionēšanas pamatskalām. LKPT v2.2. funkcionēšanas skalu panti ir iekļauti vairākās citās (klīniskajās un personības iezīmju) skalās un otrādi, vairāki panti vai atsevišķu pantu apakškopas (angl. val. *parcels*) no citām skalām var būt attiecināti/-ās kopumā uz 66 SFK kategorijām (uz 42 kategorijām no SFK domēna: “Ķermeņa funkcijas”, 20 no

⁶SFK kategorijas no domēna “Ķermeņa funkcijas”, kas tika atlasītas turpmākai operacionalizēšanai LKPT v2.2.: b126: b1260, b1261, b1262, b1263, b1264, b1265, b1266, b1267; b130: b1300, b1301, b1302, b1303; b1304; b134: b1341, b1342, b1343; b140: b1400; b144; b147: b1470; b152: b1520, b1521, b1522; b156; b160: b1600, b1602, b1603; b164: b1641, b1642; b180: b1800, b1802; b280; b330; b460.

⁷SFK kategorijas no domēna “Aktivitātes un dalība”, kas tika atlasītas turpmākai operacionalizēšanai LKPT v2.2.: d160; d175; d177; d240: d2400, d2402; d310; d350; d710: d7100, d7102, d7103; d720: d7200, d7202, d7203; d730; d750; d760; d770; d920: d9205.

domēna: “Aktivitātes un dalība” un četras no domēna: “Vides faktori”). Apkopojot var secināt, ka LKPT v2.2. izstrādē tika izmantota trīs līmeņu integratīvā pieeja: pirmkārt, klīnisko skalu pantu izstrāde tika balstīta uz saskaņoto DSM-5 un SSK-10 diagnostisko kritēriju izmantošanu, lai, nepieciešamības gadījumā, psiholoģiskās testēšanas rezultātus būtu iespējams interpretēt šo abu slimību klasifikatoru ietvaros; otrkārt, DSM-5 reducētais patoloģisko personības iezīmju modelis tika paplašināts, integrējot tajā vēl 15 patoloģiskās personības iezīmes, kuras varētu būt nozīmīgas personības traucējumu diagnostikā dimensionālās pieejas ietvaros; un, treškārt, jau testa konstruēšanas posmā ir iestrādāta iespēja interpretēt testēšanas rezultātus no indivīda funkcionēšanas ierobežojumu skatu punkta un, balstoties uz SFK kodiem. Veiktā pētījuma rezultāti pamato LKPT v2.2. sākotnējās pantu kopas satura validitāti un atbilstību attiecīgajiem DSM-5, SSK-10 un SFK kritērijiem. LKPT gala versijas izveidē tiks izmantota kombinētā deduktīvi-induktīvā pieeja, kuras ietvaros, teorētiski veidotās, uz kritērijiem balstītas skalas tiks pārbaudītas psihometriski un, balstoties uz vairākām secīgi un paralēli pielietotām psihometriskās analīzes procedūrām tiks atlasīti labākie testa panti.

Summary

On the moment, there is a lack of available clinical personality assessment instruments in Latvia, so in the frame of the National Research Programme (2014-2017, project No. 5.8.2.) a new multi-item multi-scale self-report measure - the Latvian Clinical Personality Inventory (LCPI) is currently being developed. LCPI structure includes three parts: clinical scales, pathological personality scales and functioning scales and will provide a possibility to perform a combined analysis of mental disorders symptoms and functioning aspects using one clinical personality inventory. The main aim of this article to describe procedures and stages of the development of the preliminary version of the LCPI v2.2. item pool.

In the first stage of the development of the LCPI individual interviews with Latvian leading clinical psychologists (N = 4) and psychiatrists (N = 4) was conducted with the aim to find out what clinical scales will be useful and necessary to include in the emerging LCPI. Based on results of these interviews, it was decided to develop following nine clinical scales. In Table 1 information of the LCPI clinical scales and corresponding mental disorders (based on DSM-5 with ICD-10 codes) which criteria was used for further operationalization on the next stage of scales' item development.

