

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Dušanka N. Vučinić Latas

**DODATNA VALJANOST INVENTARA ZA
PROCENU LIČNOSTI (PAI) U
OBJAŠNJENJU NEKIH
PSIHOPATOLOŠKIH ENTITETA**

doktorska disertacija

Beograd, 2013

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Dušanka N. Vučinić Latas

**INCREMENTAL VALIDITY OF
PERSONALITY ASSESSMENT
INVENTORY (PAI) IN EXPLAINING
CERTAIN PSYCHOPATHOLOGICAL
ENTITIES**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2013

MENTOR: Dr sci. Goran Knežević

Vanredni profesor

Filozofski fakultet

Univerzitet u Beogradu

ČLANOVI KOMISIJE:

1. Dr sci. Goran Knežević

Vanredni profesor

Filozofski fakultet

Univerzitet u Beogradu

2. Dr sci. Goran Opačić

Vanredni profesor

Filozofski fakultet

Univerzitet u Beogradu

3. Dr sci. Marija Mitić

Vanredni profesor u penziji

Filozofski fakultet

Univerzitet u Beogradu

DATUM ODBRANE DISERTACIJE:

DODATNA VALJANOST INVENTARA ZA PROCENU LIČNOSTI (PAI) U OBJAŠNJENJU NEKIH PSIHOPATOLOŠKIH ENTITETA

Uvod: Pitanje svodivosti psihopatoloških fenomena na bazičnu strukturu ličnosti je važno konceptualno-empirijsko pitanje u oblasti izučavanja ličnosti i psihopatologije. Dimenzionalni modeli ličnosti pretenduju da budu sveobuhvatni, odnosno da poseduju kapacitet da obuhvate sve ključne psihopatološke klastere. U ovom istraživanju proveravan je potencijal šestodimenzionalnog modela ličnosti da obuhvati sve ključne psihopatološke fenomene merene patocentričnim Inventarom za procenu ličnosti PAI. Inventar za procenu ličnosti (PAI) je savremen inventar ličnosti koji do sada nije primenjivan na našoj populaciji. Uvodjenje novog instrumenta u kliničku praksu postavlja pred istraživače zadatak provere njegovih psihometrijskih karakteristika, ali dodatne validnosti u odnosu na već postojeće instrumente.

Problem: Glavni problem ovog istraživanja je dvojak: prvo, provera psihometrijskih karakteristika Inventara za procenu ličnosti (PAI) na našoj populaciji i drugo, provera njegove dodatne diferencijalno-dijagnostičke valjanosti u odnosu na bazičnu strukturu ličnosti operacionalizovanu šestofaktorskim modelom ličnosti. Inkrementalni doprinos PAI inventara ocenjivan je kroz proveru diskriminativnog potencijala PAI inventara u odnosu na instrumente za procenu bazične strukture ličnosti u predikciji različitih psihopatoloških entiteta. Bazična struktura ličnosti je u ovom istraživanju konceptualizovana kao šestodimenzionalni model odnosno kroz petofaktorski model (bazične dimenzije ličnosti: Neuroticizam, Ekstraverzija, Otvorenost, Savesnost i Saradljivost) proširen konceptom Dezintegracije konativnih funkcija.

Metod: Na uzorku koji je uključio 160 ispitanika oba pola podeljenih u četiri grupe (zdravi, anksiozni, shizofreni psihotični i psihotični ispitanici (klasifikovani prema MKB-10 međunarodnoj klasifikaciji bolesti) primenjeni su Inventar za procenu ličnosti (PAI), NEO-PI-R upitnik za procenu 5 bazičnih dimenzija ličnosti i DELTA 10 upitnik za procenu dezintegracije kao šeste bazične dimenzije ličnosti. Inkrementalni doprinos Inventara za procenu ličnosti (PAI) u klasifikovanju ispitanika po dijagnostičkim grupama, kao i povezanost psihopatoloških konstrukata koje on meri sa merama bazičnih crta ličnosti, proveren je kroz serije diskriminativnih i hijerarhijskih regresionih analiza.

Rezultati: PAI upitnik za procenu ličnosti pokazuje u celini zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike na našem uzorku. Potvrdili smo očekivanje o supstancijalnom unapredjenju diskriminativne validnosti PAI instrumenta u odnosu na instrumente za procenu bazičnih dimenzija ličnosti (NEO-PI-R I DELTA 10). U analizi na četiri dijagnostičke grupe (bez poremećaja, anksiozni, shizofreni i drugi psihotični ispitanici) PAI manifestuje inkrementalnu validnost u odnosu na bazične dimenzije ličnosti i to od 8,2% na nivou širokih dimenzija i 5% na nivou dimenzija nižeg reda. Poboljšanje klasifikacione tačnosti nije podjednako za sve četiri dijagnostičke grupe. Na nivou širokih dimenzija najveći inkrementalni doprinos PAI-a je u poboljšanju klasifikacione tačnosti za grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja i neshizofrenih psihotičnih, a zatim I anksioznih ispitanikadok je na nivou užih dimenzija najveći inkrementalni doprinos je za grupu ispitanika bez poremećaja i neshizofrenih psihotičnih ispitanika. Model sa šest bazičnih dimenzija ličnosti ekstrahovan u zajedničkom prostoru ličnosti i psihopatologije (operacionalizovan preko PAI, NEO-PI-R i DELTA 10 upitnika) je dovoljan da na sveobuvatan i parsimoničan način opiše celokupan prostor ličnosti i psihopatologije.

Zaključak: PAI inventar ličnosti je psihometrijski zadovoljavajući instrument namenjen proceni psihopatoloških entiteta. Posедуje dodatnu valjanost u odnosu na mere bazičnih crta ličnosti u diferencijaciji kliničkog statusa ispitanika. Šestodimenzionalni model ličnosti ("Velikih pet" i Dezintegracija) pokazuje superiorni kapacitet da obuhvati različite psihopatološke entitete u odnosu na petofaktorski model.

Ključne reči: ličnost, psihopatologija, PAI inventar za procenu ličnosti, dodatna valjanost, petofaktorski model ličnosti, šestodimenzionalni model ličnosti, dezintegracija

Oblast: psihologija

Uža naučna oblast: klinička psihologija, psihologija ličnosti

UDK: 159.923.072:159.97(043.3)

INCREMENTAL VALIDITY OF PERSONALITY ASSESSMENT INVENTORY (PAI) IN EXPLAINING CERTAIN PSYCHOPATHOLOGICAL ENTITIES

Introduction: The question of reconceptualization of psychopathology into the basic personality structure is an important conceptual-empirical issue in the area of personality and psychopathology. Dimensional models of personality pretend to be comprehensive, that is, to have a capacity to embrace all key psychopathological clusters. In this research we investigate the capacity of six-dimensional model of personality to incorporate all crucial psychopathological phenomena measured by Personal Assessment Inventory - PAI. Personality Assessment Inventory (PAI) is a contemporary personality inventory, and has not been applied so far to a Serbian sample. Introduction of a new inventory in clinical practice, demands that researchers test its psychometric performance, as well as an incremental validity compared to already existing instruments.

The puzzle: The main problem in the research is two-sided: first, to validate the psychometric properties of the Personality Assessment Inventory (PAI) within a Serbian population sample and second, to validate PAI incremental validity in relation to basic personality structure operationalized through the six-dimensional model of personality. The incremental contribution of PAI has been tested through discriminative potential of PAI compared to the instruments for basic personality dimension measures in prediction of different psychopathological entities. In this research basic personality structure is conceptualized as a six-dimensional model, i.e. a five-factor model (basic personality structure: Neuroticism, Extraversion, Openness, Agreeableness and Conscientiousness) extended by a basic concept of conative function Disintegration.

Method: On the sample of 160 examinees of both genders and divided in four groups (without pathology group, anxiety disorder group, schizophrenic psychotic group, non-schizophrenic psychotic pathology group – classified according to the MKB-10 international classification of disorders) we applied Personality Assessment Inventory, NEO-PI-R questionnaire for the assessment of five basic personality traits and DELTA 10 questionnaire for the assessment of sixth basic personality dimension – the disintegration. Incremental contribution of Personality Assessment Inventory in

classification of different psychopathological groups was examined through series of discriminative and hierarchical analysis of regression.

Results: PAI questionnaire for the personality assessment shows satisfactory psychometric characteristics on our sample. We have confirmed the expectations of substantial incremental validity of PAI instruments, compared to instruments for basic personality assessment (NEO-PI-R I DELTA 10). In the analysis of the four groups, PAI demonstrates incremental validity increased by 8,2% of the variability beyond NEO/I/R and DELTA 10 and on facet level PAI increased diagnostic classification for additional 5% compared to the basic personality measures. The improvement in the diagnostic classification is not the same for different psychopathological groups. On the broad level of personality dimensions PAI improves the classification for non-pathology group, non-schizophrenic psychotic pathology group and anxiety disorder group. On the facet level major contribution of PAI is for the non-pathology group and non-schizophrenic psychotic pathology group. The model of six-dimensional model of personality extracted in a common space of personality and psychopathology (operationalized through PAI, NEO-PI-R and DELTA 10 questionnaires) is sufficient to produce a comprehensive description of personality and psychopathology.

Conclusion: Personality Assessment Inventory is a satisfactory instrument in assessment of psychopathological entities. PAI has an incremental validity in comparison to the basic personality dimensions Six-dimensional model of personality (the “Big Five” plus the disintegration) proves superior capacity to incorporate different psychopathological entities compared to the Five-factor model.

Key words: personality, psychopathology, personality assessment inventory, incremental validity, five-factor model of personality, six-dimensional model of personality, disintegration

Scientific field: psychology

Narrow scientific field: clinical psychology, personality psychology

UDK: 159.923.072:159.97(043.3)

SADRŽAJ

1	UVOD	3
1.1	Procena u kliničkom kontekstu	5
1.2	Petofaktorski model ličnosti.....	6
1.2.2	Da li je dovoljno samo pet faktora?	12
1.3	Dezintegracija.....	16
1.4	Ličnost i psihopatologija.....	29
1.4.1	Ličnost i mentalni (sindromski) poremećaji	31
1.4.2	Relacija ličnosti i poremećaja ličnosti.....	45
1.4.3	Relacija poremećaja ličnosti i sindromskih poremećaja	57
1.4.4	Pokušaji integracije različitih dimenzionalnih modela ličnosti i psihopatologije	60
1.5	PAI inventar za procenu ličnosti(Morrey, 1991)	67
1.5.1	Nastanak PAI-a: selekcija ajtema i razvoj skala	67
1.5.2	Empirijska evaluacija	69
1.5.3	Psihometrijske provere PAI-a	69
1.5.4	Interpretacija skala i subskala PAI inventara.....	82
2	PROBLEM ISTRAŽIVANJA	87
2.1	Odredjivanje problema istraživanja	87
2.2	Ciljevi istraživanja	87
2.3	Opšta očekivanja	88
3	METOD ISTRAŽIVANJA	89
3.1	Uzorak istraživanja	89
3.2	Varijable i instrumenti.....	91
3.2.1	Demografske varijable.....	91
3.2.2	Kliničke varijable.....	91
3.2.3	Varijable ličnosti - NEO-PI-R	93
3.2.4	Varijable ličnosti - DELTA 10.....	95
3.3	Tehnike obrade podataka	96
4	REZULTATI.....	97
4.1	Uzorak	97
4.1.1	Osnovne demografske karakteristike uzorka.....	97
4.1.2	Razlike između grupa na demografskim varijablama.....	99
4.1.3	Struktura kliničkih grupa- distribucije dijagnoza po grupama	99

4.1.4	Karakteristike grupa na kliničkim varijablama	100
4.1.5	Psihometrijske karakteristike PAI instrumenta	101
4.2	Analiza latentne strukture PAI inventara	104
4.2.1	Provera kongruentnosti faktorskih struktura.....	104
4.2.2	Analiza latentne strukture PAI inventara na našem uzorku.....	106
4.3	Prediktivna snaga bazičnih dimenzija ličnosti u odnosu na PAI faktore	107
4.4	Prediktivna snaga bazičnih dimenzija ličnosti u odnosu na PAI kliničke skale	110
4.5	Analiza diskriminativnog potencijala na nivou širokih dimenzija	120
4.5.1	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO PI R domeni i DELTA 10 total).....	120
4.5.2	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI instrumenta (NEO-PI-R domeni, DELTA total i PAI faktori)	124
4.6	Analiza diskriminativnog potencijala na nivou užih dimenzija.....	128
4.6.1	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO-PI-R-a i DELTE 10 na nivou faceta i modaliteta).....	128
4.6.2	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI inventara na nivou užih dimenzija (NEO-PI-R faceti, DELTA modaliteti i PAI skale)	136
4.7	Analiza diskriminativnog potencijala na nivou širokih dimenzija na tri grupe ispitanika 144	
4.7.1	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO PI R domeni i DELTA 10 total).....	144
4.7.2	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI instrumenta (NEO-PI-R domeni, DELTA total i PAI faktori)	148
4.8	Analiza diskriminativnog potencijala na nivou užih dimenzija na tri grupe ispitanika 152	
4.8.1	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO-PI-R faceti i DELTA 10 modaliteti)	152
4.8.2	Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI instrumenta (NEO-PI-R faceti, DELTA modaliteti, PAI kliničke skale).....	160
4.9	Zajednička latentna struktura bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI inventara	167
5	ZAKLJUČCI	172
6	DISKUSIJA.....	175
7	LITERATURA.....	199
8	BIOGRAFIJA AUTORA	216

1 UVOD

Publikovanje novih mernih instrumenata u psihologiji sve više poprima odlike hiperprodukcije. Čak i letimičan pregled kataloga novih mernih instrumenata svakog psihologa u praksi ostavlja u nedoumici koji novi instrument treba uključiti u standardnu bateriju testova, koliko su ti novi instrumenti od koristi i da li oni mogu pružiti pouzdanije, preciznije i/ili nove informacije o predmetu merenja. Izbor testova za kliničku bateriju do skora se u našoj praksi svodio samo na jedan kriterijum – dostupnost. Međutim, unazad nekoliko godina i klinički psiholozi u našoj sredini sve više su uključeni u nastojanja da osavremene testovne baterije. Zadatak istraživača jeste da provere da li ti novi instrumenti treba da budu uključeni u buduću standardnu kliničku bateriju. U tom smislu svaki novi instrument za praktičara mora dokazati svoju vrednost u dva pogleda. Prvo, mora pretrpeti ozbiljnu psihometrijsku proveru kojom će biti potvrđena njegova psihometrijska vrednost. Drugo, mora proći i teorijsko-konceptualnu proveru koja treba da odgovori na krucijalno pitanje – da li i šta novo taj test donosi korisniku. Statističkim jezikom rečeno svaki novi instrument mora dokazati i dodatnu valjanost u odnosu na postojeće testove. Ako test pokaže da obezbeđuje jedinstvene, klinički relevantne informacije preko onih dostupnih instrumentima koji se već koriste, test je dokazao svoju dodatnu valjanost. Takođe, testovi koji poseduju inkrementalnu validnost povećavaju pouzdanost postojećeg pristupa procene kada se uključe u dijagnostiku (Cohen i Swederlik, 1999).

Osnovni cilj našeg istraživanja jeste da se utvrdi dodatna valjanost novog, po prvi put na našoj populaciji primenjenog, patocentričnog PAI inventara ličnosti. (Morey, 1991). Naime, ako se podje od sve jače empirijski prepoznate integracije bazičnog prostora ličnosti i psihopatologije, postaje važno pitanje koliko tzv. „patocentrični“ instrumenti, kao što je PAI, doprinose objašnjavanju varijanse preko one objašnjene standardnim inventarima bazične strukture ličnosti. Dalje, ako se predispozicija ka velikom segmentu psihopatologije (dezintegracija) artikuliše kao bazična dimenzija ličnosti pitanje koje se nužno nameće jeste: koliko će instrument

namenjen merenju psihopatoloških entiteta doneti novih informacija, a da one nisu već sadržane u bazičnoj strukturi ličnosti.

Ključno pitanje našeg istraživanja jeste do koje mere uključivanje novog patocentričnog instrumenta poboljšava ili doprinosi klasifikacionoj tačnosti različitih psihijatrijskih poremećaja, odnosno da li i do koje mere PAI upitnik ličnosti emituje relevantne informacije koje su u vezi sa psihopatološkim statusom ispitanika, a da te informacije nisu već sadržane u dobro validiranim merama bazične strukture ličnosti. Osim konceptualne važnosti, odgovor na ovo pitanje je i važan sa stanovišta praktičara i donosi odgovor na pitanje isplativnosti potencijalnog ulaganja u patocentrični instrument, a s obzirom na njegovu empirijsku snagu da objašnjava dodatnu varijansu, preko one koju objašnjavamo već dobro poznatim i korišćenim inventarima ličnosti.

Prvo ćemo prikazati pregled novije literature i presek kretanja u istraživanju taksonomije crta odnosno definisanju univerzuma bazične strukture ličnosti. Detaljnije ćemo prikazati pregled aktuelnog stanja u istraživanjima odnosa ličnosti i psihopatologije s obzirom na pretpostavljenu integraciju prostora bazične ličnosti i psihopatologije. U našem istraživanju bazičnu strukturu ličnosti smo definisali u skladu sa najnovijim empirijskim podacima iz oblasti izučavanja strukture ličnosti. Naime, pored konsenzusa o postojanju pet bazičnih, univerzalnih dimenzija ličnosti, poslednjih godina sve se jasnije vidi da postoje još dve bazične dimenzije ličnosti (o čemu će biti kasnije više reči). Na tragu tih novijih konceptualizacija strukturu ličnosti smo operacionalizovali sa šest bazičnih dimenzija ličnosti („Velikih pet“ plus Dezintegracija). Uključivanje šeste dimenzije, osim snažnih empirijskih argumenata ima i konceptualnu opravdanost, s obzirom na suštinsku važnost ove dimenzije ličnosti za oblast psihopatologije. Opravdanost takve operacionalizacije i proširenja prostora ličnosti definisanih sa „Velikih pet“ i dimenzijom dezintegracije odnosno psihotične predispozicije nalazi potvrdu i u uključivanju procene dimenzije psihotičizma u buduću klasifikaciju mentalnih poremećaja (DSM V klasifikaciju mentalnih poremećaja) čije se objavljivanje očekuje tokom maja 2013. godine (2012, prema zvaničnom sajtu Američkog udruženja psihijatara, APA).

1.1 Procena u kliničkom kontekstu

U kliničkoj praksi najčešći zadaci sa kojima se psiholog sreće odnose se na eksploraciju ličnosti i diferencijalno-dijagnostičku procenu. S obzirom na tako određene zadatke, psihološki nalaz često obuhvata opis relevantnih crta ličnosti i relativno preciznu procenu dijagnostičke kategorije kojoj pojedinac pripada. Procena ličnosti u kliničkom kontekstu tradicionalno se kreće u referentnom okviru koji čine: psihijatrijska klasifikacija mentalnih poremećaja, psihološke teorije ličnosti i kliničke metode procene. Klinička procena se često zasniva na tzv. *patocentričnoj paradigmi* (prema klasifikaciji koju su predložili Knežević, Radović i Opačić (1997), koja je najvećim delom vezana za psihopatološke fenomene i ima uglavnom praktične ciljeve (diferencijalno-dijagnostičke odluke i odluke koje se tiču plana daljeg tretmana). Ova paradigma ima i prateće metode procene koje su većinom upitničkog tipa i to su tzv. *patocentrični inventari ličnosti*. Najpoznatiji među njima su MMPI (Hathaway i McKinley, 1967), MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen i Kaemmer, 1989), MCMI (Millon, 1994). U grupu tzv. patocentričnih instrumenata spada i PAI (Morey, 1991) kao noviji inventar ličnosti koji, po autorima, uvodi neka supstancijalna poboljšanja u proces psihološke procene u odnosu na druge dostupne inventare.

Nasuprot instrumentima usmerenim na psihopatologiju, odvojeno su razvijeni instrumenti namenjeni proceni tzv. "normalne" ličnosti i koji obezbeđuju opis strukture ličnosti odnosno dimenzionalne mere crta ličnosti. Ovi instrumenti zasnivaju se na konstrukt crte ličnosti i imaju cilj objašnjavanja obrazaca ponašanja koji se mogu opservirati kod svih pojedinaca, a ne samo pojedinih dijagnostičkih grupa. Ovi instrumenti razvijani su u okviru drugačije paradigme tzv. *leksičke paradigme*. Leksička paradigma zasnovana je na analizi svakodnevnog jezika kao supstrata sveukupnog ljudskog iskustva koje služi kao polazište u traganju za bazičnim i univerzalnim dimenzijama ličnosti. U dimenzionalnom pristupu crte su bazične dimenzije individualnih razlika.

Upotreba patocentričnih inventara u kliničkoj proceni ima dugu tradiciju i smisao jer poboljšava predikciju psihijatrijskih dijagnoza i planiranje tretmana. S druge strane, smislaonost upotrebe inventara namenjenih proceni univerzalnih dimenzija ličnosti postaje sve ubedljivija oslanjajući se na rezultate mnogobrojnih empirijskih istraživanja. Na praktičnom nivou, oni su veoma korisna dopuna u dijagnostičkoj

proceni jer doprinose informacijama o ispitanikovom psihološkom i interpersonalnom funkcionisanju, a posredno i simptomima i odgovoru na tretman (Costa i McCrae, 1992).

Primena mera bazične strukture ličnosti u kliničkom kontekstu pokreće pitanje relacije između osnovnih kategorija procene: ličnosti odnosno crta ličnosti, poremećaja ličnosti i mentalnih poremećaja. Uzajamni odnos ličnosti i psihopatologije predstavlja predmet brojnih teorijskih kontroverzi kao i velikog broja empirijskih istraživanja.

1.2 Petofaktorski model ličnosti

Konceptualni okvir našeg istraživanja, u najširem smislu, obuhvata odnos ličnosti psihopatologije. Zapravo naše istraživanje je još jedan doprinos „gradjenju mostova“ (Mullins-Sweatt i Widiger, 2006) između dostignuća bazične nauke o ličnosti i kliničkog razumevanja psihopatoloških poremećaja. Način definisanja i izučavanja ličnosti određen je izborom teorijskog modela. U našem istraživanju polazimo od modela u oblasti izučavanja individualnih razlika – petofaktorskog modela ličnosti koji je krajem XX veka postao dominantna paradigma u istraživanju ličnosti, ali i jedan od najuticajnijih modela u psihologiji uopšte. U daljem tekstu ukratko će biti opisan petofaktorski model ličnosti.

