

Pszichopatológiai tünetek és terápiás változás összefüggései a személyiség szerveződéssel pszichoterápiás osztályos környezetben

KISS TIBOR CECE^{1,2}, LÁNG ANDRÁS³

¹ Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Doktori Iskola, Pécs

² Semmelweis Egyetem, Rehabilitációs Klinika, Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztály

³ Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet

Háttér: A személyiségzavarok diagnosztikájában a dimenzionális szemlélet (DSM-5 AMPD, BNO-11) térnyerése felértékeli a pszichodinamikai gyökerű strukturális diagnózis szerepét. Kulcskérdés, hogy a mélyebb személyiség szerveződés szintje (STIPO-R) hogyan viszonyul a felszíni panaszokhoz (MMPI-2), és képes-e előrejelezni a terápiás kimenetelt a tüneti súlyosságtól függetlenül. **Célkitűzés:** Kutatásunk célja a személyiség szerveződés szintje és a pszichopatológiai tünetek összefüggéseinek feltárása, valamint annak vizsgálata, hogy a személyiség szerveződés szintje előrejelzi-e a pszichoterápiás osztályos kezelés alatti tüneti változást. **Módszer:** A Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztályon kezelt felnőtt páciensek (N=157) körében vettünk fel STIPO-R interjút a felvételkor, valamint MMPI-2 kérdőívet a kezelés elején és végén. A változók közötti kapcsolatot korrelációs próbákkal elemeztük, a „visszatérés az átlaghoz” (regression to the mean) statisztikai hatásának kontrollálására hierarchikus lineáris regresszióelemzést alkalmaztunk. **Eredmények:** A STIPO-R dimenziók közepes erősségű konvergens validitást mutattak az MMPI-2 pszichopatológiai skáláival. A terápiás változás elemzésekor – a kezdeti tüneti súlyosság kontrollálása mellett – a magasabb STIPO-R pontszám (alacsonyabb szerveződési szint) szignifikánsan kisebb mértékű javulást jelzett előre a Negatív emocionalitás (NEGE) és a Pszichotícizmus (PSYC) terén. **Következtetés:** A STIPO-R túlmutat a tüneti leíráson: képes előrejelezni a terápiás rezisztenciát, amely a strukturális deficit (pl. affektus szabályozási és realitáskontroll nehézségek) következménye lehet. Az alacsonyabb személyiség szerveződési szintű páciensek esetében a strukturális diagnózis segítheti a reális terápiás célok kijelölését, valamint a személyiségzavar-specifikus intervenciók (pl. áttételfókusz) hangsúlyosabb érvényesítését.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2026; 28(3): 176–186)

Kulcsszavak: személyiség szerveződés, strukturális diagnózis, STIPO-R, MMPI-2, terápiás kimenetel, visszatérés az átlaghoz

BEVEZETÉS

A személyiségzavarok diagnosztikájának paradigmaváltása

A klinikai pszichológia és a pszichiátriai diagnosztika területén az elmúlt évtizedben jelentős elmozdulás történt a tisztán leíró, kategorikus osztályozástól a személyiség működését átfogóbban megragadó, dimenzionális megközelítések irányába. Ezt a személyiségváltást tükrözi a DSM-5 Alternatív Modellje (AMPD) (APA, 2013), amely a Személyiségműködés Szintjét (Level of Personality Functioning, Bender et al., 2011) emeli be központi kritériumként, valamint a BNO-11 új koncepciója is (WHO, 2019), amely a diagnózis alapjának a Személyiségzavar Súlyosságának (Personality Disorder Severity) (Bach et al., 2021; Blüml & Doering, 2021) dimenzionális meghatározását tekinti. Ebben a kontextusban felértékelődnek a pszichodinamikai gyökerű strukturális modellek – különösen Kernberg tárgykapcsolat-elmélete –, amely a személyiségszerveződést dimenzionális kontinuumként (a neurotikustól a különböző súlyosságú borderline szinteken át a pszichotikusig) megragadva kínál átfogó keretet a modern diagnosztikai rendszerek (AMPD, BNO-11) dinamikus alapját képező patológias folyamatok megértéséhez, valamint a terápiás stratégia meghatározásához (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005).

A strukturális diagnózis egyik legkorszerűbb mérőeszköze a Strukturált interjú a személyiségszerveződés felmérésére – átdolgozott változat (Structured Interview of Personality Organization – Revised; STIPO-R) (Clarkin et al., 2016; 2021; Kiss & Láng, közlés alatt). Az eszköz lehetővé teszi a személyiség olyan mélyebb dimenzióinak feltárását, mint az identitás integráltsága, a tárgykapcsolatok minősége, az elhárító mechanizmusok érettsége, az agresszió kezelése és a morális értékrend.

Struktúra és tünet:

A prognózis kérdései osztályos környezetben

Míg a strukturális diagnózis a személyiség tartós, alapvető szerkezetét írja le, a klinikai gyakorlatban a kezelés hatékonyságának mérése gyakran a manifeszt tünetek változására fókuszál, melyeket leggyakrabban önbeszámolós mérőeszközökkel (pl. MMPI-2, Butcher et al., 2009) mérünk. E ponton azonban fontos módszertani kettősséggel szembesülünk: míg az önkitaltós tesztek a páciens tudatos énképét és szubjektív panaszait tükrözik, addig a klinikai interjú

(STIPO-R) a szakértő objektivitásával képes megragadni a működés azon aspektusait is, amelyekre a betegnek esetlegesen nincs rálátása (Bornstein, 2017; Hopwood et al., 2008). Alapvető kérdés tehát a két mérőeszköz konvergencia validitása: mennyiben mérnek azonos konstruktumot, és hol válik el a mélyebb személyiségszerveződés a felszíni panaszoktól (Stern et al., 2010; Doering et al., 2013).