In the initial version of the LCPI along with 9 clinical scales 10 Personality disorder (PDs) scales were developed based on DSM-5 criteria for the corresponding PDs (i.e., using categorical approach). But this PDs scales showed very poor discriminant validity. To overcome this deficiency, it was decided to develop a revised version of PDs scales. An alternative dimensional approach to personality pathology proposed in the DSM-5 Section III, was used as a theoretical frame for scale development in this case. A list of the 40 pathological personality traits – a combination of traits listed in DSM-5 Section III (APA, 2013), Samuel et al. (2012) and Wright et al. (2012) was prepared for further operationalization. Based on the definitions of these 40 pathological personality traits found in DSM-5 Section III (Table 3, pp. 779-781, APA-2013) and elsewhere including scientific

dictionaries a preliminary item pool comprising deductively derived 40 LCPI pathological personality trait scales (as operationalization of these traits) were prepared (Table 2).

Taking into account the latest tendencies in the assessment of mental disorders and personality in the context of functioning of individual and empirical evidence of usefulness and importance of such a complex approach, it was decided to use an integrative approach for the development of the LCPI, which will allow to analyse LCPI data not only in a context of symptoms of mental disorders and pathological personality traits, but also in the context of functioning. To make it possible, an analysis of ICF categories and especially categories included in the Comprehensive ICF Core Set for Depression (Cieza et al., 2004; ICF Research Branch, 2013a), for Bipolar Disorders (ICF Research Branch, 2013b) and for Schizophrenia (ICF Research Branch, 2013c) was performed with the aim to select appropriate ICF codes for further operationalization in LCPI items. Based on performed analysis followed by a formal decision-making process a set of 66 ICF categories at the second and third ICF levels with 42 categories from the component *body functions* (14 second ICF level categories and 28 third ICF level categories), 20 categories from the component *activities and participation* (14 second ICF level categories and six third ICF level categories), and one ICF first level and four second ICF level categories from the component *environmental factors* was prepared. These 66 ICF categories were further operationalized in preliminary version of LCPI items, which were combined in deductively derived functioning 10 Functioning scales: Sleep Problems, Concentration Problems, Fatigue/Energy Level, Psychomotor Disturbances, Appetite, Starting and Sustaining Conversation, Decision Making and Problem Solving, Intimate Relationships, Communication Problems, Social Support.

Integrative and complex approach to mental health and personality assessment is very promising and reflects up-to-date tendencies employed in the development of the Latvian Clinical Personality Inventory. In the next stage of LCPI development psychometrical analysis of deductively derived scales will be performed and final versions of LCPI clinical, pathological personality traits and functioning scales will be developed.

Literatūra References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Brutt, A. L., Schulz, H., & Andreas, S. (2013). Development of an ICF-based core set of activities and participation for patients with mental disorders: an approach based upon data. *Clinical rehabilitation*, 27 (8), pp. 758-767.
- Buist-Bouwman, M. A., De Graaf, R., Vollebergh, W. M., Alonso, J., Bruffaerts, R., & Ormel, J. (2006). Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: a study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (6), 492-500.
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Hecceg, et al. (2004). ICF Core sets for depression. *Journal of Rehabilitation. Medicine*, 44, 128-134.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Hidalgo, M. D., Calindo-Garre, F., & Gómez-Benito, J. (2015, 10-13 July). Domains of the International Classification of Functioning Covered by the measurement instruments most widely used in schizophrenia. Poster presentation. The 14th European Congress of Psychology, Milan. - 2015. - 10-13 July.