Petofaktorski model ličnosti ili FFM (Costa i McCrae, 1985; McCrae i John, 1992) predstavlja prema nekim autorima „naučno najrigorozniju taksonomiju koju bihevioralne nauke imaju“ (Reis, prema McCrae, 2009). FFM pretenduje da bude sveobuhvatni opis bazične strukture ličnosti odnosno bazičnih i univerzalnih crta ličnosti. Suštinski, radi se o pokušaju stvaranja deskriptivne i sveobuhvatne taksonomije crta ličnosti tako da pet faktora formiraju strukturu u koju se mogu klasifikovati sve crte ličnosti. Pet širokih dimenzija se najčešće imenuju kao Neuroticizam (emocionalna stabilnost nasuprot emocionalnoj nestabilnosti), Ekstraverzija (nasuprot introverziji), Otvorenost za iskustva (nasuprot konvencionalnosti), Saradljivost (nasuprot antagonizmu) i Savesnost (nasuprot dezinhibiciji odnosno diskontroli).

Ovih „pet opisanih crta odražavaju prirodne, nearbitrarne klasifikacione kategorije potencijalnog univerzuma opisa ljudskog ponašanja“ (str.1;Knežević,

Džamonja-Ignjatović, Djurić-Jočić, 2004) i obuhvataju sve adaptivno relevantne individualne razlike.

Postoje dva glavna pristupa (prema Caprara i Cervone, 2000) modelu pet faktora. Konzervativniji pristup smatra faktore deskriptivnim strukturama odnosno zbirom fenotipskih tendencija (na pr. Goldbeg, 1993; John i Srivastava, 1999; prema Caprara i Cervone, 2000). Manje konzervativni zastupnici crte tretiraju kao hipotetske konstrukte koji su uzročno odgovorni za dispozicione tendencije individue (McCrae i Costa, 1995;1996;1999). Poslednja struja je danas prevagnula te se pod crtama ličnosti podrazumevaju latentne tendencije koje uzrokuju i na taj način objašnjavaju stabilne obrasce mišljenja, osećanja i aktivnosti koje opažamo kod različitih pojedinaca (McCrae i Costa, 1995). Po autorima petofaktorskog modela, pet bazičnih dimenzija predstavljaju „bazične endogene ponašajne tendencije”(McCrae i Costa, 2000; prema Knežević i sar., 2004).

Tvorci najšire rasprostranjene operacionalizacije petofaktorskog modela su Costa i McCrae koji se i smatraju modernim “tvorcima” petofaktorskog modela (a kasnije i petofaktorske teorije) ličnosti, a NEO-PI-R postaje njegova najviše istraživana operacionalizacija.

Petofaktorski model integriše više savremenih metodskih pristupa: zasnovan je na leksičkoj hipotezi, ideji o hijerarhijskoj organizaciji modela i oslanjanja se na faktorsku analizu kao osnovnu metodu u proučavanju individualnih razlika.

1.2.1.1 Razvoj petofaktorskog modela

Koreni FFM-a mogu se pratiti sve do Sir Frensis Goltona i samih početaka psihologije jer je Golton (1884; prema Digman, 1990) pokušao da identifikuje najizraženije aspekte karaktera upotrebom rečnika tako što je locirao oko hiljadu deskriptora ličnosti i klasifikovao ih u kategorije.

I ranije, u istraživanjima autora i starim modelima ličnosti bila zastupljena ideja o tome da se ličnost može predstaviti sa pet bazičnih faktora (na pr. McDougall, Thurstone, Guilford i Guilford). Međutim, FFM kao model ličnosti nije bio široko prepoznat sve do kraja XX veka. Jedan od mogućih razloga jeste to što nije bilo konsenzusa između istraživača kako se može specifikovati iscrpna lista crta od koje će

se krenuti u traganju za strukturom ličnosti. Rešenje je došlo sa leksičkom hipotezom koja se zasniva na ideji da jezik, koji predstavlja akumulaciju sveukupnog ljudskog iskustva, može da pruži osnov za razumevanje strukture i funkcionisanja ličnosti. Bazično polazište leksičke hipoteze je ideja da su najvažniji načini na koji se osobe diferenciraju jedne od drugih šifrirane kao pojedinačni atribut, odnosno deskriptivni termin, u leksikonu jednog jezika.

Ova ideja potiče od dva nemačka istraživača, Klagesa i Baumgartena, koji su dvadesetih i tridesetih godina XX veka najintenzivnije sprovodili analize govornog jezika sa ciljem razumevanja strukture i funkcionisanja ličnosti (prema Digman, 1990).

Generacija istraživača usvojila je leksičku hipotezu i to je vodilo do otkrića (Fiske, 1949; Tupes i Christal, 1961; Norman, 1967; Amelang i Borkenau, 1982; prema Knežević i sar., 2004), a zatim i ponovnog otkrića petofaktorskog modela (Goldberg, 1981; prema Knežević i sar., 2004).

Ipak, većina istraživača u to vreme nije usvojila leksičku hipotezu i branili su svoje rivalske sisteme. Među najuticajnijim je bio Eysenck (1947) koji je u to vreme predložio izrazito simplifikovan sistem sa dva faktora: Ekstraverzijom i Neuroticizmom. Rivalitet između istraživača se nastavio kroz dekade, te je tek 80-tih godina XX veka serija istraživanja pokazala da se većina varijacija merenih različitim rivalskim instrumentima može svesti na FFM. Iako je još 60-tih godina značaj FFM-a prepoznat od dvojce vojnih psihologa, Tupes-a i Christal-a, a na značaj njihovog rada pažnju je skrenuo Norman (1963; prema Digman, 1990), to je bilo vreme „ere skepticizma“ odnosno vreme kada je većina psihologa usvojila kritiku psihologije crta i smatrala da su crte „kognitivne fikcije“. Ponovno oživljavanje psihologije crta išlo je naporedo sa razvojem FFM-a.

Od četrdesetih godina do danas dugačak je niz istraživača koji su iz leksički deriviranih deskriptora dobijali pet i samo pet faktora. Tih pet faktora su se dosledno replikovali u različitim jezicima, na različitim uzorcima, na različitim metodama procene kao i korišćenjem različitih faktorsko-analitičkih postupaka. Danas, postoji opšti konsenzus istraživača u obalsti individualnih razlika o prihvatanju petofaktorskog modela, pri čemu poslednjih godina raste i broj istraživača koji ukazuju na nužnost njegovog proširenja (o čemu će detaljnije biti reči daljem tekstu). Ipak, petofaktorski model ličnosti i njegova operacionalizacija NEO-PI-R samoopisnim upitnikom

predstavljaju paradigmu savremenih istraživanja strukture ičnosti i polazište svih novijih istraživanja u oblasti individualnih razlika.

1.2.1.2 Opis petofaktorskog modela

Petofaktorski model ličnosti Costa-e i Mc Crae-a je hijerarhijski model jer pretpostavlja postojanje pet širokih dimenzija ličnosti. Kao što je već navedeno, dimenzije su izvedene iz analize jezika koja počiva na logici leksičke hipoteze, komparacije i reevaluacije empirijskih podataka sa različitih upitnika ličnosti i skala opservacije, kao i rezultata faktorsko-analitičkih studija samo-opisa ličnosti i opisa od strane drugih (prema Knežević i sar., 2004). Dakle, na najvišem nivou hijerarhije su bazične dimenzije koje su nazvane *domeni* i podrazumevaju skupine različitih kognitivnih, afektivnih i bihevioralnih dimenzija koje se grupišu na različite načine. *Aspekti* (faceti) su podskupine užih crta ličnosti koje se grupišu u osnovne domene. Važno je napomenuti da za razliku od domena, faceti koji pripadaju svakom domenu uključeni su zbog njihove dokazane važnosti na osnovu obimne psihološke literature, a ne empirijskih istraživanja. Pet domena su (prema Knežević i sar., 2004):

N - Neuroticizam (negativan afekat, emocionalna nestabilnost)

je domen koji razlikuje emocionalnu prilagodjenost i stabilnost u odnosu na neprilagođenost i emocionalnu nestabilnost. Ovaj domen predstavlja opštu tendenciju da se dožive neprijatni afekti kao što su tuga, strah, bes, anksioznost, krivica i slično. Sklonost doživljavanju ovih emocija predstavlja opštu vulnerabilnost i ometa adaptaciju. Visoki skor na ovom domenu ne ukazuje na prisustvo bilo kojeg kliničkog poremećaja, ali individue sa kliničkim sindromima imaju tendenciju ka višim skorovima na ovom domenu. Takve osobe iracionalno reaguju, imaju slabu kontrolu impulsa i slabije kapacitete za prevladavanje stresnih situacija (slabost coping mehanizama). S druge strane, osobe sa niskim N su emocionalno stabilne, staložene, smirene, sa dobrim coping mehanizmima za prevladavanje stresnih situacija. Uži aspekti ovog domena su *anksioznost, hostilnost, depresivnost, socijalna nelagodnost, impuslivosť i vulnerabilnost*.

E - Ekstraverzija (aktivitet, pozitivan afekat, na negativnom polu Introverzija)

se odnosi na socijabilnost, društvenost. Costa i Mc Crae su ovaj domen definisali kao odraz kvantiteta i inteziteta interpersonalnih relacija uključujući i nivo

potrebe za socijalnom stimulacijom i kapacitet za radost. Zapravo ovaj domen razlikuje socijalne, aktivne, ka-ljudima okrenute osobe od onih koji su rezervisani, povučeni, tihi. Osobe sa visokim skorom na E preferiraju velike skupove ljudi, pričljive su, samopouzdanе, aktivne, vole uzbuđenja, po prirodi su vesele, optimistične i pune energije. Nasuprot njima introverti su rezervisani, zatvoreni, nezavisniji i umereniji. Ovaj domen obuhvata sledeće aspekte: *toplina, druželjubivost, asertivnost, aktivitet, potraga za uzbuđenjem, pozitivne emocije.*

O - Otvorenost (fleksibilnost, na negativnom polu Rigidnost)

se definiše kao proaktivno traganje i cenjenje iskustva zarad iskustva, te toleranciju nepoznatog. Ovaj domen razlikuje radoznale, kreativne, netradicionalne individue od onih koji su konvencionalniji, bez sklonosti ka umetnosti i estetici. Otvorenost podrazumeva estetsku senzitivnost, intelektualnu radoznalost, intrareceptivnost, preferenciju različitosti, potrebu za promenom, novinom, nezavisnost mišljenja, odnosno, nesklonost dogmatičnim stavovima. Ovakve osobe su otvorenog duha prema unutrašnjim doživljajima i radoznale prema spoljnim događajima. Njihov život je bogat doživljajima, sklone su eksperimentisanju, novim idejama i nekonvencionalnim vrednostima. Intezivnije doživljavaju kako pozitivne, tako i negativne emocije. Spremne su da autoritete i dogme dovedu u pitanje, otvorene su ka prihvatanju novih ideja i vrednosti, što ne znači i odsustvo principijelnosti i doslednosti. Osobe sa niskom O su konvencionalnog ponašanja, sklone konzervativnim stavovima, preferiraju poznato u odnosu na novo. Interesovanja su im sužena, manje intezivna. Konzervativnost u stavovima ipak ne implicira i autoritarnost ili netolerantnost. Adaptabilna funkcija oba pola ove dimenzije zavisi od okolnosti u kojima se ispoljava. Iako je povezana sa obrazovnim statusom i intelektualnim nivoom, ova dimenzija nije mera inteligencije, već je povezana sa divergentnim mišljenjem. Uži aspekti ovog domena su *otvorenost ka fantaziji, estetici, osećanjima, akciji, idejama i vrednostima.*

A - Saradljivost (prijaznost, na negativnom polu Agresivnost)

je dimenzija interpersonalnih relacija. Dok se ekstraverzija odnosi na stepen do koga osoba uživa u prisustvu drugih, saradljivost ispituje stavove individue prema drugim ljudima. Uključuje poverenje, altruizam, saosećajnost, potrebu da se pomogne drugima, nasuprot cinizmu, sebičnosti i antagonizmu, sumnjičavosti u pogledu namera

drugih ljudi, egocentričnosti i kompetitivnosti. Uži aspekti su *poverenje, iskrenost, altruizam, popustljivost, skromnost i blaga narav*.

C - Savesnost (samokontrola, superego, na negativnom polu Impulsivnost) predstavlja sposobnost samokontrole kao disciplinovane težnje ka ciljevima i striktnog pridržavanja sopstvenim principima. Ispoljava se u procesima planiranja, organizacije, izvršenja dužnosti i obaveza. Savesne osobe su jake volje, usmerene ka cilju, skrupulozne, tačne i pouzdane. Visoko C je povezano sa akademskim i profesionalnim uspehom. Negativni aspekt povišenog C može se ispoljavati kroz sitničavost, kompulzivnu urednost (radoholičarsko ponašanje). Osobe sa niskim C imaju hedonističku orijentaciju, bezbrižnije su u pogledu ostvivanja ciljeva, manje ih obavezuju moralni principi u ponašanju, što ne podrazumeva nužno amoralnost. Uži aspekti su *kompetentnost, red, osećaj dužnosti, postignuće, samodisciplina, promišljenost*.

1.2.1.3 Empirijska provera petofaktorskog modela

Petofatorski model Coste i Mc Crae-a dobio je veliku empirijsku potvrdu u impresivnom broju istraživanja te je postao najuticajniji model psihologije individualnih razlika. Istraživanja su išla u nekoliko glavnih pravaca kojima su dokazivane teze o vremenskoj stabilnosti crta, visokoj heritabilnosti, kao i kros-kulturalnoj stabilnosti u različitim narodima i jezicima.

Temporalna stabilnost domena i faceta FFM-a je dobro dokumentovana nizom istraživanja uključujući i longitudinalne, prospektivne studije koje su trajale od 7-10 godina (McCrae i Costa, 2003). Istraživanja su pružila jasne dokaze da su crte stabilne tokom života, odnosno da većina ljudi nakon 20-te godine života ne menja svoje crte ličnosti. To naravno ne znači da nema nikakvih promena u funkcionisanju ličnosti. Mc Crae i Costa (2003) potvrđuju jasne promene u Neuroticizmu i Ekstraverziji (koje se umanjuju u proseku) i Saradljivosti (koja se povećava) u periodu od adolescencije do uzrasta od 30 godina. Sugerišu da i nakon 30-te godine postoji kontinuitet u blagom opadanju na Neuroticizmu, Ekstraverziji i Otvorenosti (Costa i sar., 2000; McCrae i sar., 1999). Registrovane promene Mc Crae i Costa (2003) pripisuju „intrizičnoj maturaciji“ crta koja je takodje biološki uslovljena.

Druga linija dokaza ide iz bihevioralno-genetičkih studija koje pokazuju da se *heritabilnost crta* kreće u rasponu od 40-60% varijanse u skorovima na crtama ličnosti (Loehlin, 1992; Jang i sar., 1996; Bouchard i McGue, 1990; prema McCrae i Costa, 2003; Jang i sar., 1998; prema Knežević i sar., 2004). Studije su takodje pokazale da tzv. zajednička, deljena sredina (koju dele sva deca u istoj porodici) odgovorna za zanemarljiv procenat varijase na većini skala (Jang i sar., 1996; prema Knežević i sar., 2004)

Različita *kros-kulturalna istraživanja* su dala ubedljivu potvrdu o univerzalnosti bazičnih dimenzija ličnosti i to u različitim kulturama i jezicima (Costa i McCrae, 1997; Paunonen, 1996; McCrae i Allik, 2002; McCrae i Terracciano, 2005). O ovim istraživanjima će biti detaljnije reči u sledećem poglavlju.

1.2.2 Da li je dovoljno samo pet faktora?

S obzirom da pretenduje da bude sveobuhvatna deskripcija strukture ličnosti petofaktorski model je pokrenuo gotovo impresivan broj istraživanja. Jedan od pravaca u proveru, kao što je već rečeno, bilo je kros-kulturno istraživanje njegove replikabilnosti, jer su takvi podaci davali potvrdu tezi o univerzalnosti bazičnih dimenzija, nezavisno od jezika i kultura. NEO-PI-R (kao operacionalizacija FFM-a) preveden je na mnoge jezike sveta, a različita istraživanja dala su ubedljive dokaze o univerzalnosti bazičnih dimenzija (McCrae i Allik, 2002; Paunonen, 1996; Costa i McCrae, 1997). Novije istraživanje McCrae-a i saradnika (McCrae, Terracciano i 78 drugih; 2005) pokazuje gotovo savršenu replikaciju NEO-PI-R strukture u drugim kulturama, primarno izvedene na uzorku Amerikanaca. Naime, struktura dobijena na skoro 12 000 studenata iz 50 različitih kultura koji su procenjivali crte ličnosti drugih osoba, pokazuje veliko poklapanje sa strukturom dobijenom na američkom uzorku i to dobijenom na osnovu samo-procene kao metode ispitivanja (za razliku od procene opserversa korišćene u ovom istraživanju). Takva istraživanja navode na zaključak da je FFM struktura univerzalna.

Medjutim, većina istraživanja koja su proveravala kros-kulturalnu stabilnost petofaktorskog rešenja pripadaju tzv. „etičkom pristupu“ (u originalu „etic“; Berry, 1969; prema Caprara i Cervone, 2003) odnosno grupi istraživanja u kojima se koriste

upitnici ličnosti (bazirani na leksičkoj hipotezi) razvijeni u jednoj kulturi, a koji se prevode i primenjuju u drugoj. Postoji i drugi tip istraživanja i to tzv. „emski pristup“ (u originalu „emic“) i koji zapravo počinje sa rečnikom date kulture i traga za sličnim strukturama ličnosti.

Rezultati „etičkih“ istraživanja su generalno potvrdili ili se bar približili strukturi pet faktora. De Raad, Perugini, Hrebickova i Szarota (1998) su u svom istraživanju kvantitativno poredili leksičke studije sprovedene na 7 jezika (engleski, holandski, nemački, mađarski, italijanski, češki i poljski). Prva 4 faktora FFM-a (E,A,C i N) se konzistentno replikuju, što nije slučaj sa faktorom Otvorenost. Ipak ova grupa autora zaključuje da „generalni okviri Big five modela ostaju najbolja radna hipoteza za opis crta strukture ličnosti” (De Raad i sar., 1998).

Saucier i Goldberg (2001) sumiraju rezultate leksičkih studija na 13 jezika i zaključuju da se prva tri faktora FFM-a (E, A i C) dosledno reprodukuju, a da se druga dva (N i O) takodje replikuju, ali manje dosledno. Specifičnije, faktor Intelekt/Imaginacija se nije replikovao u italijanskom, mađarskom i grčkom jeziku (Di Blas i Forzi, 1998,1999; Szirmak i DeRaad, 1994; Sauciers, Georgiades, Tsaousis i Goldberg, 2005; prema Ashton i Lee, 2007).

Ashton i Lee (2001) prave sistematski pregled svih leksičkih studija objavljenih do tada i zaključuju da se jasno izdvajaju Surgencija (Ekstraverzija), Saradljivost, Savesnost i Emocionalna stabilnost (Neuroticizam), a da različiti nalazi koji se dobijaju za peti faktor (O) mogu biti posledica kulturnih varijacija u ekspresiji i ispoljavanju ovog domena (Ashton, Lee i Goldberg, 2004; Mc Crae, 2001).

Medjutim, petofaktorski model se ne replikuje dosledno u „emskim“ istraživanjima. Na primer, Peabody i De Raad (2002) sumirajući emska istraživanja kažu „da je napor da se postigne univerzalnost petofaktorskog rešenja preteran“. Oni su pronašli da najbolju generalizabilnost kroz kulture imaju tri faktora: C, E i A faktori, a da se „emocionalna stabilnost i intelekt često ne pojavljuju kao kohezivni faktori“. Nadalje, rezultati ovih istraživanja redovono vode izdvajanju šest do osam faktora.

Zapravo, sve glasnije postaju tvrdnje o dodatnim faktorima izvan Big five, odnosno predlozi alternativnog dimenzionalnog okvira za opis strukture ličnosti sa šest, odnosno sedam bazičnih dimenzija. Ove tvrdnje zasnivaju se na dve linije dokaza. Prva proističe iz tvrdnji da matrice korelacija (koje s korišćene za izdvajanje pet faktora) nisu

optimalno iscrpljive i da se mogu alternativno interpretirati. Druga primedba sastoji u tvrdnji da sam prostor, odnosno univerzum crta ličnosti, nije do kraja iscrpljen (De Raad, 2009).

Ubedljive dokaze prve tvrdnje daju Ashton i Lee (2001) koji sugeriraju postojanje dodatnog faktora **Iskrenost/Poštenje** (iskren, fer, pošten naspram pohlepan, prevrtljiv, pokvarenjak, nemoralan, nefer, nepošten) (u originalu Honesty-Humility). Njihov alternativni šestodimenzionalni model strukture ličnosti – HEXACO - zasnovan je na identičnoj definiciji domena ličnosti i istim metodama istraživanja strukture koje su koristili i tvorci petodimenzionalnog modela. Empirijska potvrda o postojanju šestog faktora pronadjena je u nekoliko jezika (Ashton, Lee, Perugini i sar., 2004). Ashton i Lee (2007) dokazuju da leksičke studije strukture ličnosti u najmanje 12 jezika konzistentno produkuju šest dimenzija. Autori svoju konceptualizuju šestodimenzionalnog modela strukture ličnosti smatraju ubedljivom alternativom Big five modelu. Faktor Poštenje definišu faceti kao što su iskrenost, moralnost, skromnost i (nedostatak) pohlepnosti / materijalizma.

S druge strane, praksa istraživanja bazirana na leksičkoj hipotezi bila je da su isključivani evaluativni termini jer se smatralo da ne opisuju specifične karakteristike ličnosti (Saucier i Goldberg, 1998), odnosno da odražavaju globalniju indikaciju pozitivnog ili negativnog samo-poštovanja (Ashton i Lee, 2001) ili, pak, da više odražavaju mišljenje osobe o njenim zaslugama, vrlinama ili vrednostima (prema Durett i Trull, 2005). Međutim, kada se u istraživanje, odnosno u taksonomiju od koje se kreće, uključe evaluativni termini, tipske imenice ili druga vrsta reči, redovno se ekstrahuju novi faktori (Almagor, Tellegan i Waller, 1995; Benet-Martinez i Waller, 1997).

Tellegan i Waller (1987; prema Durett i Trull, 2005) su smatrali da evaluativni deskriptori treba da budu uključeni u izučavanje strukture ličnosti. Kada su ponovili faktorsku analizu uključivši i evaluativne termine izdvojili su sedam dimenzija, od kojih su pet korespondirale sa Big five. Dodatne dve dimenzije su bile **Pozitivna valenca** (definisana terminima kao što su odličan, superioran, impresivan nasuprot običan) i **Negativna valenca** (zao, grozan, okrutan nasuprot pristojan). Potvrda za jedan ili oba faktora nadjena je u engleskom jeziku, ali i u kros-kulturalnim istraživanjima na nizu drugih jezika (Almagor, Tellegan i Waller, 1995; Benet- Martinez i Waller, 1997; Benet

i Waler, 1995; Church, Katigbak i Reyes, 1996; Blumberg, 2001; Waller i Zavala, 1993; prema Durett i Trull, 2005).