A prognózis szempontjából pedig a leglényegesebb kérdés, hogy képes-e a strukturális diagnózis a pusztán tüneti súlyosságnál pontosabban előrejelezni a terápiás kimenetelt. A pszichoterápiás osztályos hatásvizsgálatok egyik legnagyobb módszertani kihívása ugyanis a „visszatérés az átlaghoz” (regression to the mean) statisztikai jelensége (Bland & Altman, 1994; Barnett et al., 2005). Ez azt eredményezi, hogy a felvételt követően súlyosabb tüneteket mutató (magasabb pontszámú) páciensek a mérés természetéből fakadóan hajlamosak nagyobb mértékű javulást mutatni, függetlenül a specifikus terápiás hatástól. Ez a jelenség elfedheti a személyiségpatológia valódi hatását: paradox módon a súlyosabb betegek „statisztikailag” többet javulhatnak, miközben klinikailag éppen ők azok, akik a strukturális deficit miatt nehezebben profitálnak a standard kezelésből.

A szakirodalom alapján feltételezzük, hogy az alacsonyabb személyiségszerveződés – amelyet a diffúzabb identitás és a primitívebb elhárítások jellemeznek – a terápiás rezisztencia irányába hat (Koelen et al., 2012; Knekt, et al., 2016). Az MMPI-2 által mért tüneti és vonásszintű változások (pl. negatív emocionalitás, pszichoticizmus) vizsgálata (Harkness et al., 1995) a STIPO-R strukturális keretében lehetőséget ad ezen összefüggések empirikus tisztázására.

A jelen vizsgálat célkitűzései

Kutatásunk célja a STIPO-R interjú és az MMPI-2 kérdőív kapcsolatának feltárása, valamint a személyiségszerveződés prognosztikus erejének vizsgálata egy hazai pszichoterápiás osztályos mintán. A vizsgálat során két fő kérdésre keressük a választ. Elsőként azt vizsgáljuk, milyen keresztmetszeti összefüggés mutatkozik a klinikusi értékelésen alapuló strukturális diagnózis (STIPO-R) és az önbeszámolós tüneti profil (MMPI-2) között. Másodszorban arra a kérdésre fókuszálunk, hogy képes-e a személyiségszerveződés szintje előrejelezni a terápiás változás mértékét, amennyiben kontrolláljuk a kezdeti tüneti súlyosságot, és ezzel a „visszatérés az átlaghoz” hatását. Hipotézisünk szerint a súlyosabb strukturális

patológia (magasabb STIPO-R pontszám) a kezdeti állapothoz képest relatíve kisebb mértékű javulást, azaz kedvezőtlenebb terápiás kimenetelt jelez előre a vizsgált időszakban.

MÓDSZEREK

Minta és eljárás

A kutatás az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI, jelenleg Semmelweis Egyetem, Rehabilitációs Klinika) Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztályán zajlott. A vizsgálatba minden páciens bevontunk, aki a 2021 szeptembere és 2023 januárja közötti adatgyűjtési időszakban osztályos pszichoterápiás ellátást vett igénybe. A végleges elemzési mintát 157 fő alkotta (47 férfi, 105 nő, 5 egyéb/hiányzó adat). A résztvevők átlagéletkora 33,8 év volt (SD = 10,66; terjedelem: 20–72 év). A betegpopuláció diagnosztikai összetétele heterogén, a leggyakrabban előforduló kórképek a személyiségzavarok, a hangulatzavarok, valamint a szorongásos zavarok voltak, gyakori komorbiditással. A kutatás a vonatkozó etikai normák betartásával, az Intézet kutatásaitikai bizottságának engedélyével zajlott. Etikai engedély száma: OMINT-0/48-2/2021.

A vizsgálat longitudinális, pre-post elrendezést követett. A felvételt követő első két hét folyamán (T1) került sor a személyiség szerveződés szintjét felmérő félig strukturált interjú (STIPO-R) felvételére, melyet az osztályon dolgozó, az eszköz használatában kiképzett, gyakorlott klinikusok végeztek. Ezen kívül a páciensek kitöltötték az önbeszámolós kérdőíveket (MMPI-2, LoPF, PDS-ICD-11). A kezelési program lezárásakor, a távozás hetében (T2) a páciensek ismételt kitöltötték a tüneti és funkcionális állapotot mérő MMPI-2 kérdőívet. Az átlagos kezelési időtartam 12 hét volt.

Mérőeszközök

A személyiség szerveződés strukturális diagnosztikájához a Strukturált interjú a személyiség szerveződés felmérésére – átdolgozott változatát (STIPO-R) alkalmaztuk (Clarkin et al., 2016; 2021; Kiss & Láng, közlés alatt). Az 55 tételből álló félig strukturált interjú a Kernberg-féle modell öt fő dimenzióját vizsgálja: (1) Identitás, (2) Tárgykapcsolatok, (3) Elhárítások, (4) Agresszió, valamint (5) Morális értékek. A dimenziókat a klinikus egy 5 fokú skálán értékeli, ahol az alacsonyabb érték (1) az egészséges, integrált működést, míg a magasabb érték (5) a súlyos patológiát, a strukturális deficitet jelzi. A hazai adaptációhoz kap-

csolódó megbízhatósági vizsgálat (Kiss et al., 2024) eredményei alapján az eszköz kódolói megbízhatósága (inter-rater reliability) megfelelőnek bizonyult. A vizsgálatban az intraclass korrelációs együtthatók (ICC) az egyéni értékelők esetében a mérsékelttől a kiváló tartományig (ICC: 0,46–0,87), míg a kutatási szempontból releváns átlagolt értékeknél a jó és kiváló tartományig (ICC: 0,77–0,96) terjedtek. Ez biztosítja a szubjektív torzítás minimalizálását és az adatok megbízhatóságát. Jelen tanulmányban a STIPO-R dimenziók pontszámai képezték a független változókat (prediktorokat).

A pszichopatológiai tünetek és a személyiségvonások mérésére az MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, Butcher et al., 2009) kérdőívet használtuk. Az elemzés során a változás mérésére a tartalomskálák közül az általános distresszt és funkcióromlást jelző mutatókat emeltük ki: Társas diszkomfort (SOD), Családi problémák (FAM), Munkahelyi problémák (WRK) és Negatív terápiás indikátorok (TRT). Emellett a dimenzionális diagnosztikához illeszkedő PSY-5 (Personality Psychopathology Five) skálákat (Agresszivitás, Pszichotizmus, Gátlatlanság, Negatív emocionalitás/Neuroticizmus, Introverzió) vontuk be az elemzésbe.