- Hofmane, A., Mārtinsonē, K., Perepjolkina, V., & Koļesnikova, J., / Хофмане А., Мартинсоне К., Перепёлкина В., Колесникова Е. (2015). Schizophrenia through the lens of functional status: biopsychosocial approach. / Шизофрения в контексте функционального состояния: биопсихосоциальный подход. *Medical psychology in Russia / Медицинская психология в России*, 6 (35). Picejams: http://www.mprj.ru/archiv_global/2015_6_35/nomer09.php
- ICF Research Branch. (2013a). *Comprehensive ICF Core Set for Depression*. <https://www.icf-research-branch.org/download/category/9-mentalhealth>
- ICF Research Branch. (2013b). *Comprehensive ICF Core Set for Bipolar Disorders*. <https://www.icf-research-branch.org/download/category/9-mentalhealth>
- ICF Research Branch. (2013c). *Comprehensive ICF Core Set for Schizophrenia*. <https://www.icf-research-branch.org/download/category/9-mentalhealth>
- Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & McCluskey, D. L. (2014). Functional impairment and the DSM-5 dimensional system for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28 (5), 657-674. doi:10.1521/pedi_2014_28_133
- Koļesnikova, J., Perepjolkina, V., Mārtinsonē, K., & Stepens, A. (2014). Theoretical concept of the new clinical personality test. Referat presented at Baltic Military Psychologists Conference *Military Psychology: Sharing a common vision*, Riga, Latvia, November 20th, 2014.
- Martinsonē, K., Perepjolkina, V., Kolesnikova, K., & Stepens, A. (2015, 1-5 September). Biopsychosocial model: a new perspective in the development of a clinical personality test. Poster presentation. *29th Conference of the European Society of Health Psychology "Principles of Behaviour Change in Health and Illness"*. Limassol, Cyprus, P186. Electronic version. Available: http://www.ehps2015.org/files/EHPS2015_Conference_Abstracts_01092015.pdf
- McClure, M. M., Harvey, P. D., Bowie, C. R., Iacoviello, B., & Siever, L. J. (2013). Functional outcomes, functional capacity, and cognitive impairment in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 144 (1-3), 146-150. doi:10.1016/j.schres.2012.12.012
- Perepjolkina, V., Mārtinsonē, K., Koļesnikova, J., Stepens, A., & Rancāns, E. (2015., 26. martā). *Latvijas klīniskā personības testa apgalvojumu formulēšana: procedūras un rezultāti. Rīgas Stradiņa universitāte, 2015. g. Zinātniskā konference. Tēzes*, 353. lpp. Rīga, Latvija: RSU.
- Perepjolkina, V., Koļesnikova, J., Mārtinsonē, K., & Stepens, A. (2015, 7-10 July). Development and validation of the Latvian Clinical Personality Test. Poster presentation. *14th European Congress of Psychology*. Milan, Italy. *ECP 2015 Abstract Book. Poster Presentations*, P2667. Electronic version. Available: http://www.ecp2015.it/wp-content/uploads/2015/07/AbstractBook_Poster2.pdf
- Raščevska, M. (2005). *Psiholoģisko testu un aptauju konstruēšana un adaptācija*. RAKA: Rīga.
- Samuel, D. B., Lynam, D. R., Widiger, T. A., & Ball, S. A. (2012). An expert consensus approach to relating the proposed DSM-5 types and traits. *Department of Psychological Sciences Faculty Publications. Paper 13*. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023787>
- Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y. (1992/2010). M.I.N.I. Īsa internacionāla neiropsihiatriska intervija. Latvian Translation, Version 6.0.0., DSM-IV. Mapi Research Institute
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol. 1, 355-380.

Viktorija Perepjolkina, Jeļena Koļeņņikova, Kristīne Mārtinsone, Ainārs Stepens. *Latvijas klīniskā personības testa otrās sākotnējo apgalvojumu kopas izstrāde: integratīvās pieejas pielietošana*

- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110–130.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*, 71-83.
- World Health Organization. (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Tenth Revision, Volume 1, 2, 3*. Geneva.
- World Health Organization. (2001/2015). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization. Geneva. (Electronical resource) URL: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121* (4), 951–95.