Kasnija istraživanja ubedljivije su potvrdila samo faktor Negativne valence koji se doslednije replikovao u mnogim istraživanjima u odnosu na faktor Pozitivne valence (prema Durett i Trull, 2005). Štaviše, pridevi koji pripadaju faktoru Pozitivne valence bi obično pripali faktoru Intelektu (odnosno Otvorenosti).

Treba pomenuti i jednu noviju interpretaciju faktora Negativne valence koja je naišla na oštre kritike, ali koja je zapravo na tragu ideje o faktoru ličnosti koji je zasićen indikatorima psihotičnog spektra. Radi se o novijem stanovištu Saucier-a (2002) koji smatra da faktor Negativne valence reprezentuje deskriptivnu dimenziju ličnosti koju naziva **Socijalna neprilagodjenost ili devijantnost**. Saucier je smatrao da se ovaj faktor sastoji od užih faceta psihopatije, psihotičnosti, demencije, mentalne retardacije i marginalizacije. Saucier je smatrao da individualne razlike na ovoj dimenziji reprezentuju nesposobnost ili nespремnost osobe da se konformira socijalnim normama što onda implicira potrebu za tretmanom ili smeštanjem u instituciju. Ashton i Lee (2002) su oštro kritikovali ovakvu interpretaciju faktora Negativne valence pri čemu je najznačajnija kritika sastoji u tome da se faktor socijalne devijantnosti ne može smatrati varijacijom normalne ličnosti i samim tim ne zadovoljava bazični kriterijum za prihvatanje kao bazične dimenzije ličnosti.

Nadalje, neki autori (Mullins-Sweat i Widiger, 2006; Ashton i Lee, 2001) smatraju da faktor Negativne valence predstavlja zapravo evaluativne opise odnosno stavove o bazičnim crtama ličnosti koje su već obuhvaćene FFM i da ne predstavlja dodatni faktor. Slično tome, McCrae i Costa (1995) smatraju da FFM već sadrži pozitivne i negativne samo-evaluacije. Tako su visoki skorovi na FFM aspektima kompetentnosti i asertivnosti povezani sa „Big seven“ faktorom Pozitivne valence, a niski skorovi na depresivnosti i vulnerabilnosti su povezani sa „Big seven“ faktorom Negativne valence. Na osnovu toga McCrae i Costa smatraju da pozitivna i negativna valenca „nisu posebni faktori ličnosti već refleksije socijalne i lične vrednosti pripisane objektivnim atributima ličnosti koje petofaktorski model u potpunosti obuhvata (str.455; McCrae i Costa, 1995).

Ali iako su autori petofaktorskog modela tvrdili da pet faktora obuhvataju sve crte ličnosti, neki istraživači, pod pritiskom suprotnih dokaza, ublažavaju taj stav

govoreći da Big five predstavlja *dovoljno* sveobuhvatni okvir svih crta ličnosti koje su potrebne za opisivanje sebe i drugih osoba. Istraživači ne negiraju da postoje crte ličnosti i atributi ličnosti „izvan” Velikih pet, ali se ne slažu po pitanju da li je korisno i neophodno izdvajati dodatne faktore (na pr. Mullins-Sweat i Widiger, 2006).

Medjutim, najozbiljnije kritike (i empirijske i konceptualne) sveobuhvatnosti petofaktorskog modela odnose se zapravo na nemogućnost „Velikih pet“ da pokriju potpuno domenu abnormalnih crta ličnosti i psihopatologije uopšte, o čemu će biti više reči u dalje tekstu.

1.3 Dezintegracija

Poslednjih godina postaju sve ubedljiviji dokazi da „Velikih pet” ne subsumiraju u potpunosti celokupan prostor strukture ličnosti, posebno domenu abnormalnih crta ličnosti. Sve je više autora (Widiger i Trull, 1992; Knežević i sar., 2004) koji ukazuju da petofaktorskom modelu nedostaje značajna dimenzija čiji bi sadržaj odgovarao konceptu Eysenck-ovog psihoticizma, Claridge-ove shizotipije ili disocijativnih poremećaja ličnosti iz DSM IV klasifikacije. Dakle, model nema sadržaj kojim bi bio osetljiv na prisustvo patologije (naročito one iz psihotičnog kruga) odnosno na dezintegracione fenomene. Zanimljivo je da je i jedan od autora NEO-PI-R-a (McCrae, 1994) govorio o ključnoj važnosti dezorganizovanih kognicija za diferenciranje različitih psihopatoloških manifestacija, ali ih nije smatrao bazičnim, univerzalnim dimenzijama ličnosti. Detaljniji prikaz empirijskih istraživanja petofaktorskog modela u domenu patologije biće prikazan u posebnom poglavlju.

Dakle, izostanak skala koje mere psihopatološke fenomene shizofrenog kruga dovodi do toga da postojeće mere slabo diferenciraju neke veoma važne psihopatološke manifestacije. Medjutim, ukoliko se model rekonstruiše, sposobnost diferencijacije se može popraviti. Upravo na tragu te ideje različiti autori konceptualizuju različite fenomene, te se srećemo sa konceptima sa različitim imenima: dezintegracija, psihoticizam, negativna valenca, čudnovatost, shizotipija. Svi ovi koncepti po svojim karakteristikama zadovoljavaju kriterijume za tvrdnju da u njihovoj osnovi leži crta tj. fundamentalna dispozicija ponašanja.

1.3.1.1 Psihotična dispozicija kao bazična crta ličnosti

Ideja o tome da su simptomi psihotičnog spektra zapravo indikatori fundamentalne dispozicije ljudskog ponašanja nije novina u teorijskim razmatranjima. Naime, jedan broj istraživača konceptualizuje dimenziju, koja stoji u osnovi različitih dezintegracionih fenomena, kao univerzalnu, bazičnu, fundamentalnu dimenziju ličnosti. Istraživanja koja potvrđuju takvu konceptualizaciju idu u dva pravca. S jedne strane to su empirijski argumenti koji ukazuju na kontinuum između normalnog ponašanja i psihotičnosti. Ti dokazi predstavljaju empirijski dokaz pretpostavke o realnoj egzistenciji dimenzije psihotičizma u populaciji. Drugi empirijski argument ide iz dokaza o postojanju kontinuma između različitih psihotičnih poremećaja, što opet posredno ukazuje da u osnovi različitih psihotičnih manifestacija leži isti latentni generator. Sadaćemo ukratko prikazati ta istraživanja i njihove rezultate.

Za razliku od prekrepelinovskog perioda psihijatrije u kome su kliničari gledali na mentalna oboljenja kao na kontinuum, savremena psihijatrijska paradigma psihotične poremećaje vidi kao distinktivne bolesti. Međutim, veliki broj empirijskih nalaza daje podršku tezi o snažnom, prevalentnom, zajedničkom faktoru koji leži u osnovi različitih tipova psihoza. Ova perspektiva, poznata je u literaturi kao teorija o unitarnoj psihozi („unitary psychosis teorija“), ima dugu tradiciju u psihijatriji (Beer, 1996; Berrios i Beer, 1994; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi) i podržava je nekoliko linija u istraživanju.

Prema Knežević i sar. (2012, u pripremi) prvu liniju argumenata sadrži nekoliko istraživanja koja su potvrdila da je teško pronaći u potpunosti distinktivan profil simptoma za različite oblike psihoze (Kendell, 1991; Kendell i Brockington, 1980; Sculli, Owens, Kinsella i Waddington, 2002; prema Knežević i sar, 2012, u pripremi). Rezultati obimne, 10-togodišnje prospektivne studije (Chapman, Chapman, Kwapil, Eckblad i Zinser, 1994; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi) pokazuju da ispitanici, prvobitno identifikovani kao skloni shizofreniji, kasnije obolevaju i od shizofrenije i od afektivnih psihoza. Takođe, vidljiv nedostatak specifičnih prekursora za shizofreniju u odnosu na afektivne poremećaje pronađen je u nekoliko longitudinalnih studija (Jones i Tarrant, 2000).

Drugi argument se odnosi na studije porodica koje pokazuju uvećanu incidencu javljanja afektivnih poremećaja kod prvostepenih srodnika shizotipalnih (Schulz i sar., 1986; prema Knežević i sar., u pripremi) ili shizofrenih pacijenata (Erlenmeyer-Kimling i sar., 1997; Gershon i sar., 1988; Maier i sar., 1997; Maier, Reitschel, Lichtermann i Wildenauer, 1999; Taylor, 1992; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi). Isto tako, uvećana incidenca shizotipalnih simptoma i shizo-afektivnog poremećaja se pronalazi kod rodjaka obolelih od afektivnih poremećaja.

Treći argument, jeste efikasnost istovetne medikamentozne terapije i kod afektivnih i shizofrenih formi psihoze (Abraham i Kulhara, 1987; Delva i Letemendia, 1982; Lindenmayer i sar., 1998; Marder, Davis i Chouinard, 1997; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi).

Četvrtu liniju dokaza obezbeđuju biološki markeri: aberacije očnih pokreta i uvećanje ventrikula koje su pronađene kod shizofrenih javljaju se i kod pacijenata sa afektivnim poremećajima (Kendell, 1991).

Peto, neuropsihološki markeri deficita kao što su oštećenja radne memorije (McGrath, Chapple, & Wright, 2001) i egzekutivnih funkcija (Kravariti, Dixon, Frith, Murray & McGuire, 2005; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi) su registrovani tokom akutne i subakutne faze kako kod shizofrenih, tako i maničnih pacijenta.

Šesto, genetske studije pokazuju postojanje identične genetske etiologije i za shizofreniju i za afektivne psihoze (Badner & Gershon, 2002; Hodgkinson et al., 2004; Park et al., 2004; prema Knežević i sar., u pripremi). Dodaćemo još i to da, iako su do skoro dokazi o zajedničkim genima i hromozomskim lokacijama za shizofreniju i bipolarni afektivni poremećaj bile tretirane kao robusni empirijski nalaz koji su podržale i brojne meta-analitičke studije (na pr. Badner i Gershon, 2002; Berretini, 2003; Lewis i sar., 2003 itd.; prema Carpenter i sar., 2010), pokazalo se da je uticaj pojedinačnih gena zapravo veoma mali (Sklar i sar., 2008).

Sedmo, faktorski modeli dobijeni na simptomima shizofrenije i shizotipije veoma su slični onim dobijenim na celom psihotičnom spektru (Serretti i Olgiati, 2004; Lindenmayer i sar., 1994; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi).

Kao još jednu liniju dokaza dodaćemo i empirijske nalaze o zajedničkim neuralnim substratima za shizofrene poremećaje i afektivni bipolarni poremećaj koje su dobijni uz pomoć različitih savremenih tehnologija. Tako na primer, istraživanja sa

magnetnom rezonancom pokazuju da postoje zajedničke strukturalne abnormalnosti za sve psihotične poremećaje kao i za bipolarnu pacijente pre svega u vidu redukcija sive mase u više moždanih regija, poredjeno sa zdravim ispitanicima. Meta-analize pokazuju da postoji redukcija od 3-4% u volumenu mozga kod obolelih od shizofrenije i nešto manje kod pacijenata obolelih od bipolarnog poremećaja (Seidman i sar., 1999; Lawrie i sar., 2001; O Driscoll i sar., 2001; Ho, 2007) posebno u fronto-temporalnim regionima. Spektroskopskom magnetnom rezonancom potvrđeni su obimni dokazi neuralne disfunkcije i kod shizofrenije i kod bipolarnog poremećaja (Carpenter i sar., 2010), a PET tehnologija pruža dokaze o značajnoj ulozi D2 receptora u obe vrste poremećaja (Zakzanis i Hansen, 1998). Post mortem studije pokazuju redukovane ćelije hipokampusa (Knable i sar., 2004) i da ove dve grupe poremećaja dele oko 65% abnormalnosti povezanih sa razvojnim /sinaptičkim i GABA sistemom (Torrez i sar., 2005).

Dodaćemo još i to da su detektovani i sredinski faktori rizika koji su zajednički za veliki spektar poremećaja uključujući i shizofrenu i afektivne poremećaje (kao što su na primer zloupotreba supstanci, prenatalni faktori, posebno prerano rođenje, negativni životni događaji i traume u detinjstvu) (Henquet i sar., 2005, 2006; Susser i sar., 1996; Laursen, 2007; van Os i sar., 1998; Read i sar., 2005; prema Carpenter i sar., 2010).

U prilog teze da psihotični poremećaji nisu u potpunosti distinktivni fenomeni u odnosu na nepsihotične poremećaje i „normalnost“ govore i konceptualizacije psihoze kao ekstremne tačke na kontinumu neprilagodjenosti koji se proteže i na opštu populaciju. Istraživanja na uzorcima iz opšte populacije pokazuju da su psihotična iskustva i uverenja česta i u takvim uzorcima (Hanssen i sar., 2005; Johns i van OS, 2001; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi, van Os i sar., 2000, 2009). Opet, treba napomenuti da suprotne dokaze nude tzv. taksometrijske sudije koje opovrgavaju konceptualizaciju psihoze kao dimenzije (Meehl, 1995; Waller i Meehl, 1998; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi).

S obzirom na sve veći broj dokaza o postojanju postoji o kontinumu između različitih psihotičnih poremećaja (pre svega shizofrenih i bipolarno afektivnog poremećaja) koji ukazuju da se ne radi o diskretnim kategorijama već o istom kontinumu javio se i predlog da se buduća, DSM-V klasifikacija redefiniše tako što će ti poremećaji biti zajedno grupisani u klaster, a na osnovu faktora rizika i kliničkih

manifestacija poremećaja (Andrews i sar, 2009; prema Carpenter i sar. 2010). Klaster koji bi grupisao ove poremećaje autori imenuju kao tzv. „psihotični klaster“.

1.3.1.2 Različite konceptualizacije psihoticizma kao crte ličnosti

Ideja o psihoticizmu kao bazičnoj, univerzalnoj dimenziji ličnosti nije u potpunosti nova. Ukratko ćemo pomenuti neke istaknutije konceptualizacija psihotične dispozicije kao crte ličnosti, a zatim ćemo detaljnije prikazati koncept dezintegracije našeg autora (Knežević i sar., 2012, u pripremi) čija je operacionalizacija korišćena u našem istraživanju kao ekstenzija petofaktorskog modela.

Eysenck (1952) je prvi istraživač koji je konceptualizovao dispoziciju za psihotično ponašanje kao bazičnu crtu ličnosti i imenovao je kao *psihoticizam*. Eysenck-ov psihoticizam je postuliran kao kontinuum koji se kreće od P- kvaliteta kao što su altruističko ponašanje, dobra socijalizacija, empatija i konvencionalni konformizam do P+ pola koji obuhvata shizofreniju i shizo-afektivne i afektivne poremećaje. Na sredini kontinuma nalaze se karakteristike u vidu shizoidnog ponašanja, hostilnost, impulsivnost i agresivnost (Eysenck, 1994). Uvodjenje psihoticizma bilo je rezultat Eysenckove ideje da je moguće i korisno pretpostaviti postojanje dimenzije ličnosti koja je nezavisna od Ekstraverzije i Neuroticizma (prvobitna dvodimenzionalna teorija strukture ličnosti), a koja je u osnovi onih oblika ponašanja čiji se ekstremi manifestuju u psihotičnim poremećajima odnosno manifestacijama (Eysenck i Eysenck, 1976, prema Momirović i sar., 1993). Među mnogobrojnim kritikama Eysenck-ove konceptualizacije, najozbiljnija kritika odnosi se na to da P skala zapravo ne meri onaj sadržaj čijem je merenju i namenjena, već da meri različite forme nekontrolisane agresivnosti, i to u toj meri da je Zuckerman (2005; prema Knežević i sar., 2004) predložio da bi joj više odgovarao naziv psihopatija. Savremena istraživanja pokazala su da Eysenck-ov psihoticizam u FFM odgovara kombinaciji dimenzija Saradljivosti i Savesnost koje se na svom negativnom polu opisuju kao Agresivnost i Impulsivnost. Psihoticizam zapravo više odražava socijalnu maladaptivnost, agresivnost, diskontrolu nego psihotičnu predispoziciju (Costa i Mc Crae, 1992).

Claridge (1997) je **shizotipiju** konceptualizovao kao crtu ličnosti čvrsto se držeći opšte filozofije i metodoloških pogleda u razumevanju individualnih razlika svog mentora Eysenck-a, a jednim delom i originalnim sadržajem Eysenck-ove konceptualizacije „psihoticizma“ kao crte ličnosti. Claridge-ov četvorofaktorski model shizotipije je baziran na iscrpnim faktorsko-analitičkim studijama samo-opisnih mera ličnosti u nastojanju da se identifikuju komponente shizotipije (Bentall, Claridge i Slade, 1989; Claridge i sar., 1996). Istraživanja potvrđuju multi-dimenzionalnu prirodu shizotipije sa četiri ekstrahovana faktora (Mason, Claridge i Williams, 1997): introvertna anhedonija, impulsivni nekonformizam, kognitivna dezorganizacija i neuobičajena iskustva. Zaključak je da psihotične crte konstituišu bazičnu dimenziju ličnosti koja u adaptivnom obliku doprinosi kreativnosti, ne-zastrašujućim halucinacijama i spiritualnim i mističnim uverenjima i doživljajima (Rawlings i sar., 2008). Štaviše, Claridge ide toliko daleko da uvodi termin „zdravog shizotipalnog“ pojedinca što je izazvalo oštre kritike.

Dakle, shizotipija se može opisati kao svaka druga crta ličnosti koja je prisutna u svakom pojedincu u određenom stepenu (Claridge, 1997). U većini slučajeva, shizotipija je adaptivna i postaje ekspresija psihopatologije samo na gornjem ekstremu kontinuma. Shizotipija u celini ima neutralnu relaciju sa mentalnim zdravljem jer kod većine ljudi relacija između mentalnog zdravlja i shizotipije nije značajna. Međutim, samo za neke pojedince ta veza postaje pozitivna i značajna.

Iako Claridge postulira komponente shizotipije kao dimenzionalne, on istovremeno tvrdi da se shizotipalne karakteristike kod pacijenata pojavljuju kao diskontinuirani sindrom. To je u skladu sa predlogom da se napravi distinkcija shizotipalnih crta koje opisuju dimenziju normalne ličnosti i shizotipalne simptomatologije koja čini sastavni deo spektra kliničke shizofrenije (Claridge i Davis, 2003; prema Rawlings i sar., 2008).

Watson i sar. (2008, 2011) izdvajaju faktor **ekscentričnost** (u originalu *Oddity*) kao nezavistan faktor u prostoru poremećaja ličnosti. Watson, Clark i Chmielewski (2008) tragajući za zajedničkim faktorskim modelom normalne i abnormalne ličnosti prvobitno izdvajaju ovaj faktor kao jedan od četiri faktora koji obuhvataju prostor poremećaja ličnosti. Predlažu šestofaktorsko rešenje kao najadekvatnije za

sveobuhvatnu taksonomiju celokupnog prostora ličnosti (koje obuhvata i tzv. normalnu i abnormalnu ličnost).

Watson i sar. (2008) su u svom istraživanju (N=327 studenata) primenili četiri bazična inventara ličnosti (EPQ, SNAP i dva „Big five“ instrumenta: BFI i NEO-PI-R) kao i tri mere disocijacije (DES, QED, DPS). Uzimajući u obzir 53 varijable sa pomenutih instrumenata tragali su za najboljom faktorskom solucijom i zaključuju da je to šestofaktorsko rešenje u kome se replikuju C, N, E, A i O dimenzije ali i novi faktor koji imenuju kao *ekscentričnost*. Ovu dimenziju definiše pet mera disocijacije i mere ekscentrične percepcije i nepoverenja sa SNAP skale. Autori smatraju da novi faktor reflektuje ključne karakteristike poremećaja ličnosti sa klastera A (tzv. „čudaci“) i da je distinktivan u odnosu na dimenzije koje se uobičajeno identifikuju u petofaktorskim odnosno četvorofaktorskim rešenjima. Smatraju da je neophodno uvođenje nove dimenzije kako bi se obuhvatile karakteristike tipične za klaster A PL-ove sa DSM IV klasifikacije.

Da bi otklonili moguću zamerku da dimenziju ekscentričnosti definišu zapravo samo mere disocijacije, autori su u drugom istraživanju upotreбили i instrument za procenu shizotipalnog poremećaja ličnosti (SPQ-sadrži devet skala koje procenjuju kriterijume DSM-III-R klasifikacije za shizotipalni PL, a uključuje i sadržaj za procenu paranoidnog i shizoidnog PL-a zbog preklapanja kriterijuma). Faktorska analiza na podacima dobijenim na 555 studenata potvrdila je postojanje šestog faktora koji je imao najviša zasićenja na merama disocijacije i merama shizotipalnog poremećaja ličnosti sa SPQ skale. Autori smatraju da su time pronašli još snažniju empirijsku potvrdu za postojanje jasnog, dobro definisanog faktora Ekscentričnost koji obuhvata karakteristike PL-ova sa klastera A i koji se jasno razlikuje od dimenzija petofaktorskog modela. U njihovom istraživanju taj novi faktor su definisale SPQ skale koje odražavaju dezorganizaciju i kognitivno/perceptivne anomalije kao i mere disocijacije. Međutim, s obzirom da je u istraživanju dobijena korelacija od 0,54 sa faktorom Otvorenosti, te da bi isključili mogućnost da je Ekscentričnost zapravo faktor nižeg reda u okviru domena Otvorenosti (ili Nekonvencionalnosti), istraživali su posebno odnos novog faktora sa različitim aspektima (facetima) O domena i dobili potvrdu njegove nezavisnosti.

Dakle, na osnovu svojih istraživanja Watson i sar.(2008) predlažu prošireni, šestofaktorski model ili „Velikih šest“ tj. taksonomiju koja obuhvata prostor kako normalne tako i poremećaja ličnosti i koja pokriva one karakteristike koje pripadaju poremećajima ličnosti sa klastera A DSM-IV (magijsko mišljenje, perceptivne aberacije, nepoverenje, čudan govor i ponašanje kao i disocijativne tendencije (apsorpcija/imaginacija i zaboravnost/amnezija, neuobičajena uverenja i doživljavanja i ekscentričnost/čudnovatost u govoru i ponašanju).