Kiegészítő validitási vizsgálatokhoz felvételre került a Személyiségműködés Színvonala – Rövid Változat 2.0 (LPFS-BF 2.0), amely a DSM-5 Alternatív Modelljének két fő komponensét, az énfunkciókat és az interperszonális funkciókat méri (Hutsebaut et al., 2016; Weekers et al., 2018; Láng & Birkás, 2023; Birkás et al., 2026), valamint a BNO-11 szerinti személyiségzavar súlyosságát mérő PDS-ICD-11 (Personality Disorder Severity) skála. (Bach et al., 2021)

Statisztikai elemzés

Az adatok elemzése IBM SPSS Statistics szoftverrel történt. Első lépésben leíró statisztikákat (átlag, szórási, gyakoriság) számoltunk a minta demográfiai és klinikai jellemzőinek bemutatására.

A terápiás hatékonyság ellenőrzésére a felvételi (T1) és a távozáskori (T2) T-értékek különbségét (T1–T2) határoztuk meg, ahol a pozitív érték a tünetek csökkenését, azaz javulást jelez. A változás szignifikanciájának vizsgálatára a különbségtérleken végzett egymintás t-próbát (one-sample t-test) alkalmaztunk.

A változók közötti összefüggések feltárására Pearson-féle korrelációszámítást végeztünk három vonatkozásban: (1) megvizsgáltuk a STIPO-R dimenziók és a felvételi MMPI-2 skálák kapcsolatát (ke-

1. táblázat A STIPO-R részterületeinek 5-fokú klinikusi értékelése, valamint a páciensek kezdeti MMPI-2 tesztjéből az Átfogó problémák tartalmi skálák, és a PSY-5 skálák T-értéke közötti összefüggés; Pearson-féle korrelációs együtthatók.

STIPO-R dimenzió	SOD	FAM	WRK	TRT	AGGR	PSYC	DISC	NEGE	INTR
Identitás	0,29**	0,31**	0,39**	0,36**	0,15	0,32**	0,12	0,38**	0,27**
Tárgykapcsolatok	0,15	0,10	0,11	0,12	0,09	0,25**	0,06	0,16*	0,17*
Archaikus elhárítások	0,01	0,42**	0,34**	0,25**	0,40**	0,44**	0,22**	0,42**	0,09
Érett elhárítások	0,17*	0,23**	0,45**	0,38**	0,16*	0,31**	0,14	0,43**	0,21*
Agresszió	0,12	0,38**	0,37**	0,33**	0,36**	0,44**	0,37**	0,42**	0,12
Morális értékek	0,04	0,22**	0,16	0,20*	0,32**	0,28**	0,32**	0,32**	0,04
STIPO-R átlag	0,21**	0,34**	0,38**	0,35**	0,28**	0,44**	0,23**	0,43**	0,23**

Jelmagyarázat: SOD = Társas diszkomfort; FAM = Családi problémák; WRK = Munkahelyi problémák; TRT = Negatív terápiás indikátorok; AGGR = Agresszivitás; PSYC = Pszichotizmus; DISC = Gátolatlanság; NEGE = Negatív emocionalitás; INTR = Introverzió.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (kétoldali próba).

2. táblázat Az MMPI-2 skálák különbségértékeinek (Érkező teszt T-érték mínusz Távozó teszt T-érték) leíró statisztikái és az egymintás t-próba eredményei.

Skála	Átlagos változás (M)	Szórás (SD)	t (df=156)	p	95% Konfidencia Intervallum
SOD (Társas diszkomfort)	4,96	8,82	7,05	<0,001	[3,57; 6,35]
FAM (Családi problémák)	2,80	7,93	4,43	<0,001	[1,55; 4,05]
WRK (Munkahelyi problémák)	6,89	9,62	8,97	<0,001	[5,37; 8,40]
TRT (Negatív terápiás indikátorok)	6,60	9,32	8,87	<0,001	[5,13; 8,07]
AGGR (Agresszivitás)	0,55	7,82	0,89	0,376	[-0,68; 1,79]
PSYC (Pszichotizmus)	6,15	10,75	7,17	<0,001	[4,46; 7,85]
DISC (Gátolatlanság)	-0,96	6,68	-1,79	0,075	[-2,01; 0,10]
NEGE (Negatív emocionalitás)	4,57	8,29	6,91	<0,001	[3,27; 5,88]
INTR (Introverzió)	7,19	11,11	8,11	<0,001	[5,44; 8,94]

Jelmagyarázat: Az egymintás t-próbák esetén a viszonyítási pont a 0 (nincs változás); a pozitív átlagos változás a tünetek csökkenését (javulást), a negatív érték a tünetek fokozódását jelzi.

resztmetszeti validitás); (2) elemeztük a strukturális mutatók (STIPO-R, valamint a validitásvizsgálathoz bevont LoPF és PDS-ICD-11) összefüggését a tüneti változás mértékével; valamint (3) vizsgáltuk a kezdeti tüneti súlyosság és a változás mértéke közötti kapcsolatot, hogy empirikusan is ellenőrizzük a „visszatérés az átlaghoz” jelenségét.

A tanulmány központi módszertani eleme a „visszatérés az átlaghoz” (regression to the mean) statisztikai hatás kontrollálása volt. A pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatokban ismert jelenség, hogy a kezdetben súlyosabb tüneteket mutató páciensek tisztán

statisztikai okokból nagyobb mértékű javulást mutatnak, ami elfedheti a valódi prediktorok hatását. Ennek kiküszöbölésére többszörös lineáris regressziós modelleket építettünk fel, ahol a függő változó a tüneti változás mértéke volt. A modellekben első lépésben rögzítettük a kezdeti (T1) tüneti szintet, majd ezt követően léptettük be a STIPO-R strukturális mutatóit. Ez az eljárás lehetővé tette annak vizsgálatát, hogy a személyiségsszerveződés szintje képes-e a kezdeti tüneti súlyosságon felül, egyedi és a „visszatérés az átlaghoz” jelenségére kontrollált módon előrejelezni a terápiás kimenetelt.

3. táblázat A személyiségsszerveződés (STIPO-R), a személyiségműködés szintje (LoPF) és a személyiségzavar súlyossága (BNO-11), valamint az MMPI-2 skálák különbségértékei közötti összefüggések; Pearson-féle korrelációs együtthatók.