Četiri od šest ekstrahovanih faktora su relevantni i za normalnu i za abnormalnu ličnosti i to su Neuroticizam/Negativna emocionalnost nasuprot Emocionalnoj stabilnosti, Ekstraverzija/Pozitivna emocionalnost nasuprot Introverziji/Distanciranosti, Saradljivost nasuprot Antagonizmu i Savesnost/Kontrola nasuprot Neodgovornosti. Otvorenost se pojavljuje kao faktor čiji je značaj za prostor tzv. normalne ličnosti jasan, ali njegova važnost za područje psihopatologije nije jasna (Widiger i Simonsen, 2005). S druge strane, faktor Ekscentričnost i njegova relacija sa prostorom normalne ličnosti nije jasna. Autori ne postuliraju ovaj faktor kao dimenziju i smatraju da ovaj faktor nije nužan u istraživanjima normalne ličnosti.

Suštinsko pitanje jeste zbog čega se u ranijim istraživanjima, posebno tzv. normalne ličnosti, nije pojavljivao ovaj faktor? Autori smatraju da je to posledica jednostavne činjenice, a to je da ukoliko nije uključen dovoljan broj markera nije ni moguće identifikovati domen kome one pripadaju. Smatraju da je u slučaju faktora Ekscentričnost to slučaj. Naime, mnogi od ključnih aspekata ovog domena odnose se na neuobičajena iskustva ili percepcije koje se ne mogu sažeti jednostavnom rečenicom, frazom, te su stoga sistematski manje zastupljena u leksičkoj analizi ličnosti. I drugo, ključne reči povezane sa faktorom Ekscentričnost su čudan, neobičan, ekscentričan, a upravo tu vrstu termina Allport i Odbert su izbacili iz inicijalnog seta ajtema koji opisuju crte, jer su ih videli kao socijalne evaluacije a ne opise crta.

U novijem istraživanju Ashton-a i Lee-a (2007) autori istražuju faktor Ekscentričnost u odnosu na dimenzije normalne ličnosti (i u odnosu na dimenzije shizotipije i disocijacije). U dve empirijske studije na uzorcima odraslih (N=409) i studenata (N=378) faktor Ekscentričnost, operacionalizovan u terminima opažene neobičnosti i ekscentričnosti pokazao je umerene korelacije sa faktorom Shizotipije/disocijacije baš kao i sa dimenzijama normalne ličnosti naočito Otvorenosti.

Ovi autori smatraju da rezultati njihovih istraživanja dokazuju da faktor definisan markerima shizotipije i disocijacije ne treba interpretirati kao dimenziju Ekscentričnosti. Naime, mere opažene ekscentričnosti i neobičnosti nisu univokalno pa čak ni primarno povezane sa dimenzijama shizotipalnih i disocijativnih tendencija. U oba istraživanja Ashton-a i Lee-a (2011) pokazuju da faktor definisan markerima shizotipije i disocijacije ne treba interpretirati kao dimenziju Ekscentričnosti. Oni smatraju da faktor shizotipije/disocijacije (koji se, dakle, ne može interpretirati kao Ekscentričnost) kao dimenzija individualnih razlika ostaje izvan domena ličnosti i da predstavlja individualne razlike u frekvenciji i intenzitetu perceptivnih distorzija.

1.3.1.2.1 Dezintegracija

1.3.1.2.2 Nastanak modela

Značajan doprinos izdvajanju dodatne dimenzije ličnosti važne za prostor psihopatologije jeste konceptualizacija dezintegracije našeg autora. Knežević i sar. (2012, u pripremi) **dezintegraciju**, odnosno psihotičnu dispoziciju, konceptualizuju kao bazičnu, hijerarhijski organizovanu i multidimenzionalnu dispoziciju u ponašanju tj. crtu ličnosti. Sam termin crta autor upotrebljava da bi istakao interno, kauzalno svojstvo dezintegracije, a ne samo prostu sumu bihevioralnih deskripcija.

U literaturi se mogu pronaći brojni modeli koji specifikuju različite komponente psihotične dispozicije, ali nijedan od njih se ne ističe kao empirijski ili konceptualno nadmoćniji. Knežević (2012, u pripremi) navodi da se osnovni problemi tih modela odnose na predloženi broj, sadržaj i relacije između subkomponenti predloženih modela, odnosno da je pod najvećim znakom pitanja upravo pitanje njihove sveobuhvatnosti za sve aspekte psihotičnih ispoljavanja (Cuesta i Peralta, 2001; Stuart, Pantelis, Klimidis i Minas, 1999; Wijers, Verhoven i Tuinier, 2005; prema Knežević i sar., 2012, u pripremi). Dalje, autor smatra da neki od modela uključuju komponente koje ne pripadaju psihotičnoj dispoziciji već su pre aspekt neke druge dimenzije ličnosti, a koja se povremeno manifestuje u kliničkim profilima nekih tipova psihoza. Primer je Eysenckov psihoticizam, koji je zapravo kombinacija A i C faktora i konceptualno više predstavlja nesocijalizovanu impulsivnu težnju ka uzbudjenjenjima (zbog čega su i neki autori predlagali da se imenuje kao psihopatija).

Sledeća kritika se odnosi na metodološka rešenja odnosno neadekvatno ispitivanje odnosa između dobijenih faktora ili sindroma ponašanja sličnih psihozi. Naime, brojni autori su koristili metode koje a priori sprečavaju ispitivanje relacija između dobijenih faktora i tim svojim metodološkim odlukama sprečavali mogućnost ekstrahovanja faktora višeg reda (Fossati i sar., 2003, Serreti i sar., 2001). Neki autori su propuštali da ispituju da li postoje korelacije između dobijenih faktora i da li su dobijeni modeli hijerarhijski (čak i kada su dobijane korelacije između faktora) (Fitzelard i sar.,2003; Serreti i Olgiati,2004; Peralta i Cuesta, 1998).

Da bi prevazišao navedene kritike autor je u prvom koraku nastojao da razvije sveobuhvatnu taksonomiju psihozi—sličnog ponašanja, a zatim je u nizu istraživanja empirijski proveravao strukturu psihoticizma odnosno dezintegracije.

Na stratifikovanom uzorku srednjoškolaca (N=2193) autor je analizirao latentnu strukturu većine u literaturi poznatih i dobro validiranih skala i inventara namenjenih merenju različitih aspekata psihotičnog i psihozi sličnog ponašanja. Zahvaćeni set ajtema sastojao se od čak 1029 ajtema iz 26 skala, a inicijalna analiza sprovedena je na 1010 ajtema klasifikovanih u 122 mini skale.

Nakon analize glavnih komponentata na mini-skalama iz daljeg istraživanja odstranjene su sve one čije je zasićenje na prvoj glavnoj komponenti bilo manje od 0,30. Naime, autor je pošao od pretpostavke da sadržaj koji one opisuju nije relevantan za razumevanje prostora psihoticizma. Nakon serije konfirmatornih faktorskih analiza (čak 132 faktorske analize sa 396 koeficijenata kongruencije) izdvojeni su faktori koji su dovoljno obuhvatni i robusni da, po autoru, odražavaju stvarnu taksonomiju psihotične dispozicije. Nakon analize stabilnosti, replikabilnosti i informativnosti 11 faktorskih rešenja (testirana su rešenja od 1 do 11 faktora) kao optimalna struktura izabran je desetofaktorski model.

Sledeći i najznačajniji korak bila je empirijska potvrda snažne konvergencije deset faktora ka zajedničkom generatoru varijabiliteta odnosno faktoru višeg reda. Empirijski potvrđen faktor na vrhu hijerarhijske organizacije nazvan je dezintegracija. Od deset izolovanih faktora, osam je imalo zasićenja iznad 0,50, a samo dva (Somatoformna disocijacija i Zaravnjen afekat) iznad 0,40. Dobijeni empirijski nalazi su snažna potvrda hijerarhijski organizovane strukture u čijoj su osnovi bihevioralne, afektivne i motivacione tendencije karakteristične za psihotične ili subpsihotične

fenomene. Na sledećem nivou izdvaja se deset faktora odnosno modaliteta opšte psihotične dispozicije. Na vrhu hijerarhije je zajednički faktor koji je Knežević nazvao dezintegracija.

Dobijeni modaliteti dezintegracije su sledeći (prema Knežević i sar. 2012, u pripremi):

1. Egzekutivna disfunkcija (General Executive Impairment, GEI)

se pokazala kao najjači faktor dezintegracije. Obuhvata brojne fenomene koji odražavaju disregulaciju različitih psiholoških sistema kao što su pažnja, planiranje, pamćenje, motorne radnje, emocionalne reakcije, razumevanje i artikulacija govora, kao i defekt u finoj sinhronizaciji mišljenja, namera, emocija i bihevioralnih odgovora. Fenomeni koje obuhvata ovaj faktor odražavaju široki spektar oštećenja egzekutivnih funkcija i pamćenja. Po sadržaju sličan je faktoru dezorganizovane shizotipije (Venables, 1995; prema Knežević i sar., 2012) ili dezorganizacije u shizofreniji (Kerns, 2006; Venables, 1995; prema Knežević i sar., 2012).

2. Perceptivne distorzije (Perceptual Distortions, PD)

obuhvata depersonalizacione i derealizacione fenomene, uključujući i doživljaj višestrukog identiteta, deluzione fenomene koji se odnose na telo i telesne funkcije, Schneider-ove simptome prvog reda. Ovaj faktor je srž struktura identifikovanih u različitim istraživanjima kao što su faktor Pozitivnih simptoma ili faktor Neuobičajenih doživljaja (Mason, Claridge i Williams, 1997).

3. Pojačana svesnost (Enhanced Awareness, EA)

obuhvata sintesteziju, responzivnost na privlačne stimulse (na primer uživanje u muzici, toploti, šetnji), povišenu svesnost i pojačanu kogniciju, kao i dosocijativnu uključenost (apsorbiciju), živa reminescenciju (fantaziju) ili „beg ideja“. Kognitivni fenomeni koje ovaj faktor obuhvata su bliski kreativnom mišljenju i ponašanju.

4. Depresija (Depression, D)

obuhvata tipične depresivne simptome kao što su tuga, osećanje usamljenosti, hronični umor, doživljaj beskorisnosti, samo-sažaljivanje, beznadežnost, bespomoćnost i suicidalna ideacija.

5. Paranoja (Paranoia, P)

obuhvata sumnjičavost, nepoverljivost, preteranu osetljivost, paranoidnu ozlojadjenost, aroganciju, iede proganjanja, doživljaj da je žrtva zavere. U većini istraživanja faktorska

analiza simptoma nalik psihozi pozicionira paranoidne simptome kao komponentu faktora Pozitivnih simptoma ali se u istraživanju našeg autora i još nekih istraživača na pr. Cardno i sar.1996; Stuart, Pantelis, Klimidis i Minas, 1999) dosledno pojavljuje i opstaje kao nezavisan faktor.

6. Manija (Mania, M)

Obuhvata preterani aktivitet, agitaciju, nepromišljenost, lakomislenost, preterani optimizam, povišeno raspoloženje, uvećano samo-pouzdanje, ekscesivnu grandioznost. S obzirom da se ekstrahuju faktor depresivnosti i faktor maničnosti autor smatra da to govori u prilog teze da afektivna disregulacija predstavlja krucijalnu komponentu generalne psihotične predispozicije.

7. Socijalna anhedonija (Social Anhedonia, SA)

Obuhvata socijalnu rezervisanost, socijalnu anhedoniju, preferenciju ka usamljeničkom životu, usamljenost i odsustvo potrebe za bliskim odnosima sa drugim ljudima.

8. Zaravnjen afekat (Flattened Affect)

Obuhvata ravnodušnost prema sebi i drugima, umanjenu emocionalnu regulaciju, distanciranost i nezaintersovanost za druge ljude, redukovano planiranje budućnosti i površnost. Sadržaj ovog faktora se lako prepoznaje u ključnim markerima shozofrenije poznatim kao „negativni simptomi.“

9. Somatoformna disregulacija (Somatoform Disregulation, SD)

Obuhvata ozbiljnije forme senzornih i motornih konverzija, doživljaj disfunkcionalnosti ili oštećenosti unutrašnjih organa, neosetljivost za bol, opštu telesna utrnulost. Ovaj faktor se razlikuje od sadržaja koji obuhvata modalitet perceptivne distorzije.

10. Magijsko mišljenje (Magijsko mišljenje, MT)

Obuhvata osećaj telepatske i energetske povezanosti sa drugima, alogično mišljenje, verovanja u zagrobni život i reinkarnaciju, uticaj magije i oslanjanje na horoskop.

1.3.1.2.3 Empirijske provere modela dezintegracije

U procesu empirijske provere i validacije konstrukta dezintegracije Knežević (2011) polazi od nekoliko kriterijuma koje psihološki konstrukt mora da ispuni da bi se mogao prihvatiti kao dispozicija odnosno crta ličnosti. Autor je definisao sledeće kriterijume i empirijski proveravao svoj konstrukt dezintegracije:

1) *Konvergencija indikatora i modaliteta*

Zapravo u konstrukciji konstrukta dezintegracije Knežević je krenuo od ovog kriterijuma sa ciljem da utvrdi „stvarno konvergirajuće ponašajne indikatore pretpostavljenog domena (dezintegracije) iz jednog sveobuhvatnog uzorka potencijalnih indikatora i utvrditi njihovu latentnu strukturu“ (Knežević, 2011). Ovaj cilj je proveravan kroz već navednu studiju na uzorku srednjoškolaca i kojom je zapravo potvrđeno da u osnovi različitih indikatora psihozi sličnog ponašanja leži zajednički generator individualnih razlika. Potvrđena je i multidimenzionalna struktura novog konstrukta (modaliteti dezintegracije).

2) *Strukturna invarijantnost*

Empirijska provera konstrukta dezintegracije u odnosu na ovaj kriterijum proveravana je u više istraživanja. Tako je u jednom istraživanju (Knežević, 2011) proveravana *stabilnost kroz različite uzorke* tako što je poredjena struktura dezintegracije odnosno šestodimenzionalne solucije (dezintegracija plus velikih pet) na reprezentativnom uzorku populacije Srbije (N=1001) i studentske populacije (N=303). Najveće slaganje je dobijeno upravo za faktor dezintegracije (Tucker-ov koeficijent kongruencije faktora bio je čak 0.996). *Kroskulturalna stabilnost* konstrukta dezintegracije proveravana je u 8 zemalja (N=2227) tako što je proveravana stabilnost različitih faktorskih struktura (od trofaktorske do sedmofaktorske. Rezultati (prema Knežević, 2011) pokazuju da se faktor dezintegracije održavao svo do nivoa tri faktora i tie dokazao da je jedan od najstabilnijih dimenzija u ispitivanom prostoru ličnosti. I na kraju, *kros-metodska stabilnost* šestodimenzionalne strukture (velikih pet plus dezintegracija) proveravana je poredjenjem podataka dobijenih samoopisnim tehnikama kao i skalama procene. I u ovom slučaju dobijen je izrazito visok koeficijent kongruentnosti (Tucker-ov koeficijent iznosio je 0,98).

3) *Vremenska stabilnost*

Knežević (2011) navodi stabilnost u vremenu kao treći kriterijum da jedan psihološki konstrukt zadovoljava kriterijum za svrstavanje u dispoziciju. Na uzorku studenata psihologije (N=75) potvrđena je stabilnost dezintegracije tako što je za tes-retest period od godinu dana dobijena korelacija za dimenziju dezintegracije bila 0,72.

4) *Dimenzionalnost*

Važni empirijski dokazi odnose se to da je dezintegracija dispozicioni konstrukt odnosno crta ličnosti koja je odlika i opšte populacije te da nije specifičan kvalitet koji

je prisutan samo u populaciji osoba sa nekim mentalnim poremećajem. U više istraživanja (Knežević, 2011) potvrđeno je prisustvo markera psihotičnog ponašanja i u opštoj populaciji, dokazana je normalnost distribucije dezintegracije i identičnost struktura izdvojenih na psihotičnim pacijentima i „zdravim“ kontrolnim subjektima.

5) *Relevantnost*

Konstrukt dezintegracije pokazao je u više empirijskih istraživanja da sadrži nove informacije u odnosu na postojeće konstrukte (Knežević, 2011) jer je dokazana korisnost dezintegracije za diskriminaciju i predikciju i patoloških i normalnih varijacija ličnosti.

Na osnovu ovih početnih empirijskih dokaza može se zaključiti da konstrukt dezintegracije zadovoljava kriterijume i da se može smatrati bazičnom dispozicijom relevantnom kako za domen psihopatologije tako i za domen normalne ličnosti.

U našem istraživanju petofaktorski model ličnosti proširili smo Kneževićevim konceptom dezintegracije pre svega zbog snažne empirijske zasnovanosti, kao i početnih ohrabrujućih podataka o validnosti instrumenta za njegovu procenu (Šaula-Marojević, 2007).

1.4 Ličnost i psihopatologija

Kroz ceo XX vek istraživanja ličnosti su imala dva paralelna i sasvim odvojena toka: s jedne strane istraživanja psihopatologije, a sa druge strane istraživanja „normalne“ ličnosti. Međutim, poslednja decenija donosi preokret koji neki autori nazivaju „renesansom“ u ovoj oblasti (Krueger i Tackett, 2003), a koje naravno nije nikakva novina. Teorije koje povezuju ličnost i psihopatologiju imaju svoje korene još u antičko doba. Tako Maher i Maher (1994) u svom radu o istorijskoj perspektivi odnosa između ličnosti i psihopatologije ukazuju da se ta veza može pratiti sve Hipokratovih i Galenovih razmatranja. Možemo pomenuti i nezaobilaznog Freud-a koji je zapravo jasno postulirao vezu između psihopatologije i ličnosti. Prevodeći Freud-ove ideje na savremni jezik vidimo da je ideja o fiksacijama u pojedinim fazama psihoseksualnog razvoja, a koja je uzrok formiranja specifičnih karaktera (na pr. oralnog), zapravo pokušaj konceptualizacije psihološke etiologije onog što danas zovemo poremećajima

ličnosti i koji su po Freud-u baza za razvoj poremećaja sa Ose I odnosno psihopatoloških sindroma (na primer opsesivno-kompulzivne simptomatologije).

Iako je ideja o povezanosti ličnosti i mentalnih poremećaja bila naročito aktuelna medju vodećim psihodinamskim teoretičarima, njima je nedostajala empirijska potvrda, te su 30-tih godina XX veka psiholozi koji su se bavili ličnošću definisali i ograničili svoj fokus na „normalnu“ ličnost, a ne psihopatologiju (O' Connor, 2002). Time počinje duga istorija odvojenih istraživanja i akademskih barijera izmedju ova dva polja. Medjutim, pod pritiskom rezultata novijih istraživanja, barijere su počele da padaju i rasprave o odnosu ličnosti i psihopatologiju postaju jedno od ključnih istraživačkih pitanja.

Dva su osnovna preduslova morala da budu zadovoljena da bi krajem XX veka došlo do pokretanja impresivnog broja israživanja sa cilljem integracije ličnosti i psihopatologije. S jedne strane to je bilo izdvajanje prihvaćene taksonomije ličnosti u vidu FFM-a odnosno „Big five“-a (Digman, 1990), a sa druge strane empirijsko preispitivanje i provera važećih klasifikacije mentalnih bolesti (DSM-IV-R i ICD-10) koje su u svoj sadržaj već uvele i (patološku) ličnost. Veliki pomak koji je ostvaren posledica je i sve ubedljivih rezultata empirijskih istraživanja koja su iznova potvrdjivala nužnost i opravdanost dimenzionalnog pristupa psihopatološkim fenomenima. Naime, do skora dominantni kategorijalni metod određivanja mentalnih poremećaja (a operacionalizovan kroz klasifikacije mentalnih poremećaja) doživeo je velike i snažne kritike. Widiger i sar. (2002) na primer, kažu da su „zvanične dijagnoze supstancijalno arbitrarne, često nepouzidane, preklapajuće i nepotpune i imaju samo ograničenu korist za planiranje tretmana“ (str.435). Naime, sve veći broj empirijskih istraživanja pokazuje da je DSM klasifikacija empirijski neodrživa (Clark i Watson, 2006; Watson, 2003, 2005; Watson i Clark, 2006). Prvo, veliki broj istraživanja iznova je pokazivao da postoji ekscesivni komorbiditet izmedju DSM teorijski pretpostavljenih distinktnih kategorija. Na primer, Kessler i sar. (1994) navode da prema velikom istraživanju komorbiditeta u SAD 1994. godine (1994 National Comorbidity Survey-NCS) čak 79% svih mentalnih poremećaja je opservirano kod osoba koje imaju istoriju više od jednog mentalnog poremećaja. Štaviše, 59% poremećaja opserviranih u toku godine koja je prethodila istraživanju je opservirana kod ispitanika sa istorijom više od tri poremećaja ranije tokom života (Kessler i sar., 1994).

Drugo, sve je jači pritisak dokaza da su dimenzionalni modeli psihopatologije validniji nego aktuelne kategorijalne dijagnoze (Clark, 2005; Watson, 2005; Widiger i Samuel, 2005). Treće, u aktuelnim dijagnostičkim sistemima dijagnoza se postavlja ako ispitanik zadovolji određeni broj kriterijuma, a pri tome uopšte se ne uzima u obzir koja će biti kombinacija simptoma ili da li su ti simptomi povezani međusobno (Clark, 2005; Brown i Barlow, 2005; Markon, 2010; Watson, 2003;2005;2009; Widiger i Samuel, 2005). Heterogenost simptoma u okviru iste dijagnoze dovodi često do toga da se pacijenti sa istom dijagnozom veoma razlikuju (teorijski mogu imati i potpuno različite simptome, a istu dijagnozu). To je posledica odluke da su u klasifikacije uvršteni simptomi na osnovu kliničkog sudjenja, a ne empirijskih dokaza da se određeni simptomi uvek pojavljuju zajedno.

S druge strane, psihologija je (za razliku od psihijatrije) psihopatološke fenomene oduvek razmatrala u sklopu ličnosti, jer se klinički poremećaji i simptomi ne mogu istraživati i razumeti nezavisno od ličnosti i njenih specifičnih svojstava. Na primer, mentalni poremećaji se uvek pojavljuju u kontekstu premorbidne ličnosti i ta premorbidna struktura ličnosti često ima izrazito veliki i značajan uticaj na ispoljavanje, tok i tretman bolesti. Kliničari se svakodnevno iznova uveravaju da su ličnost i psihopatološki fenomeni u složenoj interakciji i da se uvek međusobno modifikuju. Jasno je da mentalni poremećaj ne nastaje u „vakumu“ već u sklopu određene ličnosti i stoga relacije koje postoje između ličnosti i psihopatoloških fenomena predstavljaju važan istraživački cilj.

Relaciju ličnosti i psihopatologije pokušaćemo da razmotrimo kroz nekoliko osnovnih problema:

- relacija ličnosti i mentalnih/sindromskih poremećaja
- relacija ličnosti i poremećaja ličnosti
- pokušaj integracije „normalne“ ličnosti, poremećaja ličnosti i psihopatologije u jedinstveni konceptualno-empirijski okvir

1.4.1 Ličnost i mentalni (sindromski) poremećaji

Pitanje o relacijama ličnosti i psihopatologije je pitanje na koje su brojni istraživači pokušali da daju odgovor i na teorijskom i na empirijskom planu. U literaturi se može naći veliki broj potencijalnih konceptualizacija ovih veza.

Widiger (2011) koncizno precizira 3 moguća eksplanatorna modela odnosa ličnosti i psihopatologije, smatrajući da svaki ima značajne teorijske i praktične implikacije:

1. Ličnost i psihopatologija mogu međusobno uticati na ispoljavanje i/ili pojavljivanje drugog – model patoplastične relacije. Ova relacija je dvosmerna jer psihopatologija može varirati u svom ispoljavanju zavisno od premorbidnih crta ličnosti date osobe ali i premorbidne crte ličnosti (barem tokom procene) mogu biti pod uticajem mentalnih poremećaja (naročito u akutnoj fazi). Takođe, heterogenost u ispoljavanju istog mentalnog poremećaja kod različitih osoba može jednim delom biti i posledica varijacija u strukturi ličnosti.
2. Ličnost i psihopatologija mogu deliti zajedničku etiologiju - model spektra. Osnovna ideja je da ličnost i psihopatologija postoje duž zajedničkog kontinuma funkcionisanja. Svi poremećaji ličnosti su zapravo maladaptivne varijante normalnih crta ličnosti, a neki poremećaji ličnosti su varijanta mentalnog poremećaja koja je hronična, pervazivna i sa ranim početkom.
3. Ličnost i psihopatologija mogu imati kauzalnu ulogu u razvoju odnosno etiologiji onog drugog - model etioloških, kauzalnih relacija.

Veliki broj istraživanja kao fokus ima neki od ovih modela relacije između ličnosti i psihopatologije. Zapravo pokušaj reintegracije ili povezivanja na empirijskoj osnovi normalne ličnosti i psihopatologije pokušava da opovrgne implicitnu tezu da su crte ličnosti i poremećaji manje-više distinktni fenomeni koji mogu biti na različite načine povezani. Međutim, tom odnosu se može pristupiti na fundamentalnijem, dubljem nivou i može se tvrditi da su crte ličnosti i sindromski poremećaji alternativne fenotipske manifestacije istog, bazičnog procesa, odnosno dispozicije.

Ubedljivi dokazi iz područja istraživanja „normalne“ ličnosti i stvaranje čvrstog konsenzusa o prednosti dimenzionalnih modela ličnosti, s jedne strane kao i sve oštrije kritike na račun kategorijalnih modela sindromskih poremećaja, sa druge strane, dovode do traganja i za novim načinom konceptualizovanja sindromskih poremećaja.

Kategorijalno odredjenje psihopatologije je najviše kritikovano zbog visokog preklapanja između kategorija (visok komorbiditet), heterogenosti unutar kategorija kao i gubitka relevantnih podataka o pojedinačnim slučajevima. Pristalice dimenzionalnog modela postaju sve uticajnije, te čak u DSM-IV-TR možemo naći da „ne postoji pretpostavka da je svaka kategorija mentalnog poremećaja u potpunosti diskretan entitet sa apsolutnim granicama koje ga odvajaju od ostalih mentalnih poremećaja ili od odusustva mentalnih poremećaja“ (APA, 2000).

Koje su prednosti dimenzionalnih modela? Pre svega to je rešavanje problema komorbiditeta (dakle dijagnoza podrazumeva povišenje na nekoliko dimenzija, čime se uvodi kontinuum između poremećaja), heterogenost unutar kategorija ne predstavlja problem jer se osoba procenjuje na više dimenzija i određuje se jedinstvena konstelacija simptoma, nema gubitka relevantnih informacija jer se ne previdjaju podaci o pacijentu koji se ne uklapaju u kategoriju.

Sa prevagom uverenja o nužnosti dimenzionalnih modela poslednjih decenija dolazi do značajnog porasta istraživanja i polja psihopatologije, ali iz drugačije perspektive. Naime, postavilo se pitanje (po ugledu na izučavanja normalne ličnosti) da li se faktorska analiza može upotrebiti i na sindromske poremećaje (poremećaje Ose I iz DSM-a) sa ciljem utvrđivanja bazičnih dimenzija psihopatologije. Da li postoje dimenzije višeg reda i u domenu psihopatologije? Da li su te dimenzije kvalitativno različite od bazičnih dimenzija „normalne“ ličnosti ili su svodive na njih? Različite istraživačke strategije i nezavisne grupe istraživača pokušali su da daju odgovore na pitanja u vezi strukture ličnosti, strukture mentalnih poremećaja i njihovog odnosa.

Jedna grupa istraživača tragala je za latentnim dimenzijama psihopatologije preko istraživanja obrazaca komorbiditeta najčešćih psihijatrijskih poremećaja. Druga grupa istraživača je tragala za latentnom strukturom instrumenata namenjenih proceni psihopatoloških entiteta sa ciljem da odgovori na pitanje o svodivosti tih dimenzija na bazične dimenzije ličnosti. To pitanje se može i reformulisati: da li se mere instrumenata namenjenih proceni psihopatologije mogu svesti na mere bazičnih dimenzija ličnosti?

1.4.1.1 Istraživanja latentne strukture mentalnih poremećaja

Literatura obiluje istraživanjima latentne strukture različitih sindromskih poremećaja ili grupa poremećaja. Najbrojnija su istraživanja strukture anksioznih, afektivnih i psihotičnih poremećaja. Precizno identifikovanje bazičnih dimenzija koje stoje u osnovi različitih poremećaja je prvi korak u daljem istraživanju njihovih etioloških, patofizioloških i kliničkih korelata.

U istraživanjima *psihotičnih poremećaja* (za razliku od anksioznih i depresivnih) i pored ubedljivih dokaza o većoj kliničkoj korisnosti dimenzionalnih modela nije postignuta saglasnost o broju bazičnih dimenzija. Naime, ne samo da dimenzionalni modeli obezbeđuju precizniji opis kliničkih karakteristika bolesti (na pr. Van Os i sar., 1996; 1997) već su se pokazali korisnijim i u predikciji toka bolesti i tretmana (Dikeos i sar., 2006; Peralta i sar., 2002; Hollis, 2000; Van Os i sar., 1996; prema Allardyce, Suppes i Van Os, 2007).

Najpopularniji dimenzionalni model shizofrenih simptoma je 3-dimenzionalni koji postulira 3 dimenzije: *pozitivni simptomi*, *negativni simptomi* i *dezorganizacija*, a koji su prvi opisali Bilder i sar. (1985) i Liddle (1987), a koji je i replikovao u većem broju istraživanja (Andreasen i sar., 1995). Faktor dezorganizacije se pokazao kao najmanje stabilan i najmanje replikabilan od ta tri faktora (Peralta i sar., 1994). Ako se uključe i mere afektivnih simptoma dobija se petofaktorska solucija sa dodatnim dimenzijama *manije* i *depresije* (Lindenmayer i sar., 2004; prema Allardyce, Suppes i Van Os, 2007). Kada se uzorak proširi tako da uključi čitav spektar psihotičnih poremećaja izdvaja se po pravilu petofaktorska solucija (Dikeos i sar., 2006; Kitamura i sar., 1995; Lindenmayer i sar., 2004; Mc Gorrz i sar., 1998; McIntosh i sar., 2001; Murray i sar., 2005; Serreti i sar., 2001; prema Allardyce, Suppes i Van Os, 2007). Drugi autori u svojim istraživanjima izdvajaju i veći broj faktora, čak do 12 faktora (van Kampen, 2006).

Serreti i Olgiati (2004) u svom novijem istraživanju na velikom uzorku pacijenata sa različitim psihotičnim poremećajima, kompariraju 6 potencijalnih faktorskih modela (sa brojem faktora od 1 do 5) i izdvajaju petofaktorsku soluciju kao najadekvatniju sa sledećim faktorima: *manija*, *pozitivni simptomi*, *dezorganizacija*, *depresija* i *negativni simptomi*.

Van der Gaag i sar. (2006) istražujući adekvatnost petofaktorske solucije na 25 prethodno publikovanih petofaktorskih rešenja za Skalu pozitivnih i negativnih

smtpoma (PANSS) zaključuju da je petofaktorska solucija optimalna. Ipak, različita istraživanja strukture simptoma merenih PANSS skalom davala su i drugačije faktorske solucije: sa tri faktora (*pozitivni sindrom, negativni sindrom i generalna psihopatologija* (Kay i sar., 1987), preko četvorofaktorskog rešenja imenovanog kao Piramidalni model (*negativni sindrom, pozitivni sindrom, uzbudjenje, depresivni simptomi*; Kay i Sevy, 1990), dok su drugi istraživači pokazali da se skala pozitivnih simptoma zapravo sastoji od pozitivnih simptoma i simptoma dezorganizacije (petofaktorska solucija).

Meta-analička studija Peralta i Cuesta (2001) pokazuje da i pored velikih napora u protekle dve decenije da se precizno izdvoje dimenzije shizofrenije, i uopšte psihotičnih poremećaja, rezultat nije jednoznačan, te da postoji veliki broj alternativnih dimenzionalnih modela. Autori analiziraju 17 istraživanja latentne strukture shizofrenih simptoma i pokazuju da broj faktora značajno varira (od dva do jedanaest). Autori smatraju da je to posledica različitih primenjenih metodologija (statističkih procedura koje su korišćene za ekstrakciju faktora, faze bolesti, nivoa analize simptoma odnosno da li su u analizu uključeni simptomi ili grupa simptoma, kao i vrsta instrumenta koja je korišćena).

Za razliku od odsustva konsenzusa u pogledu najboljeg dimenzionalnog modela koji stoji u osnovu različitih kliničkih manifestacija psihotičnih poremećaja odnosno shizofrenije, u oblasti izučavanja tzv. najčešćih psihijatrijskih poremećaja (pre svega afektivnih i anksioznih poremećaja) konsenzus je na pomolu.

Naime, Krueger-ov dimenzionalni model psihopatologije (Krueger, 1988, 1999; Krueger i Markon, 2006) proistekao iz strukturalnog modeliranja obrazaca komorbiditeta najčešćih psihijatrijskih poremećaja, postaje sve prihvaćeniji model psihopatologije. Medjutim, inicijalno model je ograničen na jednu grupu sindromskih poremećaja koji obuhvataju pre svega anksiozne i afektivne poremećaje, poremećaje zloupotrebe supstanci, poremećaje ponašanja i antisocijalni poremećaj ličnosti. Novija istraživanja ukazuju da se model može proširiti na somatoformne poremećaje, neurasteniju, hiponohdrijazu, sindrom bulimije kao i niz poremećaja kod dece i adolescenata (Krueger i sar., 2003; Slade i Watson, 2006) kao i na bipolarnu (Forbush i Watson, 2013), a pre svega shizofrene poremećaje Kotov i sar., 2011).

Krueger je, zapravo, krenuo od teze da se visok komorbiditet najčešćih psihijatrijskih poremećaja (što pokazuju brojne epidemiološke studije) može razumeti

kao „mogućnost“ ili „signal“ a ne metodološka teškoća, te da se treba ugledati na istraživače „normalne“ ličnosti. Krueger je smatrao da je neophodno pokušati da se na sličan način traga za bazičnim dimenzijama u oblasti psihopatologije odnosno latentnim dimenzijama koje stoje u osnovu manifestnih obrazaca komorbiditeta. „Komorbiditet možda pokušava da nam kaže da mnogi savremeni tretmani nisu u tolikoj meri tretmani za tranzitorna stanja („state“), poremećaje afekta ili anksioznosti već da su tretmani ključnih, osnovnih procesa kao što je negativan afektivitet, a koji ima i normalne i patološke varijacije“ (Krueger i sar., 2002, str.44).

Krueger smatra da dokazi iz epidemiologije, farmakologije i genetskih istraživanja podržavaju njegov diimenzionalni model psihopatologije. Oslanjajući se na istraživanja strukture psihopatologije u oblasti dečije psihopatologije Krueger i sar. (1998) su identifikovali dve široke dimenzije višeg reda koje stoje u osnovi različitih manifestnih poremećaja. U prvom istraživanju na uzorku adolescenata (N=1867), a zatim i na velikom uzorku odraslih ispitanika (N=8098) (Krueger, 1999) identifikovane dimenzije imenovane su kao: **internalizujuća dimenzija** (obuhvata različite anksiozne poremećaje, distimiju i major depresivni poremećaj) i **eksternalizujuća dimenzija** (koja obuhvata antisocijalni poremećaj ličnosti i poremećaje zloupotrebe supstanci).

Ovaj model replikovao je u brojnim studijama i na različitim uzorcima (Kendler, Davis i Kessler, 1997; Kessler i sar., 2005; Krueger, 1999; Krueger i Markon, 2006; Slade i Watson, 2006; prema Roysamb i sar., 2011; Vollebergh i sar., 2001; Slade i Watson, 2006). Krueger i Markon (2006) u meta-analitičkoj studiji komorbiditeta na ukupno 23 557 ispitanika dobijaju dvo-faktorsku strukturu koja je visoko kongruentna sa internalizujućim-eksternalizujućim modelom i predstavlja najsnažniji dokaz pretpostavljen latentne strukture. Internalizujući/emocionalni poremećaji i eksternalizujući /dezinhibicioni poremećaji su predloženi da reprezentuju dva glavna klastera za koje se predlaže da sačinjavaju meta strukturu buduće DSM-V klasifikacije (Andrews i sar., 2009; Krueger i South, 2009; prema Roysamb i sar., 2011).

U kakvoj su vezi te široke dimenzije psihopatologije sa ličnošću? Nekoliko istraživanja bavilo se ulogom ličnosti i temperamenta sa internalizujućom i eksternalizujućom dimenzijom psihopatologije (Krueger i sar., 2001; Clark, 2005; Krueger i Markon, 2006). Dosledno se pokazuje da su i internalizujuća i eksternalizujuća dimenzija povezane sa negativnom emocionalnošću (neuroticizmom) a

da je eksternalizujuća dimenzija dodatno povezana i sa dezinhibicijom (i niskom savesnošću, niskom kontrolom, niskom saradljivošću). Dakle i internalizujući i eksternalizujući poremećaji uključuju emocionalni distres, s tim što je on ispoljen „ka unutra“ kod internalizujućih (imaju normalan nivo restrikcije odnosno kontrole) i ispoljen „ka spolja“ kod eksternalizujućih jer je praćen niskom restrikcijom. Autori smatraju da su dimenzije ličnosti objedinjujući kontekst za sindromske poremećaje ličnosti i to na takav način da su internalizujući poremećaji povezani sa neuroticizmom-negativnom emocionalnošću, a eksternalizujući sa negativnom emocionalnošću i dezinhibicijom. Zaključuju da se dve široke dimenzije psihopatologije uklapaju u fundamentalne dimenzije temperamenta odnosno ličnosti i da predstavljaju endofenotipske vulnerabilnosti za određene mentalne poremećaje.

Dalje potvrde ovog modela dolaze iz genetskih istraživanja čiji rezultati (Kendler i sar., 2003; Kendler i sar, 1992;1996;1995;1993; Grove i sar., 1990 itd. prema Krueger, 1999) pokazuju da se mogu izdvojiti dva genetska faktora koji su povezana sa internalizujućom odnosno eksternalizujućom dimenzijom. Dakle, postoje genetski specifični etiološki doprinosi koji diferenciraju ta dva široka spektra poremećaja. Štaviše, postoje genetski odvojeni (ali korelirani) subfaktori u okviru internalizujućeg domena koji je više zasićen depresivnošću i generalizovanim anksioznim poremećajem i drugi koji više zasićuju fobije od životinja i situacione fobije. Dalje, ova istraživanja potvrđuju, da postoji specifični genetski faktori (vulnerabilnosti) koji su zajednički za poremećaje zavisnosti i antisocijalni poremećaj ličnosti. Svi ovi nalazi govore, zapravo, u prilog postuliranja dimenzionalnog modela psihopatologije sa širokim dimenzijama na vrhu (eksternalizujuća i internalizujuća) kao i dimenzijama nižeg reda. Stoga se u ovoj oblasti aktuelno sprovode detaljna istraživanja traganja za subfaktorima odnosno dimenzijama, facetima pojedinih grupa metalnih poremećaja.

Krueger i Markon (2006) zapravo predlažu hijerarhijski organizovan model komorbiditeta u kome se komorbiditet razume kao funkcija vulnerabilnosti za psihopatologiju koja mu leži u osnovi. Ovakva konceptualizacija psihopatologije nudi empirijski zasnovanu strukturu koja transcendirava navodne distinkcije koje postoje u organizacionoj shemi DSM-IV klasifikacije (na primer izmđu anksioznih i depresivnih poremećaja). Ovaj model sugerise da su specifični mentalni poremećaji zapravo

različite ekspresije vulnerabilnosti koje im stoje u osnovi i da se psihopatologija može strukturirati kontinualno i hijerarhijske pre nego kao diskretni i odvojeni poremećaji. Psihopatologija, smatraju Krueger i Markon (2006) je kontinualna po prirodi a ne kategorijalna, a poremećaji reflektuju stepenovani kontinuum vulenrabilnosti. Dakle, u sklopu teorijskih razmatranja o odnosu normalno-patološko ovaj model ističe kontinuitet između normalnog i abnormalnog funkcionisanja i razvoja ličnosti čime prevazilazi navodne distinkcije koje postoje između poremećaja sa Ose I i Ose II DSM klasifikacija odnosno između simptomatskih i poremećaja ličnosti (Krueger i sar., 2005).

Glavne prednosti ovog modela su što konceptualizuje i objašnjava komorbiditet koji postoji između poremećaja, zatim što obezbeđuje hijerhijsku strukturu komorbiditeta i psihopatologije kroz stepenovani kontinuum vulenrabilnosti, što se može upotrebiti za reorganizaciju meta-strukture dijagnostičkih sistema, koji bi dijagnoze grupisao u klastere na osnovu njihovih empirijskih sličnosti, a ne teorijskih pretpostavki na kraju, model ima kliničku upotrebljivost, jer tretman usmeren na spektar koji leži u osnovi specifičnih, manifestnih poremećaja može unaprediti i prognozu i prevenciju relapsa.

Jedan od glavnih zamerki ovom modelu jeste visoki komorbiditet između samih internalizujućih i eksternalizujućih poremećaja (Krueger, Markon i sar., 2005; Krueger, Watson i sar., 2005;2007). To ne dovodi u pitanje nužno validnost ovog model već samo ističe potrebu za rekonceptualizacijom tih dimenzija višeg reda (Lahey i sar., 2008; prema Luyten i Blatt, 2011). Drugi autori ukazuju da takav visoki komorbiditet navodi na razmatranje ideje o jednom generalnom faktoru psihopatologije (prema Luyten i Blatt, 2011). Dalje, zamerke se mogu odnositi na to što model ne precizira relaciju između poremećaja odnosno temporalno sekvencioniranje crta ličnosti ili vulnerabilnosti za pojavljivanje poremećaja.

Naravno, ovom dimenzionalnom modelu glavna zamerka koja se može uputiti jeste to što nisu uključeni i drugi mentalni poremećaji a pre svega psihotični poremećaji. Inicijalno istraživani su samo u populaciji najfrekventniji poremećaji, dakle psihotični nisu uzimani u analizu jer su manje česti opštoj populaciji. Novija israživanja pokušavaju da odgovore na pitanje šta se dešava ako se u analizu uključe psihijatrijski poremećaji koji imaju nižu stopu prevalencije, posebno kada se uključe psihotični poremećaji kao što su bipolarni ili shizofreni poremećaji.

Novija istraživanja (Kotov i sar., 2011, Forbush i Watson, 2013) pokazuju da se uključivanjem psihotične simptomatologije jasno izdvaja i treći faktor koji autori imenuju kao shizofreni ili psihotični klaster. S druge strane ranija istraživanja daju protivrečne podatke smestajući psihoze pod široki eksternalizujući faktor (Keshavan i sar. 2008, Rubino i sar., 2009; prema Kotov i sar., 2011) ili internalizujući faktor (Harkness i sar., 1999; Verona i sar., 2004; prema Markon, 2010).

1.4.1.2 Istraživanja latentne strukture instrumenata za procenu psihopatologije

U potrazi za odgovorom na pitanje da li su latentne strukture mentalnih poremećaja kvalitativno slične ili različite u odnosu na bazičnu strukturu ličnosti jedna grupa istraživača sprovedila je niz istraživanja latentne strukture „patocentričnih“ instrumenata.

U novijem istraživanju Sellbom, Ben-Porath, Yossef, i Bagby-a (2008) na revidiranim MMPI-2 kliničkim skalama (konstruisanim na faktorsko analitičkom pristupu i sa ciljem da svaka skala meri distinktnu formu psihopatologije) istraživači su faktorisanjem MMPI-2 revidiranih kliničkih skala izdvojili tri faktora koje su imenovali kao Eksternalizujući, Internalizujući i faktor Poremećaja mišljenja. Kada su dobijeni faktori korelirani sa NEO-PI-R domenima i facetima, Neuroticizam je korelirao i sa Eksternalizujućim i sa Internalizujućim faktorom (.56 i .33) ali su toj korelaciji doprinosili različiti faceti NEO-PI-R-a. MMPI-2 Eksternalizujući faktor je naj snažnije korelirao sa N facetima hostilnost i impulsivnosti, a Internalizujući faktor sa facetima anksioznosti, depresivnosti i socijalne nelagodnosti. Internalizujući faktor je bio visoko i negativno koreliran sa Ekstraverzijom i umereno i negativno sa Savesnošću. S druge strane Eksternalizujući faktor je bio snažno i negativno povezan sa Saradljivošću i umereno sa Savesnošću i umereno i pozitivno sa Neuroticizmom. Zanimljivo je da je faktor Poremećaja mišljenja bio povezan samo sa dva faceta sa dimenzije Otvorenosti i to sa vrednostima i poverenjem. Zaključak istraživača jeste da se MMPI revidirane kliničke skale mogu uklopiti u Petofaktorski model ličnosti. Ono što možemo dodati jeste da su autori propustili da primete da se faktor Poremećaja mišljenja očigledno nije dobro „mapirao“ u petofaktorski model.

Drugi važan zaključak ovog istraživanja je replikacija Kruegerovog dimenzionalnog modela psihopatologije, pri čemu ovo istraživanje nudi i snažan empirijski podatak o izdvajanje faktora Poremaćaj mišljenja koji nije obuhvaćen Kruegerovim modelom. Sellbom i sar. (2008) smatraju da indikatori sumanutog mišljenja i aberantnih doživljavanja formiraju svoj faktor sa specifičnim etiološkim mehanizmima koji mu leže u osnovi, koji očigledno ostaje izvan prostora Velikih pet.