Mérőeszköz / Skála	SOD	FAM	WRK	TRT	AGGR	PSYC	DISC	NEGE	INTR
STIPO-R dimenziók									
Identitás	0,06	0,10	-0,01	0,07	0,08	0,12	-0,09	-0,01	0,07
Tárgykapcsolatok	-0,08	-0,05	-0,03	0,01	0,07	0,08	-0,02	-0,07	0,00
Archaikus elhárítások	-0,01	0,09	-0,05	-0,04	0,10	0,11	-0,07	-0,05	0,06
Érett elhárítások	-0,01	0,05	0,08	0,08	0,03	0,13	-0,17*	0,09	0,03
Agresszió	-0,02	0,02	0,02	0,08	0,11	0,16*	-0,17*	0,00	0,06
Morális értékek	-0,01	0,12	0,02	0,02	0,13	0,07	0,00	0,01	0,02
Teljes STIPO-R átlag	-0,02	0,05	-0,01	0,05	0,11	0,15	-0,11	-0,02	0,05
Egyéb strukturális mutatók									
LoPF – Énfunkció	0,19*	-0,08	-0,08	0,03	0,13	0,30**	-0,06	0,01	0,18*
LoPF – Interperszonális	0,05	0,02	-0,07	-0,05	0,17*	0,13	0,00	-0,11	0,04
BNO-11 Személyiségzavar súly.	0,05	0,04	0,01	0,12	0,17	0,25**	0,02	0,02	0,17*

Rövidítések: STIPO-R = Strukturált interjú a személyiségsszerveződés felmérésére – átdolgozott változat; LoPF = Személyiségműködés szintje (Level of Personality Functioning); BNO-11 = Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11. revízió. A táblázatban Pearson-féle korrelációs együtthatók szerepelnek. Elemszámok: STIPO-R (N=157); LoPF (N=151); BNO-11 (N=137). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (kétoldali próba).

EREDMÉNYEK

A személyiségsszerveződés és a pszichopatológiai tünetek keresztmetszeti kapcsolata

A kezelés kezdetén felvett STIPO-R interjú dimenziói és az MMPI-2 skálák közötti összefüggéseket Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk (1. táblázat). Az eredmények igazolták a strukturális diagnózis és a tüneti kép közötti várt kapcsolatot: a magasabb STIPO-R pontszámok (súlyosabb személyiségpatológia) szignifikáns, közepes erősségű pozitív együttjárást mutattak a legtöbb klinikai és tartalomskálával. A STIPO-R átlagpontszáma a legerősebb összefüggést a Pszichoticizmus (PSYC, $r = 0,44$) és a Negatív emocionalitás (NEGE, $r = 0,43$) skálákkal mutatta, de szignifikáns kapcsolatban állt a munkahelyi (WRK) és terápiás (TRT) nehézségeket jelző mutatókkal is. A dimenziók közül az Identitás integráltságának hiánya szinte minden vizsgált tüneti területen (pl. szorongás, családi problémák, introverzió) magasabb panaszszinttel járt együtt. Az Archaikus elhárítások és az Agresszió dimenziók specifikusan a gátolatlansággal (DISC), a pszichoticizmussal (PSYC) és az agresszivitással (AGGR) mutattak szorosabb kapcsolatot.

A terápiás változás mértéke

A pszichoterápiás kezelés hatékonyságának vizsgálatára a felvételi (T1) és távozáskori (T2) MMPI-2 értékek különbségét elemeztük (2. táblázat). Az egy-mintás t-próba eredményei alapján a páciensek állapota szignifikáns javulást mutatott a vizsgált területek többségén. Jelentős mértékű tünetcsökkenés (pozitív különbségérték) következett be a szubjektív distresszt mérő skálákon, mint a Társas diszkomfort (SOD), Családi problémák (FAM) és Negatív emocionalitás (NEGE), valamint csökkent a pszichotikus jellegű élmények (PSYC) és az introverzió (INTR) mértéke is (minden esetben $p < 0,001$). Nem tapasztaltunk ugyanakkor szignifikáns változást az Agresszivitás (AGGR) és a Gátolatlanság (DISC) skálákon.

A változás összefüggése a strukturális és tüneti mutatókkal

A terápiás változás mértéke és a strukturális mutatók (STIPO-R, LoPF, PDS-ICD-11) közötti közvetlen kapcsolatot a 3. táblázat szemlélteti. A „nyers” korrelációs elemzés során a STIPO-R dimenziók többsége nem, vagy csak gyenge összefüggést mutatott a tüneti vál-

tozással. Kivételt képeztek az Érett elhárítások és az Agresszió dimenziók, amelyek szignifikáns negatív korrelációt mutattak a Gátolatlanság (DISC) változásával, illetve pozitívat a Pszichotizmus (PSYC) változásával, bár ezen összefüggések ereje csekély volt. Érdeemes megjegyezni, hogy az önkitöltős strukturális kérdőívek (LoPF Énfunkció, PDS-ICD-11) valamivel erősebb közvetlen kapcsolatot mutattak a tüneti javulással (pl. PSYC skálán), mint a klinikai interjú (STIPO-R).

A „visszatérés az átlaghoz” (regression to the mean) jelenségének ellenőrzésére megvizsgáltuk a kezdeti tüneti súlyosság és a változás kapcsolatát (4. táblázat). Az eredmények közepesen erős, szignifikáns pozitív korrelációt ($r = 0,27 - 0,59$) tártak fel minden skálán: minél magasabb volt a páciens tüneti pontszáma a felvételkor, annál nagyobb mértékű csökkenést (javulást) mutatott a kezelés végére. Ez az erős statisztikai hatás indokolta, hogy a strukturális prediktorok hatását a kezdeti értékekre kontrollálva, regressziós modellekben vizsgáljuk tovább.

A terápia kimenetel előrejelzése: Regressziós modellek

A STIPO-R prediktív erejének feltárására többszörös lineáris regressziós elemzéseket végeztünk, ahol a függő változó a tüneti változás (T1–T2 különbség) volt, kontrollálva a kezdeti (T1) értéket (5. táblázat). Az elemzést kizárólag azokon a skálákon végeztük el, ahol az előzetes vizsgálatok (egymintás t-próba) szignifikáns mértékű terápiás változást igazoltak, így az Agresszivitás (AGGR) és a Gátolatlanság (DISC) skálák nem képezték a regressziós modellek tárgyát.