PAI, kao noviji instrument, do sada nije značajnije korišćen u istraživanjima ove vrste. Nama je poznat samo jedan skorašnji rad u kome je tragano za zajedničkom latentnom strukturom PAI-a kao mere psihopatologije i NEO-PI-R-a kao mere ličnosti. Blais (2010) je preko mera ova dva instrumenta zapravo tragao za zajedničkom latentnom strukturom normalne ličnosti i psihopatologije. Kao sekundarni cilj istraživanja bilo je poredjenje dobijene faktorske strukture sa hijerarhijskim modelom ličnosti Markon, Krueger i Watson (2005). Na uzorku studenata (N=150) faktorska analiza pokazala je 3 faktora koje zasićuju skale sa oba instrumenta. Po autoru, dobijeni faktori odgovaraju Big three dimenzijama Pozitivne emocionalnosti, Negativne emocionalnosti i Dezinhibicije iz Markon-ove hijerarhije (2005) smatrajući da se dobijeni faktori mogu na smisaoni način integrisati natrofaktorski nivo predložene hijerarhije.

1.4.1.3 Pitanje svodivosti mera psihopatologije na bazične dimenzije ličnosti

Slična strategija u izučavanju odnosa dimenzija ličnosti i psihopatologije jeste preko istraživanja koja se bave pitanjem da li se mere koje leže u osnovi različitih psiholoških instrumenata razlikuju na uzorcima kliničke i nekliničke populacije odnosno da li su latentne strukture iste ili različite. To je zapravo pokušaj odgovora na pitanje da li su prostori normalnosti i abnormalnosti isti ili različiti.

U pokušaju da odgonetnu u kakvoj su vezi mere normalne ličnosti sa patološkim dimenzijama O'Connor (2002) je u meta-analizu uključio 37 matrica korelacija i faktorskih zasićenja iz ranijih istraživanja. Istraživanje je obuhvatilo širok spektar instrumenata za procenu psihopatologije, zapravo gotovo sve akuelno korišćene mere za procenu psihopatologije (uključujući i MMPI, TCI, MCMI, PAI, različite skale samo-procena itd.) kao i mere za procenu bazičnih dimenzija ličnosti (NEO-PI-R, CPI, 16PF).

Rezultati su ubedljivo potvrdili visoku kongruenciju broja i strukture faktora na ovim merama i za kliničku i za nekliničku populaciju. Autor zaključuje da inventari namenjeni proceni psihopatologije (koji često i sadrže skale sa kliničkim nazivima) zapravo mere dimenzije koje mere i inventari namenjeni proceni „normalnih“ dimenzija ličnosti. Dakle, ne možemo govoriti o normalnim“ i „patološkim“ dimenzijama ličnosti, očigledno postoji samo jedan zajednički prostor definisan istim brojem sličnih dimenzija.

1.4.1.4 Istraživanja relacije FFM-a i sindromskih poremećaja

Petofaktorski model kao opšteprihvaćeni dimenzionalni model ličnosti najviše je korišćen u istraživanjima odnosa strukture ličnosti i patologije. Relacija FFM-a i sindromskih poremećaja najviše je ispitivana u odnosu na anksiozne i afektivne odnosno depresivne poremećaje, a mnogo manje u odnosu na psihotične poremećaje.

Veliki broj istraživanja potvrđuju da bazične dimenzije ličnosti pokazuju robusne, merljive i psihološki smislaone veze sa poremećajima sa Ose I. Tako novija meta-analička studija (Malouff, Thorsteinsson i Schutte, 2005) relacije između FFM-a i simptoma različitih kliničkih poremećaja empirijski evaluira relaciju između crta ličnosti i psihopatologije. U studiju su uključena 33 nezavisna istraživanja pri čemu su uključene studije koje su ispitivale relacije između bazičnih dimenzija ličnosti (FFM) i različitih mentalnih poremećaja (anksiozni i afektivni poremećaji, poremećaji zloupotrebe supstanci, shizofrenija). U studiji su uključena istraživanja sa različitim merama FFM-a ali samo na nivou širokih dimenzija jer istraživanja na nivou faceta nisu u toj meri brojna da bi mogla biti uključena u meta-analizu. Autori zaključuju da su visok Neuroticizam, niska Savesnost, niska Saradljivost i niska Ekstraverzija u značajnoj realciji sa simptomima različitih sindromskih poremećaja. Dakle, istraživanja pokazuju da samo domen Otvorenosti ne pokazuje dosledno povezanost sa simptomima različitih mentalnih poremećaja. Najistaknutija je relacija N domena koja pokazuje da u proseku osoba sa specifičnim setom kliničkih simptoma ima za 0.92 standarnde devijacije viši skor na N domenu od kontrolne grupe. Te veze su bile umerne za C, E i A, i neznačajne za O domen.

Dakle profil ispitanika sa različitim poremećajima sa Ose I se sastoji od visokog Neuroticizma ($d=0.92$), niske Savesnosti ($d=-0.66$), niske Ekstraverzije ($d=-0.41$) i niske Saradljivosti ($d=-0.38$). Dakle, samo domen Otvorenosti nije pokazao supstancijalnu povezanost sa simptomima poremećaja. Sličan obrazac pronađen je kroz različite uzorke dakle nezavisno od uzorka (kliničke, nekliničke, mere samo-procene i procene opserversa, različite mere FFM-a) što potvrđuje robusnost nalaza.. Malouff i sar. dalje pokazuju da su se bazične dimenzije Ekstraverzije, Saradljivosti i Neuroticizma pokazali kao značajni moderatori što zapravo znači da ti domeni razlikuju međusobno mentalne poremećaje. Eksternalizujući simptomi imaju obrazac crta ličnosti koji karakterišu vrlo visoka E, niska A i nizak N. Ovaj profil se i najviše razlikuje od tipičnog profila za sve poremećaje zajedno. Dalje, simptomi anksioznih poremećaja su (pozitivno, a ne negativno) povezani sa Saradljivošću, a simptomi afektivnih poremećaja sa značajno nižom E (u poredjenju sa drugim poremećajima).

U najnovijem meta-analitičkom istraživanju (Kotov i sar., 2011) koje je uključilo 175 studija autori su istraživali povezanost bazičnih dimenzija ličnosti sa anksioznim, depresivnim i poremećajima zloupotrebe supstanci. Svi navedeni poremećaji su povezani sa visokim Neuroticizmom i niskom Savesnošću, dok su Ekstraverzija, Saradljivost i Dezinhibicija demonstrirali specifičnije veze. Otvorenost nije bila značajno povezana sa mentalnim poremećajima.

Odnos *FFM-a i psihotičnih poremećaja* je mnogo manje istraživano. Aktuelno je sve ubedljiviji stav da petofaktorskom modelu nedostaje sadržaj za detekciju i opis psihotične simptomatologije. Tako na primer, Beutchamp i sar. (2006) istražuju mogućnost identifikovanja psihotičnog profila ličnosti (preko NEO-PI-R operacionalizacije petofaktorskog modela) kod pacijenata nakon prve psihotične dekompenzacije. Izdvojili su tri profila koji su se međusobno razlikovali, ali nijedan nije bio u relaciji sa težinom kliničke slike. Stoga autori zaključuju da se ispitanici razlikuju prema bazičnim osobinama ličnosti i kada dele ist ili sličnu kliničku simptomatologiju i da se zapravo ne može identifikovati „psihotičan profil ličnosti“.

Kentros i sar. (1997) su na malom uzorku shizofrenih ispitanika ($N=21$) tragali za „sch“ profilom, ličnosti pomoću pet bazičnih dimenzija. Pokazalo se da čak 3 dimenzije (E,O i A) ne diferenciraju shizofrene ispitanike od kontrolne grupe. Shizofreni pacijenti imali su u proseku više skorove na N domenu i niže skorove na C

domenu na NEO-Pi-R instrumentu. Zanimljiv je nalaz da pozitivni simptomi shizofrenije nisu bili u relaciji sa stabilnošću NEO-PI-R (test retest period od 6 meseci) ali da su negativni simptomi imale značajnu povezanost sa stabilnošću NEO-PI profila, te autori zaključuju da su negativni simptomi „nalik crtama“.

Bagby i sar. (1997) u svom istraživanju imali su za cilj traganje za razlikama na bazičnim dimenzijama ličnosti (merenih NEO-PI-R-om) kod ispitanika sa unipolarnom depresijom, bipolarnim poremećajem i shizofrene grupa ispitanika. Nisu pronašli razlike između tri ispitivane grupe na dimenzijama N i C. Shizofreni pacijenti su imali niže skorove na A dimenziji (u poredjenju sa depresivnim ispitanicima) i niže skorove na facetima osećanja, vrednosti i akcije sa domena Otvorenosti u odnosu na druge dve grupe ispitanika.

Furukawa i sar. (1998) su nastojali da detektuju premorbidne crte ličnosti kod pacijenata sa različitim dijagnozama uključujući i dijagnozu shizofrenije (preko procena opserversa koji su retrospektivno procenjivali osobine ličnosti ispitanika preko NEO-PI-R-a; procenjivali su ličnost ispitanika pre psihotične dekompenzacije). Njihovi rezultati pokazuju da sve grupe pacijenata uzete zajedno imaju značajno viši nivo Neuroticizma i niži nivo Savesnosti od kontrolne grupe (ispitanika bez poremećaja), ali da mali broj crta značajno razlikuje pojedinačne grupe ispitanika od kontrolne ili drugih grupa ispitanika. Dakle, nema nijedna crta ličnosti koja razlikuje određenu dijagnostičku grupu od druge grupe ili kontrolne grupe. Autri jasno zaključuju da u primarnu shizofrenu grupu ispitanika nema karakteristične crte koja bi je razlikovala od drugih poremećaja ili kontrolne grupe. Štaviše, diskriminativna analiza je pokazala da diskriminativna moć tih premorbidnih crta nije dovoljno jaka da tačno klasifikuje poremećaje.

Gurrerra i sar. (2000) su takodje poredili uzorak shizofrenih ispitanika i kontrolnu grupu i pronašli da se kod shizofrenih registruju statistički značajno povišenje na N domenu i sniženje na C domenu. Ostali dimenzije ličnosti se nisu statistički značajno razlikovale u grupi shizofrenih i kontrolnoj grupi „zdravih“ ispitanika.

Nešto drugačije rezultate saopštava Camisa i sar. (2005) jer u njihovom istraživanju pronalazi značajne razlike između grupe shizofrenih i kontrolne grupe zdravih na četiri bazične dimenzije ličnosti (merene NEO-PI-R-om) i to tako što grupa shizofrenih i shizoafektivnih ispitanika ima povišen Neuroticizam, nižu ekstraverziju, nižu Otvorenost i nižu Savesnost. Dalje, autori pokazuju kako se shizofreni pacijenti

možu razlikovati od pacijenata sa kalstera A poremećaja ličnosti na osnovu dimenzija ličnosti.

Nekoliko istraživanja se bavilo pitanjem inkrementalne validnosti NEO-PI-R-a kao mere petofaktorskog modela za procenu različitih psihopatoloških modaliteta. Ukratko će biti prikazano samo nekoliko koja dosledno pokazuju da NEO-PI-R pruža nove informacije u odnosu na instrumente za procenu psihopatologije, ali ne i svih oblika psihopatologije.

Reynolds i Clark (2001) su pokazali inkrementalnu validnost NEO-Pi-R-a u odnosu na inventar za procenu poremećaja ličnosti (SNAP; Clark, 1993). Povežanje prediktivne validnosti dodavanjem NEO faceta SNAP dimenzijama registrovano je za 5 od 13 poremećaja ličnosti uključenih u istraživanje. Oba instrumenta objašnjavaju približno istu proporciju varijanse u skorovima poremećaja ličnosti, pri čemu NEO bolje objašnjava izbegavajući poremećaj ličnosti, a SNAP opsesivno-kompulsivni.

Quirk, Christiansen i Wagner (2003) na velikom uzorku pacijenata sa primarnom dijagnozom bolesti zavisnosti (N=1342) proveravaju inkrementalnu validnost NEO-PI-R-a u odnosu na MMPI-2 (kao najčešće upotrebljivan inventar za procenu psihopatologije). NEO domeni povećavali su prediktivnost skorova sa MMPI-2 skala za svih 9 poremećaja, a klasifikacionu tačnost MMPI-a su povećali ukupno za 5%. Na osnovu toga autori zaključuju da FFM ima dodatni sadržaj u odnosu na različite poremećaje. Još jedna rezultat njihovog istraživanja koji je bivaži odnosi se na to da su korelacije između hizofrenih poremećaja i bazičnih dimenzija ličnosti bile veoma niske osim na facetu vrednosti sa O domena.

De Fruyt i sar.(2006) su istraživali inkrementalnu validnost NEO-PI-R-a i Cloningerovog TCI inventara ličnosti u predikciji poremećaja ličnosti. Na nivou dimenzija višeg reda nema razlike u prediktivnoj validnosti ova dva instrumenta, na nivou faceta NEO-PI-R je povećao prediktivnu validnost TCI za 7 od 11 poremećaja, a TCI u odnosu na facete NEO PI R-a za 4 od 11 poremećaja.

Grupa naših istraživača (Djurić-Jočić i sar. 2004) takodje je potvrdila slabost petofaktorskog modela u proceni nekih oblika psihopatologije. Naime, proveravajući snagu petofaktorskog modela u dijagnostikovanju mentalnih poremećaja na grupi psihotičnih, nepsihotičnih pacijenata i ispitanika bez dijagnoze menatnog poremećaja pokazala da je NEO-PI-R slab instrument kada je u pitanju razlikovanje psihopatoloških

grupa od „normalnih“ ispitanika, a još slabiji kada je reč o detektivanju ličnih predispozicija koje stoje u osnovi različitih psihopatoloških manifestacija. Naime, na nivou bazičnih dimenzija ličnosti, NEO-PI-R nije imao gotovo nikakvu diskriminacionu moć jer nije mogao da razlikuje ni jednog psihotičnog ispitanika od nepsihotičnih ili „zdravih“, dok je na nivou faceta diskriminativnost poboljšana za svega 8,2% tačno kalsifikovanih psihotičnih ispitanika.

Biljana Šaula Marojević (2007) u svom istraživanju potvrđuje nediskriminativnost NEO-PI-R domena u psihotičnom spektru. Naime, u ovom istraživanju na osnovu domena NEO-PI-R-a shizofreni ispitanici su češće klasifikovani kao zdravi nego kao shizofreni, a gotovo dva puta češće su klasifikovani kao nepsihotični nego kao shizofreni. Najupadljivija neosetljivost domena NEO PI-R-a je prema grupi drugi psihotični jer nije prepoznao i tačno klasifikovao ni jednog ispitanika iz ove grupe.

Dakle, rezultati nekih istraživanja pokazuju da petofaktorskom modelu nedostaje sadržaj koji bi bio osetljiv na psihopatološka ispoljavanja. Ranije su autori (Widiger i Trull, 1992; Knežević i sar., 2003) iznosili stavove da u okviru Velikih pet ne postoji značajna dimenzija čiji bi sadržaj odgovarao Ajzenkovom konceptu psihotocizma, Claridge-ove shizotipije ili konceptu disocijativnog poremećaja ličnosti iz DSM-IV klasifikacije mentalnih poremećaja. Tako Widiger i Trull (1992) razmatrajući obuhvatnost petofaktorskog modela u opisivanju shizotipalnog poremećaja ličnosti pokazuju kako samo facet poverenja iz NEO modela opisuje navedeni poremećaj. Widiger i Trull (1992) predlagali su proširenje O i A faktora indikatorima ekstremnosti na ovim dimenzijama. Oni smatraju da model nema čime da bude osetljiv na prisustvo, a još manje na diferenciranje različitih psihopatoloških fenomena. Diskriminativni potencijal NEO-PI-R-a u odnosu na značajne psihopatološke manifestacije može se popraviti samo istovremenim korišćenjem i drugih instrumenata osetljivih na raznovrsne indikatore dezorganizacije konativnog sistema.

1.4.2 Relacija ličnosti i poremećaja ličnosti

Kao što je već rečeno, nakon decenija odvojenih istraživanja, poslednje tri decade donose približavanje oblasti istraživanja univerzalnih dimenzija ličnosti i još jedne oblasti psihopatologije, odnosno poremećaja ličnosti tj. patoloških dimenzija

ličnosti. Ovome je u najznačajnoj meri doprineo sve uticajniji dimenzionalni pristup u konceptualizovanju poremećaja ličnosti, a koji je iniciran ubedljivim kritikama kategorijalnog odredjenja poremećaja ličnosti. Naime, nekoliko decenija unazad traje debata, ne samo medjuistraživačima, već i izmedju kliničara, o tome da li je kategorijalni sistem dijagnostikovanja mentalnih poremećaja, a naročito poremećaja ličnosti klinički koristan i da li na adekvatan način obuhvata „pravu prirodu“ ove forme psihopatologije (Livesley, 1985; Widiger i Frances, 1985). Iako debata još uvek traje, bez definitivnog konsenzusa, većina autora priznaje da su empirijski dokazi na strani dimenzionalnih modela.

Aktuelna DSM i ICD klasifikacije poremećaja ličnosti nastale su iz kliničkih iskustava i istraživanja koja su bila u potpunosti odvojena od istraživanja bazične strukture ličnosti i zasnovane su na kategorijalnom odredjenju mentalnih poremećaja. Ipak, već DSM-IV-TR priznaje da „kategorijalnom odredjenju alternativna perspektiva jeste dimenzionalna perspektiva koja poremećaje ličnosti vidi kao maladaptivne varijante crta“ (Američka psihijatrijska asocijacija, 2000, str. 689). Štaviše, Američka psihijatrijska asocijacija i Američki nacionalni institut za mentalno zdravlje su pregledali i ocenili mnoga pitanja vezana za buduću DSM-V klasifikaciju i zaključili da „postoji jasna potreba za dimenzionalnim modelima koje treba razviti i da treba ispitati njihovu korisnost u odnosu na postojeće tipologije“ (Rounsaville i sar., 2002, str.13) pri čemu je poseban naglasak stavljen na dimenzionalne modele poremećaja ličnosti.

Limitacije DSM dijagnoza poremećaja ličnosti su već uveliko poznate (i slične kritikama kategorijalnog odredjenja mentalnih poremećaja uopšte) i više puta dokumentovane. Kreću se od toga da se zanivaju na neadekvatnoj empirijskoj osnovi, preko ekscesivnih dijagnostičkih preklapanja i arbitrarnih i nekonzistentnih granica izmedju dijagnostičkih kategorija, do nedovoljne obuhvatnosti. S druge strane, prednosti dimenzionalnih modela poremećaja ličnosti su, izmedju ostalih, to da obebeđuju pouzdanije skorove (i izmedju procenjivača i temporalne), pomaže u razumevanju heterogenosti simptoma i nedostatka jasnih granica izmedju kategorijalnih dijagnoza, ne gube se informacije naročito o „graničnim“ slučajevima, fleksibilniji je i prilagodljiviji kliničkim potrebama, izbegava se problem preklapanja kategorija....Ipak, najsnažniji je empirijski argument da dimenzionalni modeli zapravo tačnije odražavaju realnu strukturu i disitribuciju crta ličnosti i njihovu povezanost sa psihopatologijom.

Veliki zamah povezivanju davno razdvojenih oblasti izučavanja ličnosti psihopatologije dolazi iz velike ekspanzija petofaktorskog modela i njegova pretenzija da bude sveobuhvatan model ličnosti, koji će obuhvatiti i tzv. dimenzije normalne i abnormalne ličnosti. „Primena modela crta ličnosti na konceptualizaciju poremećaja ličnosti je utrla put toliko potrebnoj integraciji onoga što su bila odvojena naučna istraživačka polja kroz ceo XX vek“ (Ball, 2001, prema Mullings-Sweat i Widiger, 2006).

U savremenoj literaturi izuzetno je velik broj istraživanja sa ciljem iznalaženja alternativnog dimenzionalnog modela za rekonceptualizaciju kategorijalnog modela poremećaja ličnosti. Ova istraživanja se kreću u dva pravca. Prvi se odnosi se na traganje za latentnim dimenzijama odnosno komponentama koje leže u osnovi simptoma i sindroma poremećaja ličnosti. Cilj ove grupe istraživača jeste dostizanje konsenzusa oko dimenzionalnog, alternativnog modela poremećaja ličnosti odnosno bazičnih dimenzija koje stoje u osnovi svih poremećaja ličnosti (najčešće operacionalizovanih DSM kriterijumima). Drugi istraživački pravac u ovoj oblasti bazira se na proširenom shvatanju dimenzionalnosti odnosno na pretpostavki o dimenzionalnosti na relaciji normalno-patološko. Ova heterogena grupa istraživača zapravo testira mogućnost različitih dimenzionalnih modela ličnosti (baziranih na „univerzalnim crtama ličnosti“, kao što je na primer petofaktorski model) da inkorporiraju simptome i sindrome poremećaja ličnosti.

1.4.2.1 Dimenzionalni modeli poremećaja ličnosti

U traganju za dimenzionalnim, alternativnim modelom poremećaja ličnosti različiti autori su kretali od različitih teorijskih i konceptualnih polazišta. Widiger i Simonsen (2005) identifikuju čak 18 alternativnih dimenzionalnih modela poremećaja ličnosti. Da bismo ih sažeto prikazali, u ovom radu smo ih klasifikovali u tri široke grupe, pri čemu smo izostavili pokušaje „dimenzionalizacije“ postojećih (ili donekle revidiranih) dijagnostičkih kategorija (pr. Oldham i Sokol, 2000; Tyrer i Johnson, 1996; Westen i Shedler, 2000) jer to zapravo i nisu dimenzionalni modeli ličnosti u pravom smislu te reči.

Prva grupa autora nastoji da postojeći set dijagnostičkih kriterijuma (najčešće iz DSM klasifikacija) reorganizuje u korisne i empirijski identifikovane dimenzije poremećaja ličnosti. Osnovna ideja je da se identifikuju crte ličnosti koje stoje u osnovi konstrukata poremećaja ličnosti, a da se zatim obezbedi deskripcija patologije ličnosti iz „crtističke“ perspektive. Sama metodologija se donekle razlikovala: jedan broj istraživača radio je faktorske analize skorova ili procena na kriterijumima/konstruktima DSM klasifikacije poremećaja ličnosti, sa ciljem da identifikuje dimenzije koje im leže u osnovi; alternativno, neki istraživači su radili klaster analize niza deskriptora simptoma i crta sa ciljem identifikovanja glavnih dimenzija koje stoje u osnovi tih simptoma i crta. U okviru ovog pristupa ističu se 4 modela (prema Trull, 2005):

1) Dimenzionalni model ličnosti– DAPP-BQ (Livesley i Jackson, 1986; Livesley i sar., 1987)

Dimenzionalni model patologije ličnosti Livesley i sar. nastao je iz istraživanja Livesley, Jackson i Schroeder-a (1989) koji su pošli od sveobuhvatnog pula ajtema koji se odnose na različita ponašanja i crte karakteristične za različite poremećaje ličnosti (prikupljenih iz različitih izvora), a zatim faktorskom analizom izdvojili latentne faktore koji im stoje u osnovi. Rezultat je 18-dimenzionalni model poremećaja ličnosti koje je operacionalizovan kroz self-report instrument pod imenom Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley i Jackson, 2004). Zapravo, u nastojanju da konceptualizuju model abnormalne ličnosti ovi autori su kao strategiju koristili postupak sličan leksičkoj analizi: tragali su za reprezentativnim uzorkom crta ili simptoma koji se koriste za opisivanje poremećaja ličnosti, a zatim, faktorsko analitičkim metodama, izdvojili dimenzije višeg reda.