A modellek megerősítették a kezdeti tüneti szint meghatározó szerepét ($\beta = 0,36 - 0,66$; $p < 0,001$). Ezen hatás kiszűrése után a STIPO-R átlagpontszáma két területen is szignifikáns negatív prediktornak bizonyult: a Negatív emocionalitás (NEGE) ($\beta = -0,19$; $p = 0,022$) és a Pszichotizmus (PSYC) ($\beta = -0,14$; $p = 0,050$) változásában. Emellett a Munkahelyi problémák (WRK) ($\beta = -0,15$; $p = 0,081$) skála esetében szignifikanciahatárt megközelítő, negatív irányú tendencia mutatkozott.

A negatív regressziós együttható (B , β) azt jelzi, hogy – azonos kezdeti súlyosság mellett – a magasabb STIPO-R pontszám (alacsonyabb, patológiásabb személyiség szerveződés) kisebb mértékű javulást jelez előre. Más szavakkal: a súlyosabb személyiségzavarral küzdő páciensek a vártnál szignifikánsan kevésbé profitáltak a kezelésemből a negatív emocionalitás (neuroticizmus) és a pszichotizmus terén, valamint

4. táblázat Az MMPI-2 skálák felvételkor mért T-értékei, valamint az MMPI-2 skálák különbségértékei közötti Pearson-féle korreláció.

MMPI-2 Skála	Pearson-korreláció (r) a kezdeti érték és a változás között	Szignifikancia (p)
SOD (Társas diszkomfort)	0,35	<0,001
FAM (Családi problémák)	0,43	<0,001
WRK (Munkahelyi problémák)	0,31	<0,001
TRT (Negatív terápiás indikátorok)	0,38	<0,001
AGGR (Agresszivitás)	0,42	<0,001
PSYC (Pszichotizmus)	0,59	<0,001
DISC (Gátolatlanság)	0,27	0,001
NEGE (Negatív emocionalitás)	0,31	<0,001
INTR (Introverzió)	0,37	<0,001

Megjegyzés: A táblázat a kezdeti T-érték és a különbségérték (Pre-Post) közötti korrelációt mutatja azonos skálákon belül. A pozitív korreláció azt jelzi, hogy a magasabb kezdeti tüneti szint nagyobb mértékű javulással (tünetcsökkenéssel) járt együtt, ami a „visszatérés az átlaghoz” (regression to the mean) statisztikai jelenségre utal.

– tendencia szinten – a munkahelyi problémák terén is kisebb javulást mutattak. A többi vizsgált területen (SOD, FAM, TRT, INTR) a STIPO-R nem adott hozzá szignifikáns magyarázó erőt a modellhez a kezdeti értékeken felül.

MEGBESZÉLÉS

A strukturális diagnózis és a tüneti kép konvergenciája és divergenciája

Jelen tanulmányban a STIPO-R interjú és az MMPI-2 kérdőív közötti kapcsolatot, valamint a személyiség szerveződés prognosztikus erejét vizsgáltuk hazai klinikai mintán. Eredményeink rávilágítanak a személyiség szerveződés (STIPO-R) és a tüneti panaszok (MMPI-2) közötti komplex kapcsolatra. A korrelációs vizsgálatok igazolták, hogy a két mérőeszköz rokon, de eltérő aspektusait ragadja meg a pszichés működésnek: míg az MMPI-2 az aktuális distresszt és a fenomenológiai szintet méri (Butcher et al., 2009), addig a

5. táblázat A terápiás változás mértékének (MMPI-2 különbségértékek) előrejelzése a kezdeti tüneti súlyosság és a személyiségsszerveződés (STIPO-R) alapján; többszörös lineáris regressziós modellek összefoglalása.

Függő változó (Változás)	Prediktorok (Független változók)	B	SE	β	t	p	Modell R2
SOD diff	Konstans	-9,58	3,82		-2,51	0,013	,128***
	Kezdeti SOD (T)	0,27	0,06	0,37	4,75	<,001	
	STIPO-R átlag	-3,09	2,48	-0,10	-1,25	0,214	
FAM diff	Konstans	-16,26	3,49		-4,66	<,001	,192***
	Kezdeti FAM (T)	0,35	0,06	0,46	6,00	<,001	
	STIPO-R átlag	-2,99	2,23	-0,10	-1,34	0,181	
WRK diff	Konstans	-14,55	5,45		-2,67	0,008	,111***
	Kezdeti WRK (T)	0,37	0,09	0,36	4,39	<,001	
	STIPO-R átlag	-5,07	2,88	-0,15	-1,76	0,081	
TRT diff	Konstans	-16,24	4,69		-3,47	0,001	,151***
	Kezdeti TRT (T)	0,42	0,08	0,41	5,19	<,001	
	STIPO-R átlag	-3,22	2,7	-0,1	-1,19	0,235	
PSYC diff	Konstans	-20,11	3,21		-6,26	<,001	,368***
	Kezdeti PSYC (T)	0,56	0,06	0,66	9,19	<,001	
	STIPO-R átlag	-5,53	2,80	-0,14	-1,98	0,050	
NEGE diff	Konstans	-11,63	4,06		-2,86	0,005	,128***
	Kezdeti NEGE (T)	0,35	0,07	0,40	4,74	<,001	
	STIPO-R átlag	-5,83	2,52	-0,19	-2,31	0,022	
INTR diff	Konstans	-16,21	5,11		-3,17	0,002	,141***
	Kezdeti INTR (T)	0,36	0,07	0,38	4,97	<,001	
	STIPO-R átlag	-1,53	3,11	-0,04	-0,49	0,624	

Jelmagyarázat: A függő változó minden esetben a távozáskori és felvételi értékek különbsége (Post-Pre). A modellben a 'Kezdeti érték' az adott skála felvételi T-értéke. *** $p < 0,001$. A modellekben szignifikáns hatással rendelkező STIPO-R átlag értékek vastagon, míg a tendencia erősségük dőlten szedve.

STIPO-R a mélyebb, strukturális hiányosságokat tárja fel (Stern et al., 2010; Clarkin et al., 2021). A strukturális deficit (magasabb STIPO-R pontszám) és a tüneti súlyosság közötti közepes erősségű együttjárás megfelel a szakirodalmi várakozásoknak (Kernberg, 1984; Clarkin et al., 2021), jelezve, hogy az éretlen személyiségsszerveződés fokozott sérülékenységgel jár. Különösen a Negatív emocionális (NEGE) és a Pszichotizmus (PSYC) dimenziók összefüggése emelhető ki, amely alátámasztja azt az elméleti tételt, hogy az alacsonyabb szintű személyiségsszerveződés együtt jár az affektuszszabályozás labilitásával és a realitáskontroll sérülékenységével. Ugyanakkor az összefüggések mértéke ($r = 0,30-0,45$) jelzi, hogy

a két eszköz nem ugyanazt a konstruktumot méri. Míg az MMPI-2 a páciens tudatos, szubjektív panasz-szintjét (fenomenológia) tükrözi, addig a STIPO-R a mélyebb, gyakran a páciens számára sem tudatos működésmódot (struktúra) ragadja meg (Bornstein, 2017; Hopwood et al., 2008).

Ezt a módszertani elkülönülést (divergenciát) látványosan igazolja a változással való „nyers” összefüggések mintázata is (3. táblázat). Míg az önkéntöltös strukturális mérőeszközök – mint a LoPF Énfunkció skálája vagy a BNO-11 Súlyossági Indexe – erősebb közvetlen kapcsolatot mutattak a „nyers” tüneti javulással (pl. a PSYC skálán), addig a STIPO-R dimenziói önmagukban nem jelezték be a változást.

Ez arra utal, hogy az önbeszámolás „strukturális” tesztek közelebb állnak a panaszszinthez (és így a tüneti változáshoz), míg a STIPO-R egy stabilabb, finomabb struktúrát mér, amely nem mozog együtt automatikusan a közérzet javulásával. Éppen ez a stabilitás tette szükségessé a regressziós elemzést: a valódi strukturális hatás csak a kezdeti tüneti nyomás kontrollálása után vált láthatóvá.

A terápiás rezisztencia előrejelzése:

A struktúra, mint „gát”

Tanulmányunk legfontosabb eredménye a személyiségszerveződés prognosztikus erejének igazolása a terápiás kimenetelre vonatkozóan. A pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatok egyik legnagyobb módszertani kihívása a „visszatérés az átlaghoz” (regression to the mean) jelensége, amely gyakran torzítja az eredményeket: a súlyosabb tünetekkel érkező betegek statisztikailag hajlamosak nagyobb javulást mutatni (Bland & Altman, 1994; Barnett et al., 2005). Vizsgálatunkban ezt a hatást a kezdeti tüneti szint és a változás közötti erős pozitív korreláció egyértelműen igazolta.

A kezdeti súlyosság statisztikai kontrollálása után azonban feltárult a személyiségszerveződés valódi hatása. Regressziós modelljeink kimutatták, hogy a súlyosabb strukturális patológia (magasabb STIPO-R érték) szignifikánsan kisebb mértékű javulást jelez előre a Negatív emocionalitás (NEGE) és a Pszichoticizmus (PSYC) terén, valamint tendencia szinten a Munkahelyi problémák (WRK) esetében. Ez az eredmény rámutat egy fontos klinikai paradoxonra. Bár a súlyosabb állapotú betegek a felvételkor magasabb distressz-szintről indulnak – és emiatt statisztikailag nagyobb „terük” lenne a javulásra (amit a „visszatérés az átlaghoz” jelensége is támogatna) –, a személyiségszerveződésükben rejlő korlátok akadályozzák őket abban, hogy a standard osztályos keretektől maximálisan profitáljanak. A strukturális deficit egyfajta „gátként” működik: a borderline szerveződésre jellemző identitásdiffúzió és a primitív elhárítások (hasítás, projektív identifikáció) nemcsak az élmények integrációját gátolják, hanem megnehezítik a stabil terápiás szövetség fenntartását is, ami a változás alapfeltétele lenne (Yeomans et al., 2015).

A javulás a Negatív emocionalitás (amely a neuroticizmussal rokon vonás) esetében annál kisebb volt, minél alacsonyabb szerveződésű volt a résztvevő személyisége. Ez arra utal, hogy ezen páciensek számára a szorongástűrő képesség fejlesztése hosszabb, specifikusabb intervenciót igényel, mint amit egy

általános pszichoterápiás rehabilitációs osztály biztosítani tud (Kernberg, 1984; Yeomans et al., 2015).

A Pszichoticizmus (PSYC) skála személyiségdeficit növekedésével csökkenő változása különösen figyelemre méltó: ez arra utal, hogy az alacsonyabb személyiségszerveződésű pácienseknél tapasztalható kognitív-perceptuális torzítások, valóságérzékelési zavarok (pl. gyanakvás, elidegenedés) nem pusztán állapot-szerű tünetek, hanem a strukturális deficit részei, ezért sokkal nehezebben korrigálhatók rövid távon, mint a magasabb személyiségszerveződési szintű betegek szorongásos tünetei (Zanarini et al., 2003; Lenzenweger et al., 2012). A Munkahelyi problémák (WRK) terén mutatkozó, hasonló irányú tendencia pedig összhangban van azzal a felismeréssel, hogy a munkaképesség és a célok iránti elköteleződés zavara nem csupán tünet, hanem az identitásdiffúzió egyik központi megnyilvánulása, amely nehezen változik rövid idő alatt (Kernberg, 2016).

Érdemes kiemelni, hogy az Agresszivitás (AGGR) és Gátolatlanság (DISC) skálákon a teljes minta szintjén sem történt szignifikáns változás. Ez megerősíti a Personality Psychopathology Five (PSY-5) modell azon feltevését, hogy ezek a dimenziók inkább stabil, temperamentum-alapú vonásokat (traits) mérnek, szemben az állapot-jellegű (state) distresszel (Harkness et al., 1995). Az impulzuskontroll és az agressziókezelés fejlődése vélhetően hosszabb és specifikusabb intervenciót igényel, mint amit egy 12 hetes, diagnosztikailag heterogén betegcsoportot ellátó pszichoterápiás osztály biztosítani tud.