Njihov model poremećaja ličnosti sadrži 18 dimenzija nižeg reda relevantnih za opis poremećaja ličnosti i to su: afektivna nestabilnost, anksioznost, bezosećajnost, kognitivne distorzije, kompulsivnost, problemi ponašanja, problemi identiteta, nesigurno vezivanje, problemi intimnosti, narcizam, opozicionizam, odbacivanje, restriktivna ekspresivnost, samo-ugrožavajuće ponašanje, socijalno izbegavanje, potraga za stimulusima, submisivnost i sumnjičavost. Na osnovu dimenzija nižeg reda dosledno su ekstrahovali 4 faktora višeg reda i to su: emocionalna disregulacija, disocijalno ponašanje, inhibovanost i kompulsivnost.

Najveći broj istraživanja ovog modela PL-ova išao je u pravcu provere njegovog odnosa sa drugim modelima ličnosti. Ono što se može zaključiti na osnovu tih istraživanja jeste da 18-to dimenzionalni model operacionalizovan DAPP-BQ-om je pouzdan relevantan i za kliničke i za nekliničke populacije. Dalje, faktori višeg reda korespondiraju sa dimenzijama koje teoretičari ličnosti već decenijama prepoznaju kao relevantne za opis „normalne“ ličnosti (Widiger, 1998), pri čemu je dosledno potvrđivana povezanost sa 4 dimenzije iz Petofaktorskog modela, osim otvorenosti (Schroeder i sar., 1992; Tromp i Koot, 2010; Larston i sar., 2006; Maruta i sar., 2006). Studije na blizancima pokazuju da su i dimezije višeg i dimenzije nižeg reda heritabilne i da se zapravo radi o supstantivnim dimenzijama koje leže ispod vidljivih manifestacija poremećaja ličnosti (Livesley i sar., 1998; Jang i Livesley, 1999).

Ovaj model je aktuelno jedan od najuticajnijih modela poremećaja ličnosti, koji se veoma opsežno istražuje i koji je pokazao zadovoljavajuće karakteristike kako u pogledu sadržinske tako i konstruktivne validnosti. Medjutim, kao i drugi dimenzionalni modeli poremećaja ličnosti, DAPP model ne sadrži dimenziju otvorenost, ali sadrži neke druge dimenzije nižeg reda koje nisu obuhvaćene Petofaktorskim modelom.

Stoga su Tackett, Silberschmidt, Krueger i Sponheim (2008) artikulisali prošireni dimenzionalni model patologije ličnosti, kao svoj odgovor na zamerku da široko prihvaćeni model poremećaja ličnosti sa četiri dimenzije (koje predstavljaju zapravo maladaptivne varijante domena iz petofaktorskog modela uz isključivanje faktora otvorenosti) ne pokrivaju karakteristike poremećaja ličnosti sa tzv. klastera A poremećaja ličnosti DSM klasifikacije. Na uzorku rodjaka prvog stepena osoba obolelih od shizofrenije, shizoafektivnog i bipolarnog poremećaja (N=240) faktorskom analizom tragali su za najboljom dimenzionalnom strukturom mera dobijenih sa dimenzionalnog instrumenta za procenu poremećaja ličnosti (DAPP), Chapman-ove mere sklonosti ka psihozi i mere shizotipalnih karakteristika. Ekstrahovana je petofaktorska struktura sa dodatnim faktorom **Čudnovatost (Peculiarity)** uz uobičajene faktore (Introverzija, Emocionalna disregulacija, Antagonizam i Kompulsivnost). Autori smatraju da dobijena petofaktorska struktura patologije ličnosti uspešnije pokriva i fenomene povezane sa poremećajima ličnosti sa klastera A DSM klasifikacije, posebno perceptivne aberacije i kognitivne distorzije koje su za njih karakteristične.

2) *Clark-ov tripartitni model ličnosti - SNAP* (Clark, 1993, Harlan i Clark, 1999)

Proces nastanka Clark-ovog modela patologije ličnosti koji je operacionalizovan instrumentom poznatim pod imenom The Schedule for Nonadaptive and Adaptive personality (SNAP, Clark, 1993) je dosta sličan procesu konstrukcije DAPP-BQ testa odnosno modela poremećaja ličnosti Livesley i sar. Clark je naročitu pažnju pridavao procedurama konstrukcije testa da bi obezbedio dobru sadržinsku i konstrukt validnost. Dimenzije u Clark-ovom modelu i konceptualno i sadržinski su slične dimenzijama iz modela Livesley i sar. (Clark i Livesley, 2002; Clark i sar., 1996). Clark-ov model obuhvata 12 dimenzija maladaptivnog funkcionisanja ličnosti (nepoverenje, manipulativnost, agresivnost, samo-povredjivanje, ekscentrične percepcije, zavisnost, egzibicionizam, pravednost, samostalnost, impulsivnost, preciznost, sklonost preteranom radu) koje se dalje grupišu u *tri dimenzije višeg reda* i to: negativni temperament, pozitivni temperament i dezinhibicija/konstrikcija.

Brojna istraživanja potvrdila su relaciju ovih dimenzija sa dimenzijama višeg reda iz drugih modela (na pr. Watson i Tellegan-ovim negativnim afektivitetom, pozitivnim afektivitetom i konstrikcijom) kao i petofaktorskim modelom (Clark i Livesley, 2002) ili modelom patologije ličnosti Livesley i saradnika (Clark i sar., 1996). Zajednička faktorska analiza SNAP i DAPP dimenzija pokazala je da se mogu izdvojiti 4 dimenzije „koje korespondiraju sa dobro poznatim dimenzijama neuroticizma, introverzije, (niske) saradljivosti (agresivnosti/hostilnosti) i niske savesnosti (impulsivnosti) „. (Clark i sar., 1996; str. 300). Prednosti ovog modela jeste što uključuje i tzv. normalne crte ličnosti (pozitivni afektivitet, konstrikcija). Najveća zamerka ovom modelu jeste da se previše oslanja na DSM kalsifiakciju PL-ova te da je neosetljiv na patologiju ličnosti koja nije obuhvaćena DSM klasifikacijom.

3) *PSY 5* (Harkness i Mc Nulty, 1994)

Harkness i McNulty (1994) smatraju da poremećaji ličnosti zahtevaju novi ili modifikovani deskriptivni model jer se simplifikovano prenošenje strukturalnih modela normalne ličnosti u pokušaju deskripcije patologije ličnosti pokazalo kao neefikasno prevashodno jer dovodi do gubitka relevantnih informacija. U pokušaju da daju svoj odgovor na pitanje koji set psihološki interpretabilnih dimenzija maksimalno pokriva

markere poremećaja ličnosti, autori daju odgovor kroz svoj model poznat pod imenom Personality Psychopathology Five – PSY-5.

Primenjujući pristup analogan pristupu koji je korišćen u traganju za bazičnim dimenzijama normalne ličnosti Harness i McNulty su počeli od entiteta sadržanih u dijagnostičkim kriterijumima za dijagnostikovanje poremećaja ličnosti kao i širokog spektra deskriptora „normalne, ličnosti. Na uzorku od 207 studenata faktorskom analizom izdvaja se struktura sa 5 dimenzija: agresivnost, psihoticizam, kontrola/restrikcija, negativna emocionalnost/neuroticizam i pozitivna emocionalnost/ekstraverzija. Autori smatraju da se njihov model razlikuje od petofaktorskog modela „normalne“ ličnosti. Dva modela dele dve slične dimenzije: neuroticizam i ekstraverziju dok agresivnost obuhvata ekstremni negativni pol dimenzije saradljivost. Restrikcija i psihoticizam su, po autorima, fundamentalno različiti u odnosu na ostale dve dimenzije iz petofaktorskog modela.

PSY-5 model je replikovao u više istraživanja (Tackett i sar., 2008; Watson i sar., 2008) a dimenzije kongruentne sa PSY-5 modelom ušle su u nacrt nove DSM-V klasifikacije kao jedna od najznačajnijih novina. PSY-5 skale se skoruju sa određenim ajtema MMPI-2 instrumenta (Butcher i sar., 2001) i rekonstruisanih RF skala sa MMPI-2 instrumenta (Ben-Porath i Tellegan, 2008).

Ovaj model je relevantan po izdvajanju dimenzije psihoticizma. Autori ističu da njihova dimenzija osim pozajmljenog imena nema ništa zajedničko sa Eysenck-ovim psihoticizmom. Smatraju da se ova dimenzija odnosi na verovatnoću kojom će unutrašnji modeli (interne reprezentacije) spoljašnje realnosti odgovarati spoljašnjem socijalnom i setu objekata. Autori navodi da je njihova dimenzija usko povezana sa Chapmanovim (Chapman i Chapman, 1987; prema Harkness i Mc Nulty, 1994) konceptualizacijama i operacionalizaciji sklonosti ka psihozi pre svega aspektu perceptivnih aberacija i magijskog mišljenja. Dalje, u svojoj strukturalnoj analizi sugerišu povezanost sa Tellegen-ovim (1982; prema Harkness i Mc Nulty, 1994) primarnim faktorom absorbcije. Apsoorbicija se odnosi na mišljenje „udaljeno od realnosti“, odnosno „preferencije ili tendencije da se istakne primarni proces nasuprot sekundarnog procesa mišljenja.“ (str. 307, Harkness i Mc Nulty, 1994). Psihoticizam obuhvata redukovani kontakt sa realitetom, neuobičajene, čudne percepte i mentalizacije i ekstenzivnu preokupiranost fantazijom.

4)SWAP model (Shedler i Westen, 2004)

SWAP model sadrži 200 deskriptora patologije ličnosti koje su izdvojeni iz različitih izvora uključujući i kriterijume za dijagnostikovanje poremećaja ličnosti DSM klasifikacije, markere iz istraživanja ličnosti kao i literature koja se bavi poremećajima ličnosti. Autori (Westen i Shedler, 1999a, 1999b) su razvili Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) da bi je godinama unapredili i sada je dostupna novija verzija (SWAP-II) (Westen i Shedler, 2007). Autori su uključili ajteme koji ne obuhvataju samo konstrukte relevantne za poremećaje ličnosti, već i poremećaje sa Ose I koji bi potencijalno mogli da reflektuju patologiju ličnosti, ali i ajteme koji su se odnose na coping, odbrambene mehanizme i različite crte ličnosti. Autori smatraju da je njihov model u prednosti u odnosu na druge, jer obezbeđuje bogatije kliničke deskripcije poremećaja ličnosti. Faktorska struktura ovog modela (dakle prepostavljene dimenzije za opsivanje poremećaja ličnosti) obuhvata 12 odnosno 17 faktora (u novoj verziji SNAP-II) pri čemu neke dobijene dimenzija jasno korespondiraju sa faktorskim modelima poremećaja ličnosti sa četiti ili pet faktora (na primer faktor emocionalne disregulacije), ali drugi ne korespondiraju (na primer shizotipija). Dalje, neki od faktora su prilično široko konceptualizovani (pr. psihološko zdravlje ili emocionalno izbegavanje). Ovaj model ima pred sobom zadatak da ubedljivije dokaže faktorsku i eksternu validnosti i najmanje je istraživan od ove grupe modela.

1.4.2.1.1 Širi dimenzionalni modeli ličnosti

U traganju za dimenzionalnim modelima poremećaja ličnosti, mogu se izdvojiti i konceptualno i empirijski drugačiji modeli u odnosu na prethodno opisane. Tako, **druga grupa** modela prepostavlja široko dimenzionalno stanovište u kome se objedinjuju spektar disfunkcija koje obuhvataju i poremećaje ličnosti i različite sindromske poremećaje. To se mnogu ubrojiti psihobiološki model Siever i Davis (1991) kao i Krueger-ov model internalizujućih-eksternalizujućih poremećaja (Krueger i sar.,1996) o čemu je već bilo detaljno reči. Dakle kod ove grupe istraživača postoji bazična pretpostavka da su poremećaji ličnosti na istom kontinumu sa sindromskim poremećajima.

Treća grupa modela pretpostavlja kontinuum poremećaja ličnosti i „normalnih“ crta ličnosti. Ova grupa autora polazi od ideje da nema jasnih granica između normalne i abnormalne ličnosti. Nastoje da redefinišu poremećaje ličnosti uz pomoć modela ličnosti koji su nastali nezavisno od dijagnostičkih klasifikacionih shema, tragajući za sveobuhvatnim modelom ličnosti. Ova grupa istraživača je veoma heterogena pri čemu neke teorije imaju eksplicitni cilj da opišu i normalnu i patologiju ličnosti (na pr. Eysenck-ova i Cloningerov-a); dok drugi prominentni modeli, kao na primer petofaktorski model, su primarno razvijeni bez eksplicitnog pravljenja distinkcije između normalne i patološke ličnosti (Cloninger, 2000-TCI, Costa i Mc Crae, 1990-NEO-PI-R, Eysenck, 1987-EPQ i EPP, Millon, 1994-MCMI itd). U svim ovim modelima (implicitno ili eksplicitno) se smatra postoji zajednička struktura ličnosti koja obuhvata i normalnu i abnormalnu ličnost, pri čemu poremećaji ličnosti predstavljaju ekstremne varijacije normalne ličnosti.

Koje su prednosti ove grupe dimenzionalnih modela u odnosu na druge, ranije opisane, alternativne dimenzionalne modele? Pre svega, oni obezbeđuju veće razumevanje poremećaja ličnosti iz „crtističke“ perspektive, obezbeđuju niz etioloških hipoteza koje se odnose na razvoj poremećaja ličnosti jer već imaju ogroman fond saznanja o korelatima i faktorima koji utiču na razvoj bazičnih dimenzija ličnosti. Takodje, ovi modeli prevazilaze granice aktuelnih dijagnostičkih kategorija jer mogu pomoći u identifikaciji i deskripciji varijeteta poremećaja ličnosti koji nisu obuhvaćeni u aktuelnim klasifikacijama mentalnih poremećaja.

S obzirom na aktuelni značaj i uticaj biće detaljnije opisano konceptualizovanje poremećaja ličnosti u sklopu petofaktorskog modela.

1.4.2.2 Petofaktorski model i poremećaji ličnosti

S obzirom da pretenduje da bude sveobuhvatni model ličnosti petofaktorski model je morao da pronadje svoje mesto i u odnosu na patologiju ličnosti. Sam petofaktorski model nije psihopatološki model, on je zapravo model „normalne“ ličnosti, ali mnoge teorije psihopatologije mogu biti kompatibilne sa njim (Mc Crae, 2006). Petofaktorski model, kao najistaknutiji dimenzionalni model, rekonceptualizuje

poremećaje ličnosti na takav način da pretpostavlja da su karakteristike poremećaja ličnosti zapravo ekstremni, maladaptivni varijeteti normalnih crta ličnosti.

1.4.2.2.1 Empirijska istraživanja odnosa FFM-a i poremećaja ličnosti

Empirijske studije odnosa FFM-a i poremećaja ličnosti išle su u dva pravca (Widiger i Costa, 2002). S jedne strane to su brojna istraživanja o *tome kako crte ličnosti koje mere drugi, široko primenjivani inventari ličnosti mogu biti objašnjene petofaktorskim modelom* (Costa i Mc Crae, 1992, O'Connor 2002). Ova istraživanja su pokušavaju da odgovore na pitanje da li FFM može objasniti simptome poremećaja ličnosti merene drugim instrumentima ličnosti (namenjenih proceni maladaptivnih crta i kliničkim populacijama).

Tako O'Connor (2002) u svom obimnom meta-teorijskom istraživanju sprovodi faktorsku analizu ranije objavljenih korelacija koje uključuju FFM varijable i i 28 drugih skala za procenu ličnosti iz oko 75 studija. Zaključuje: „faktorska struktura mnogih popularnih inventara ličnosti se može replicirati korišćenjem podataka samo sa skala FFM-a“ (O Connor, 2002, str. 198). Izuzeci su pronađeni samo na dva od 28 inventara ličnosti i mogu se pripisati metodološkim artefaktima. O'Connor zaključuje da se bazične dimenzije u osnovi drugih inventara ličnosti mogu obuhvatiti petofaktorskim modelom.

Sa druge strane, postoji velika grupa istraživanja odnosa FFM-a i poremećaja ličnosti koja su se *fokusirala na APA nomenklaturu odnosno DSM klasifikaciju mentalnih poremećaja odnosno poremećaja ličnosti* i koja ispituju povezanost između „Velikih pet“ i tako operacionalizovanih karakteristika PL-ova. Widiger i Costa (2002) u svom detaljnom i obuhvatnom pregledu gotovo svih istraživanja objavljenih do 2002. godine odnosu FFM-a i poremećaja ličnosti (preko 50 istraživanja) zaključuju da većina tih istraživanja daje snažnu podršku razumevanju poremećaja ličnosti kao maladaptivnih varijanti crta ličnosti koje su uključene u petofaktorski model.

Zaključci većine tih istraživanja mogu se sumirati na sledeći način: dimenzije N i A su najprominentnije i najkonzistentnije u različitim PL-ovima (povišen neuroticizam i antagonizam odnosno N +, A-) dakle karakterišu sve PL-ove; dimenzija E je diskriminativna dimenzija nekih PL-ova, dakle neke odlikuje E+ (histrionični,

narcistični) a druge E- (shizoidni, izbegavajući, shizotipalni). Savesnost je nešto manje diskriminativna i razlikuje opsesivno-kompulzivni (C+) od graničnog i antisocijalnog (C-) poremećaja ličnosti. Jedino dimenzija otvorenosti nije pokazala sistematsku povezanost sa poremećajima ličnosti.

Zatim su usledila i istraživanja odnosa FFM-a i poremećaja ličnosti i na nivou učih aspekata/faceta FFM-a. Pokazalo se da je moguća bolja diferencijacija poremećaja ličnosti na nivou dimenzija nižeg reda, jer je većina PI-ova povezana sa povišenjima na neuroticizmu, ekstraverziji, antagonizmu i diskontroli

Livesley (2001) zaključuje slično na bazi svog pregleda istraživanja da: „brojne studije obezbeđuju ubedljivu argumentaciju da DSM poremećaji ličnosti pokazuju sistemsku relaciju sa pet faktora i da se sve DSM kategorijalne dijagnoze mogu prilagoditi u petofaktorskom prostoru“ (str.24).

Saulsman i Page (2004) u meta-analitičkom istraživanju relacija svake od dimenzija petofaktorskog modela i svakog od 10 poremećaja ličnosti po DSM-IV klasifikaciji zaključuju da svaki DSM poremećaj ličnosti ima petofaktorski profil koji je smislaon i prediktabilan zbog svojih jedinstvenih dijagnostičkih kriterijuma.

Važan zaključak ovog meta-teorijskog istraživanje je i da je FFM je uspešniji u konceptualizovanju nekih poremećaja ličnosti (na pr. izbegavajućeg i borderline) u odnosu na neke druge (opsesivo-kompulsivni i shizoidni).

Koja su moguća objašnjenja za to da je deskriptivna i eksplanatorna snaga FFM-a različita za različite poremećaje ličnosti? Jedno moguće objašnjenje da određene poremećaje ličnosti odlikuju karakteristike koje nisu uključene u FFM. Primer za to je dimenzija koja se odnosi na kognitivne aberacije i koja je zapravo najprominentnija karakteristika shizotipalnog poremećaja ličnosti. Drugo moguće objašnjenje jeste da je za konceptualizaciju nekih PL-ova potrebno uzeti u obzir crte nižeg reda, dakle da se ni ne mogu opisati uspešno na nivou širokih dimenzija. Moguće objašnjenje jeste i da ajtemi NEO-PI-a kao najpozantije operacionalizacije FFM-a ne sadrže ajteme koji dovoljno odražavaju maladaptivnost na polovima određenih dimenzija. Stoga i poremećaji koji se odlikuju tom vrstom maladaptivnosti (kao što je opsesivno-kompulzivni) nisu dovoljno obuhvaćeni standardnim FFM merama. Ipak, kada su Haigler i Widiger (2001) transformisali ajteme NEO-PI-R- upitnika u ekstremne forme,

sa ciljem da unaprede snagu FFM-a u opsii i objašnjenju nekih poremećaja ličnosti, rezultat nije bio previše ubedljiv.

1.4.2.2.2 Razumevanje poremećaja ličnosti iz okvira petofaktorskog modela ličnosti

Jedan od tvoraca Petofaktorskog modela, Mc Crae (1994) smatra da svi ljudi dele univerzalnu strukturu ličnosti. Potrebno je samo detaljnije istražiti u kakvim je relacijama ta univerzalna struktura sa različitim formama psihopatoloških ispoljavanja (poremećaji ličnosti ili sindromski poremećaji).

Veliki broj empirijskih istraživanja pronašao je korelacije između domena NEO-PI-R-a i poremećaja ličnosti, o čemu je već bilo reči u prethodnom poglavlju. Objašnjenje dobijenih veza može biti da poremećaji ličnosti dele zajedničku petofaktorsku strukturu sa univerzalnim crtama ličnosti (McCrae, 1994,2006) ili da poremećaji ličnosti nisu „kvalitativno različite forme ličnosti“ odnosno da su poremećaji ličnosti ekstremne varijante „normalnih“ crta ličnosti. Po autorima FFM-a crte ličnosti predstavljaju suštinsku odliku poremećaja sa Ose II, odnosno poremećaja ličnosti (McCrae, 2006) jer su poremećaji ličnosti u DSM-u definisani kao „nefleksibilne i maladaptivne“ crte koje prouzrokuju „značajne teškoće u funkcionisanju ili subjektivni distres“ (Mc Crae, 2006, str. 630).

Takav stav implicira da nema kvalitativne razlike između tzv. „normalne“ ličnosti i „abnormalne“ ličnosti odnosno poremećaja ličnosti (Mc Crae, 2006). Međutim, pitanje je kada je crta dovoljno ekstremna da bi se smatrala maladaptivnom? Ili, drugačije rečeno, kada određene crte ličnosti smatramo crtama u okviru normalnog funkcionisanja, a kada one postaju kriterijum za dijagnostikovanje poremećaja ličnosti?