A fent bemutatott összefüggés mélylélektani oka lehet, hogy míg a magasabb személyiségszerveződési szinttel együttjáró szorongásos-depresszív panaszok (internalizáló tünetek) belső szenvedést okoznak, így jól reagálnak a terápiás megtartásra („holding”), addig az alacsonyabb szintű szerveződésre jellemző agresszió és gátolatlanság (externalizáló tünetek) gyakran „acting-out” formájában, a feszültség cselekvéses levezetéseként jelennek meg (Kernberg, 1984). Alacsonyabb szerveződési szinten a páciens a belső konfliktusait nem mentalizálja, hanem a környezetére vetíti (projektív identifikáció), így az osztályos kereteket gyakran nem biztonságosnak, hanem korlátozónak éli meg. Ez a dinamika paradox módon fenntarthatja, sőt, a terápiás folyamatban felerősítheti az impulzív és oppozíciós reakciókat. Ezen működésmódok sikeres átdolgozása a szupportív elemek mellett a konfrontatív technikák (mint például a TFP-ben alkalmazott tisztázás és szembesítés) még markánsabb és következetesebb alkalmazását teheti szükségessé az osztályos kereteken belül is.

Klinikai implikációk:**Indikáció és terápia tervezés**

Eredményeink közvetlen gyakorlati következménye a pszichoterápiás indikáció pontosítása. A STIPO-R nemcsak diagnosztikus címkét ad, hanem terápia irányítóként és prognosztikus eszközként is szolgál.

Az adatok azt mutatják, hogy a mélyebb strukturális zavarral küzdő páciensek esetében a tüneti javulás prognózisa kedvezőtlenebb a hagyományos, feltáró és szupportív elemeket ötvöző osztályos kezelés során. Ez nem jelenti a pszichoterápiás kezelés kontraindikációját, sokkal inkább a differenciált indikáció szükségességére hívja fel a figyelmet. A nemzetközi irányelvekkel összhangban (NICE, 2009; APA, 2001) az alacsonyabb szerveződési szintű páciensek számára a standard ellátás helyett strukturáltabb, a kereteket szigorúbban tartó, és kifejezetten a személyiségzavar átdolgozására fókuszáló módszerek lehetnek hatékonyabbak. Ilyen bizonyítékokon alapuló módszer az Áttétel-fókuszú pszichoterápia (TFP) (Levy et al., 2006) vagy a Dialektikus viselkedésterápia (DBT) (Linehan, 2010). A STIPO-R felvétele a diagnosztikus fázisban segítheti a klinikust a reális terápia célok kitűzésében: súlyos identitásdiffúzió esetén a cél nem a gyors tüneti redukció, hanem a stabilizáció, a terápia megtartása (dropout elkerülése) és a specifikus utókezelés előkészítése kell legyen.

Limitációk

Vizsgálatunk korlátait is figyelembe kell venni az eredmények értelmezésekor. A minta elemszáma (N=157), bár hazai viszonylatban jelentős, alacsony elemszámra (pl. specifikus személyiségzavar típusok szerinti bontás) nem volt alkalmas. A kutatás egyetlen intézményben zajlott, ami befolyásolhatja az általánosíthatóságot. Módszertani korlátot jelent, hogy a kimeneti változó (MMPI-2) önbeszámoló kérdőív, amely – mint tárgyaltuk – érzékeny a kitöltő védekező vagy épp felnagyító attitűdjére. Bár a STIPO-R kódolói megbízhatósága a hazai adaptáció során megfelelőnek bizonyult, a klinikai interjú értékelése szükségszerűen tartalmaz szubjektív elemeket. Végezetül, kontrollcsoport (pl. kezelésben nem részesülő várólistás csoport) hiányában nem zárhatjuk ki teljesen az egyéb, nem specifikus hatótényezők (pl. spontán remisszió, életesemények) szerepét a változásban.

KÖVETKEZTETÉS

Jelen tanulmány hazai klinikai mintán igazolta a strukturális diagnózis prognosztikus erejét a pszichoterápiás folyamatban, ezzel megerősítve a Kernberg-féle modell klinikai relevanciáját. Eredményeink rámutattak, hogy a személyiségsszerveződés szintje (a STIPO-R interjúval mérve) túlmutat a tüneti leírason: a kezdeti súlyosságtól és a „visszatérés az átlaghoz” statisztikai hatásától független, önálló előrejelzője a terápia kimenetelnek. A regressziós elemzések bizonyították, hogy a súlyosabb strukturális deficit korlátozó tényezőként lassítja a tüneti javulást a standard osztályos keretek között, ami legmarkánsabban az affektusszabályozás (negatív emocionalitás) és a realitáskontroll (kognitív-perceptuális torzítások) dimenzióiban nyilvánul meg.

Ez a felismerés alapvető jelentőségű a differenciált indikáció szempontjából: eredményeink arra utalnak, hogy a személyiségsszerveződés alacsonyabb szintjein (súlyosabb borderline patológia) a standard pszichoterápiás ellátás helyett a személyiségzavar-specifikus, strukturáltabb módszerek (pl. TFP, DBT) alkalmazása indokolt a terápia elakadások feloldása és a változás elősegítése érdekében. A STIPO-R rutinszerű alkalmazása tehát nemcsak a diagnosztikai pontosságot növeli, hanem a reális terápia célok kijelölésének, a lemorzsolódás csökkentésének, valamint a terápia erőforrások (osztályos és ambuláns szinten egyaránt) hatékonyabb elosztásának is elengedhetetlen eszköze.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS: Köszönet illeti a Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztály munkatársait és pácienseit a kutatásban való részvételért.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Kiss Tibor Cece
E-mail: kiss.tibor.cece@pte.hu

IRODALOM

1. American Psychiatric Association. (2001) Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158(10 Suppl), 1–52.
2. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
3. Bach, B., Brown, T. A., Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Simonson, E., & Sellbom, M. (2021). Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Pers Ment Health*, 15: 223–236.

4. Barnett, A. G., van der Pols, J. C., & Dobson, A. J. (2005) Regression to the mean: what it is and how to deal with it. *Int J Epidemiol*, 34: 215–220.
5. Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011) Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *J Pers Assess*, 93: 332–346.
6. Birkás, B., Zsidó, A. N., Gergely, S., Tóth, R., Andróczy, J., Kiss, T. C., Rubovszky, G. Z., Szabó, R. V., Demetrovics, Z., & Láng, A. (2026) Screening For Personality Disorders Using The Level Of Personality Functioning: Diagnostic Accuracy of the LPFS-BF 2.0 in Clinical and Sine Morbo Samples, *J Pers Disord*, 40: 33–46.
7. Bland, J. M., & Altman, D. G. (1994). Regression towards the mean. *Br Med J*, 308(6942), 1499.
8. Blüml, V., & Doering S. (2021) ICD-11 Personality Disorders: A Psychodynamic Perspective on Personality Functioning. *Front Psychiatry*. 12:654026.
9. Bornstein, R. F. (2017). Evidence-based psychological assessment. *J Pers Assess*, 99: 435–445.
10. Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemmer, B., Bagdy E., Bugán A., Rózsa S., & Kő N. (2009): MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) (magyar), Budapest: OS Hungary Tesztfelkészítő Kft.
11. Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2016) Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R). Unpublished manuscript, Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPO-R.pdf> utolsó hozzáférés: 2025. 12. 08.
12. Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2021) Manual for the Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R). Unpublished manuscript, Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPOR-manual.July2021.pdf> utolsó hozzáférés: 2025. 12. 08.
13. Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann, M., Hörz, S., & Schneider, G. (2013) Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 13: 210.
14. Harkness, A. R., McNulty, J. L., & Ben-Porath, Y. S. (1995) The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychol Assess*, 7: 104–114.
15. Hopwood, C. J., Morey, L. C., Edelen, M. O., Shea, M. T., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., Daversa, M. T., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Markowitz, J. C., & Skodol, A. E. (2008). A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. *Psychol Assess*, 20: 81–85.
16. Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., & Kamphuis, J. H. (2016) Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Pers Disord: Theory Res Treat*, 7(2): 192–197.
17. Kernberg, O. F. (1984) Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. Yale University Press.
18. Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005) A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (ed.): *Major theories of personality disorder* (2nd ed.). New York, Guilford Press, 114–156.
19. Kernberg, O. F. (2016). What is personality? *J Pers Disord*, 30(2), 145–156.
20. Kiss T. C. & Láng A. (közlés alatt) A személyiség szerveződések strukturális diagnosztikája a klinikai gyakorlatban: A STIPO-R interjú bemutatása. A kategorikus diagnózistól a dimenzionális megközelítésig. (Közlésre benyújtott kézirat).
21. Kiss, T. C., Milák, P., Boros, E., Barna, M., & Láng, A. (2024) Interrater reliability of the Hungarian version of the Structured Interview of Personality Organisation - Revised (STIPO-R) in a Hungarian clinical sample. Poszter előadás, 15th Alps-Adria Psychology Conference, 2024. 09. 11–13.
22. Knekt, P., Lindfors, O., Keinänen, M., Heinonen, E., Virtala, E., & Härkänen, T. (2016). The prediction of the level of personality organization on reduction of psychiatric symptoms and improvement of work ability in short-versus long-term psychotherapies during a 5-year follow-up. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90: 353–376.
23. Koelen, J. A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L. H. M., Diguer, L., Vermote, R., Lowyck, B., & Bühring, M. E. F. (2012) The impact of level of personality organization on treatment response: A systematic review. *Psychiatry*, 75(4), 355–374.
24. Láng A., Birkás B. (2023) A Személyiségműködés Színvonala – Rövid Változat 2.0 kérdőív magyar változatának (LPFS-BF 2.0 H) pszichometriai jellemzői egyetemista mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 24(2): 100–112.
25. Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2012). Predicting domains and rates of change in borderline personality disorder. *Pers Disord: Theory Res Treat* 3(2), 185–195.
26. Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 74: 1027–1040.
27. Linehan, M. M. (2010). A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája. Budapest: Medicina.
28. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009) Borderline personality disorder: Recognition and management (Clinical Guideline CG78). National Institute for Health and Clinical Excellence.
29. Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010) Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *J Pers Assess*, 92: 35–44.
30. Weekers, L. C., Hutsebaut, J., & Kamphuis, J. H. (2018). The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Pers Ment Health*, 12(1): 83–92.
31. World Health Organization (2019) International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
32. Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015) Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide. American Psychiatric Publishing.
33. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 160(2), 274–283.

The relationship between psychopathological symptoms and therapeutic change in relation to personality organization in a psychotherapeutic inpatient setting

Background: In the assessment of personality disorders, the growing popularity of the dimensional approach (DSM-5 AMPD, ICD-11) has led to an increased emphasis on the role of psychodynamically based structural diagnosis. The key question is how the level of deeper personality organization (STIPO-R) relates to surface complaints (MMPI-2) and whether it can predict therapeutic outcome independently of symptom severity. **Objective:** The aim of our research is to explore the relationship between the level of personality organization and psychopathological symptoms, and to examine whether the level of personality organization predicts symptomatic change during psychotherapeutic treatment. **Method:** We conducted STIPO-R interviews with adult patients (N=157) treated at the Tündérhegy Psychotherapy Department upon admission, as well as MMPI-2 questionnaires at the beginning and end of treatment. We analyzed the relationship between the variables using correlation tests and applied hierarchical linear regression analysis to control for the statistical effect of "regression to the mean." **Results:** The STIPO-R dimensions showed moderate convergent validity with the MMPI-2 psychopathology scales. When analyzing therapeutic change, controlling for initial symptom severity, higher STIPO-R scores (lower organizational level) predicted significantly smaller improvements in Negative Emotionality (NEGE) and Psychoticism (PSYC). **Conclusion:** The STIPO-R goes beyond symptom description: it can predict therapeutic resistance, which may be a consequence of structural deficits (e.g., difficulties with affect regulation and reality control). For patients with lower levels of personality organization, structural diagnosis can help set realistic therapeutic goals and emphasize personality disorder-specific interventions (e.g., transference focus).

Keywords: personality organization, structural diagnosis, STIPO-R, MMPI-2, therapeutic outcome, regression to the mean