Mc Crae (2006) smatra da kada dodje do konflikta između bazičnih crta ličnosti i životnih okolnosti tada dolazi do manifestacije poremećaja. Dakle, konflikt crte i okolnosti a ne crta sama po sebi, ma koliko izražena bila, vodi ka stvaranju psiholoških problema.

U savremenoj literaturi postoji sve veća saglasnost autora o postojanju kontinuma normalna ličnost-poremećaji ličnosti i saglasnost oko toga da je praktičarima potreban fleksibilan sistem koji mogu primeniti na bilo kojoj tački tog kontinuma. Stoga, Widiger, Costa i Mc Crae sa saradnicima (prema Mc Crae, 2006) predažu 4-stepenu proceduru za dijagnostikovanje poremećaja ličnosti iz perspektive FFM-a. Prvi korak se odnosi na detaljno ispitivanje funkcionisanja ličnosti pomoću mera FFM-a, odnosno utvrđivanja položaja pojedinca na svakom domenu i aspektu NEO-PI-R-a i opis njegove strukture ličnosti na 5 širokih dimenzija i 30 užih aspekata ličnosti. Drugi korak odnosi se na identifikovanje problema povezanih sa crtama ličnosti. Widiger i sar. (2002) obezbeđuju listu potencijalnih problema povezanih sa visokim i niskim skorovima na svakom od domena i faceta FFM-a. Treći korak sastoji se u utvrđivanju da li disfunkcija ili distress dostižu klinički značajan nivo u smislu lične patnje ili socijalnih poteškoća. U četvrtom koraku se kvantitativno poredi pojedinačni profil sa prototipskim profilima specifičnim za svaki poremećaj ličnosti, ukoliko postoji potreba za utvrđivanjem jednu dijagnostičku kategoriju kojoj ispitanik pripada (ukoliko je neophodna takva kategorijalna odluka).

1.4.3 Relacija poremećaja ličnosti i sindromskih poremećaja

Uvodjenje odvojene ose za dijagnostikovanje poremećaja ličnosti u treće izdanje DSM klasifikacije mentalnih poremećaja 1980. godine imalo je jasnu nameru da se istaknu često previdjani i zanemareni poremećaji ličnosti. Međutim, takva odluka je zapravo bila posledica konsenzusa eksperata, a ne empirijskih nalaza. Stoga nije neobično da su upravo brojna empirijska istraživanja dovela u pitanje validnost te distinkcije između poremećaja sa Ose I i Ose II. Kao najdominantniji problem pojavio se izraženi komorbiditet između sindromskih poremećaja (Ose I) i poremećaja ličnosti (Ose II). Takođe, istraživanja su identifikovala genetske i sredinske faktore rizika za poremećaje sa obe ose koji su sugerisali zajedničku etiološku osnovu za ove dve vrste poremećaja (Roysamb i sar., 2011). Dalje, poremećaji ličnosti koji su konceptualizovani kao trajni, pervazivni obrasci maladaptivnog funkcionisanja nisu pokazali veću stabilnost od mnogih kliničkih poremećaja (Krueger i sar., 2005; Shea i Yen, 2003; prema Roysomb, 2011).

Sve to dovodi do pojavljivanja teze da su razlike između poremećaja ličnosti i sindromskih poremećaja zapravo veštačke (naročito u DSM klasifikacijama mentalnih poremećaja). Poslednjih godina u literaturi se sreće sve češće i prilično radikalna ideja da se u sledećim izdanjima DSM klasifikacije napusti praksa odvojene ose za dijagnostikovanje PL-ova jer se većina njih može obuhvatiti postojećim DSM dijagnozama sa ose I (First i sar, 2002; Siever i Davis, 1991; prema Widiger i Smith, 2008).

Medjutim, aktuelno je najuticajniji pravac razmišljanja koji nastoji da poremećaje ličnosti i sindromske poremećaje obuhvati zajedničkim dimenzionalnim modelom. Sa tom idejom radjena su brojna istraživanja koja tragaju za zajedničkom latentnom strukturom poremećaja ličnosti i sindromskih poremećaja i kojima istraživači pokušavaju da odgovore na pitanje: da li u osnovi sindromskih i poremećaja ličnosti leže iste ili različite dimenzije?

Jedan od modela koji pretpostavlja model kontinuma između poremećaja ličnosti i sindromskih poremećaja je biogenetski model **Siever i Davis-a (1991)**. Ovi autori konceptualizuju psihobiološki model sa 4 dimenzije koje obuhvataju i poremećaje ličnosti i sindromske poremećaje. Te četiri dimenzije koje stoje u osnovi poremećaja sa obe ose DSM klasifikacije su: *kognitivno/perceptualna organizacija, impulsivnost/agresivnost, afektivna nestabilnost i anksioznost/inhibicija*. Dakle, ove dimenzije su zapravo dimenzije abnormalnosti čiji se ekstremni simptomi sa jednog kraja dimenzije prikazuju na Osi I a na drugom kao karakterološki obrasci ponašanja odnosno poremećaji ličnosti, koji se prikazuju kao poremećaji ličnosti. Dakle, iz ove perspektive, poremećaji ličnosti nisu ekstremne varijante normalnih crta ličnosti već karakterološke varijante poremećaja sa Ose I odnosno mentalnih poremećaja. Ovaj model nije empirijski zasnovan već je razvijen na bazi obuhvatnog pregleda literature u traganju za genetskim i biološkim osnovama ličnosti. Siever i Davis ističu da „patofiziologija psihijatrijskog poremećaja može prevazilaziti ovu podelu“ (odnosno podelu na osu I i osu II). Kritike ovog modela nisu brojne jer nije operacionalizovan (Widiger i Francis, 2002), ali se uglavnom odnose na to da se odnosi samo na psihopatologiju i ostaje nejasno gde bi se tu mogla uklopiti normalna ličnost. Takođe, pitanje je u kojoj meri je on obuhvaćen, jer tri pretpostavljene dimenzije su, po nekim autorima, kongruentne sa facetima dimenzije Neuroticizma iz FFM-a.

Osim ovog teorijskog pokušaja konceptualizovanja zajedničkih dimenzija koje stoje u osnovu sindromskih i poremećaja ličnosti, prikazaćemo idva novija istraživanja koja su imala sličan cilj: potragu za zajedničkim latentnim dimenzijama poremećaja sa obe ose DSM klasifikacije mentalnih poremećaja.

Markon (2010) traga za zajedničkom strukturom poremećaja sa Ose I i II odnosno za zajedničkom hijerarhijskom organizacijom poremećaja sa obe ose DSM-a. Koristeći mere dobijene na 8 405 ispitanika, u okviru velikog istraživanja 2000 British Psychiatric Morbidity Survey, pokazuje da se mogu izdvojiti 20 subordiniranih dimenzija psihopatologije koje se mogu organizovati u četiri široke superordinirane dimenzije i to: *internalizujuća* (koja obuhvata uže dimenzije: anksioznost, opsesije i kompulsije, strahove, depresiju, emocionalnu labilnost i somatoformne probleme), *eksternalizujuća* (uže dimenzije: traženje pažnje, antisocijalnost, problemi sa drogama i problemi sa alkoholom), *poremećaj mišljenja* (halucinacije i sumanutosti, paranoja, ekscentričnost, shizoidne karakteristike, nefleksibilnost, dezorganizovano vezivanje (attachment i hostilnost), *patološka introverzija* (socijalna anksioznost, neasertivnost, zavisnost). Pri tome uža dimenzija *emocionalna labilnost* jednim delom pripada i *internalizujućoj* i *eksternalizujućoj* dimenziji, uža dimenzija *hostilnost* se deli između *internalizujuće* i šire dimenzije *poremećaja mišljenja*, a *halucinacije* i *sumanute ideje* jednim (manjim) delom zasićuju i *internalizujuću* dimenziju. Kao što se vidi ovaj model psihopatologije obuhvata veoma širok opseg poremećaja, što predstavlja značajnu prednost u odnosu na ranija istraživanja. Druga prednost, po autoru, jeste što je kao metodologija korišćeno modelovanje simptoma, a ne sindroma ili dijagnoza, što je omogućilo izdvajanje hijerarhije koja je relativno oslobođena od pretpostavljenih struktura nižeg reda. Ovaj model korespondira sa modelom psihopatologije Krueger i sar. (1998;1999), kao i proširenim verzijama tog modela koja dodaju nezavisni faktor psihoze.

Poredjenjem dobijenog modela sa najprominentnijim modelom poremećaja ličnosti - Big four modelom odnosno sa modelom sa četiri široke dimenzije, identifikuju se izvesne razlike. Dakle, u ovom modelu se ne izdvajaju jasno faktori *saradljivosti* i *savesnosti*, mada neke izdvojene uže dimenzije mogu biti paralele tim domenima. Ipak, glavna razlika je u tome što *faktor poremećaja mišljenja* nema korespondirajući faktor u „Velikih četiri“. Međutim, Markon (2010) smatra da se ipak

ova dva modela mogu integrisati, a da je izdavanje faktora *poremećaja mišljenja* nužno i u skladu sa novijim istraživanjima koja potvrđuju da fenomeni povezani sa poremećajem mišljenja formiraju odvojenu dimenziju (Chmielewski i Watson, 2008; Tackett i sar. 2008; Watson i sar., 2008).

Najnovije istraživanje Roysamb sa grupom istraživača (2011) imalo je za cilj identifikovanje fenotipske strukture širokog spektra DSM poremećaja ličnosti i mentalnih poremećaja (ali bez psihotičnih poremećaja) na velikom uzorku ispitanika (N= 2 794 blizanaca). Na osnovu analize obrazaca komorbiditeta nastoje da utvrde broj i prirodu faktora koji stoje u osnovi obe ose DSM klasifikacije. Ideja je bila da se identifikuju klasteri poremećaja za čiji je komorbiditet odgovara specifičan faktor. Otkriveno je četiri grupe poremećaja iza koje stoje 4 faktora: *internalizujući*, *eksternalizujući*, *anhedonija-introverzija* i *kognitivno-relacioni poremećaji*. U skladu sa prethodnim studijama najrasprostranjeniji u populaciji mentalni poremećaji su se jasno sortirali u *internalizujući* faktor (anksiozni poremećaj, major depresija, anoreksija, bolni poremećaj i postraumatski stresni poremećaj). Negativni afektivitet reprezentuje ključnu odliku ovih poremećaja (Krueger, 2005; Watson, 2005; prema Roysamb i sar., 2011). *Eksternalizujući* faktor obuhvata poremećaje povezane sa zloupotrebom supstanci, poremećaje ponašanja, kao i antisocijalni poremećaj ličnosti; a kao ključna karakteristika potvrđena je dezinhibicija i impulsivnost (Krueger i sar., 2007). Dva preostala faktora obuhvatala su prevažno poremećaje ličnosti. *Anhedonija-introverzija* uglavnom obuhvata poremećaje ličnosti sa klastera C (čija je ključna karakteristika inhibovanost, povlačenje, bespomoćnost, nedostatak pozitivnog afekta i prisustvo negativnog afekta). *Kognitivno-relacionom* faktoru pripali su uglavnom poremećaji ličnosti sa klastera B i A čije su ključne karakteristike konfliktni odnosi, dezinhibicija, preokupacije, antagonizam, dramatisacija, čudnovatost i poremećajmišljenja.

1.4.4 Pokušaji integracije različitih dimenzionalnih modela ličnosti i psihopatologije

U ovoj oblasti postoji sve veći broj dokaza u prilog konsekvusa oko toga da se varijacije i normalne i patološke ličnosti mogu obuhvatiti jednim strukturalnim,

zajedničkim modelom. Naime, već navedena istraživanja potvrđuju da je struktura ličnosti ista u normalnim i kliničkim uzorcima i merena različitim merama (O'Connor, 2002); sve su uverljiviji dokazi o tome da su normalna i patološka ličnost snažno povezani na etiološkom nivou (Jang i Livesley, 1999; Markon, Krueger, Bouchard i Gottesman, 2002) kao i da se patološka ličnost može modelovati kao ekstrem na normalnim varijacijama ličnosti (O'Connor i Dyce, 2001). Međutim, nema konsenzusa u pogledu toga koji bi to najbolji model bio. Dakle, ne samo da nema konsenzusa oko toga koji bi bio najbolji model poremećaja ličnosti, još manje slaganja ima u pogledu toga koji bi model bio najbolji kao superordinirana struktura za zajednički prostor normalne i patološke ličnosti. Kao što je već navedeno, nekoliko alternativnih modela je jasno potvrdilo svoju validnost pri čemu od dimenzionalnih modela poremećaja ličnosti „Big four“ model postaje u fokusu (Widiger, 1998) pri čemu istraživanja potvrđuju da abnormalna ličnost poseduje četvorofaktorsku strukturu sličnu Big five ali bez O faktora (O'Connor i Dyce, 1998).

Ali ono što možemo zaključiti da je konsenzus oko toga da se može tragati za zajedničkim integrativnim modelom koji će obuhvatati celokupan prostor ličnosti (i normalno i patološko). Međutim i pored tog teorijskog konsenzusa empirijski nekonzistentni nalazi otežavaju konceptualizaciju zajedničke strukture. Strukturalne analize instrumenata namenjenih proceni poremećaja ličnosti obično pokazuju veoma sličnu, ali ne identičnu strukturu onima dobijenim na instrumentima namenjenih proceni normalne ličnosti. Iako je Petofaktorski model najviše obećavao kao potencijalni integrišući model pokazalo se da zajedničkom faktorskom analizom instrumenata za procenu normalne i poremećaja ličnosti daje faktorsku strukturu koja je ipak samo delimično identična petofaktorskom modelu.

Tako Schroeder i sar. (1992) su istraživali zajedničku faktorsku strukturu instrumenta namenjenog proceni poremećaja ličnosti (DAPP-BQ) i NEO-PI instrumenta kao mere normalnih crta ličnosti. Istraživanje je obavljeno na 300 normalnih ispitanika. Izdvojeno je pet faktora koji objašnjavaju 70,6% ukupne varijanse. Četiri od pet faktora su identični onim iz petofaktorskog modela i lako se preopoznaju, a samo faktor O se ne izdvaja. Dakle, može se izdvojiti petofaktorska struktura ali samo četiri ekstrahovana faktora odgovaraju tradicionalnim Big Five dimenzijama. Takav nalaz je potvrđen i u drugim istraživanjima gde različiti autori potvrđuju da je N dimenzija najznačajnija za

opis poremećaja ličnosti a O dimenzija anjmanje relevantna. To potvrđuju i brojna istraživanja odnosa petofaktorskog modela i poremećaja ličnosti kako na uzorcima normalnih ispitanika tako i na kliničkim uzorcima koja pokazuju da postoji smisaona veza između četiri dimenzije petofaktorskog modela i poremećaja ličnosti, a da je empirijska podrška O dimenziji najslabija (prema Reynolds i Clark, 2001).

Dalje, kao što je već navedeno, sami instrumenti za procenu poremećaja ličnosti (na primer DAPP) imaju četvorofaktorsku strukturu (bez ekvivalentne dimenzije Otvorenosti). Dakle ta četvorofaktorska struktura prostora poremećaja ličnosti se najfrekventnije replicira u različitim istraživanjima strukture prostora patologije ličnosti i stoga komplikuje mogućnost da se petofaktorski model koristi kao integrativni okvir. Da stvar bude još konfuznija, kada se radi zajednička faktorska analiza instrumenata za procenu poremećaja ličnosti (SNAP i DAPP-a) dobija se petofaktorska solucija kao najoptimalnija ali od dobijenih faktora nedostaje ekvivalent Otvorenosti i zamenjuje ga faktor koji doražava crte kao što su submisivnost ili zavisnost (na primer, Clark i sar., 1996).

Markon, Krueger i Watson (2005) predlažu svoj integrativni hijerarhijski model za koji ubedljivo dokazuju da se replicuje i u meta-analitičkom i u empirijskom istraživanju, kroz različite mere a pri tom je konzistentan ranijim integrativnim analizama strukture ličnosti.

U nastojanju da identifikuju zajedničku strukturu ličnosti (i normalne i patološke) autori su ispitivali faktorske strukture velikog broja mera za procenu i normalne i poremećaja ličnosti (DAPP, EPQ i EPQ-R, MPQ, NEO-PI, NEO-PI-R, NEO-FFI, TCI, TPQ). Osim opsežne meta-analitička studije (77 uzoraka iz 52 različita istraživanja) ovi autori su sprovedi nezavisno empirijsko istraživanje sa nezavisnim setom mera (NEO-PI-R, EPQ-R i BFI kao mere normalne ličnosti i SNAP kao mere poremećaja ličnosti) na studentima (N=327). Ideja je bila da se identifikuju faktori normalne i patološke ličnosti koji će se replicirati kroz različite uzorke i mere sa krajnjim ciljem da se utvrde njihove hijerarhijske veze.

Hijerarhijski model strukture ličnosti Markon, Krueger i Watson-a (2005) je primer veoma ubedljivog modela koji postulira zajedničku strukturu za normalnu i patološku ličnost. Drugi važan aspekt njihovog modela jeste da intergiše brojne alternativne modele i time zapravo doprinosi pojašnjavanju pripode hijerarhije strukture

ličnosti. Ovaj model je veoma ubedljiv jer autori dokazuju da se cela hijerarhijska struktura može replikovati kroz različite uzorke, mere i metodološke pristupe.

U svojim istraživanjima autori pokazuju da se može izdvojiti od dva do pet faktora koji čine strukturu ličnosti zavisno od nivoa hijerarhije. Ovim modelom zapravo se integrišu različiti Big Trait modeli strukture ličnosti koji su dobijeni u brojnim istraživanjima.

Dva faktora izdvojena na vrhu hijerarhije svojim sadržajem snažno podsećaju na Digman-ov (1997) Big Two model odnosno Alfa (koji obuhvata invertovan Neuroticizam kao i Saradljivost i Savesnost) i Beta faktor (koji obuhvata sadržaj koji pokrivaju Ekstraverzija i Otvorenost).

Na sledećem nivou hijerarhije izdavaju se tri faktora: pozitivna emocionalnost, negativna emocionalnost i dezinhibicija. Ovaj nivo hijerarhije snažno podseća na model Zuckerman i sar. (1988). Naime ovi autori su izdvojili tri faktora veoma sličnih po sadržaju faktorima koje Markon i sar. pozicioniraju na ovaj nivo hijerarhije i to su: ekstraverzija-socijalnost, neuroticizam- emocionalnost i psihoticizam-impulsivna nesocijalizovana potraga za senzacijama.

Na sledećem nivou hijerarhije su 4 faktora veoma slična faktorima koji se dobijaju u istraživanjima na poremećajima ličnosti i to tako što se Dezinhibicija razbija na faktore Nesaradljivost/dezinhibicija i Nesavesnost/dezinhibicija (odnosno A i C). Ovaj nivo hijerarhije identičan je Big four modelu (Watson i sar., 1994).

I na najnižem nivou hijerarhije izdvajamo pet faktora koji odgovaraju Petofaktorskom modelu sa N,E,O,A i C faktorima.

Ovi autori ističu da su zapravo različiti nivoi hijerarhije različito značajni za razumevanje normalne odnosno patološke ličnosti. Tako na primer 4 faktora često identifikovana u istraživanjima poremećaja ličnosti su u hijerarhijskom odnosu sa pet faktora iz Big five modela normalne ličnosti, odnosno da se u istraživanju tzv. „normalne“ ličnosti mogu identifikovati ta 4 faktora, ali ne tako prominentno kao pet faktora. Nasuprot tome moguće je da faktori koji zauzimaju nadređenu poziciju u hijerarhiji u rasponu normalnosti postaju manje značajni i stoga zauzimaju podređenu poziciju u hijerarhiji u opsegu patološkog. Ako se ovako konceptualizuju, faktori ličnosti se ne menjaju u apsolutnom smislu kako se pomeramo na kontinumu od normalnog ka patološkom već se menja značaj pojedinih faktora kako pojedini aspekti njihove

hijerarhijske organizacije postaju manje ili više značajni (Harkness, 1992; Markon, Krueger i Watson, 2005).

Widiger, Simonsen i sar.(2005) prave ubedljiv pokušaj integracije alternativnih modela sa ciljem da navedena integracija postane sastavni deo budućih klasifikacija mentalnih poremećaja. Ovi autori smatraju da se većina alternativnih modela poremećaja ličnosti (a oni su uzeli u obzir 18 modela koji su predloženi za ulzaka u DSM V) može obuhvatiti širokom hijerarhijskom strukturom. Na najvišem nivou te strukture bi bila dva klinička spektra: internalizujući i eksternalizujući koje su identifikovali prvo Achenbach (1966) kod dece a zatim i Krueger (2002) kod odraslih ispitanika. Odmah ispod te dve široke dimenzije treba pozicionirati 5 širokih domena ličnosti. Ispod tih domena lociraju se skale crta ličnosti a na najnižem nivou specifičniji dijagnostički kriterijumi ponašanja. Zapravo, ovi autori ističu da se domeni iz većine modela mogu povezati jedni sa drugim, zapravo da jednino SWAP-200 model odstupa zbog toga što nema potvrđenu faktorsku strukturu višeg reda koja je konguentna sa ostalim modelima. Dakle, ovi autori smatraju da se može izdvojiti 4 fundamentalne dimenzije maladaptivnog funkcionisanja ličnosti i to:

- 1) Ekstraverzija versus Introverzija
- 2) Antagonizam versus Saradljivost (Agresivnost)
- 3) Konstricija versus Impulsivnost
- 4) Emocionalna disregulacija versus Emocionalna stabilnost

Dakle većina dimenzionalnih modela poremećaja ličnosti izdvaja 4 fundamentalne dimenzije maladaptivnog funkcionisanja ličnosti za koje smatraju da su dovoljne za deskripciju svih poremećaja ličnosti. Medjutim, postoje modeli (osim petofaktorskog modela) koji postuliraju i postojanje 5 dimenzije. Otvorenost u PSY-5 modelu je psihoticizam a u Siever i Davis-ovom modelu (1991) kognitivno-perceptivne aberacije. U okviru drugih modela konceptulano i empirijski slično ovom domenu javljaju se različite dimenzije nižeg reda (subskale) pod različitim imenima (na pr. u DAPP-BQ percepetivno-kogitivna distorzija ili ekcentrične percpcije u SNAP modelu). Dakle, ako se ovaj domen definiše suviše usko, odnosno samo kao kognitivno-perceptivne aberacije, skala za njegovo merenje zasićuju druge faktore, pre svega Negativni afektivitet ili definišu suviše mali faktor tako da ga ne vredi idnetifikovati (Austin i Deary, 2000; Clark i sar., 1996; Larstone i sar., 2002; prema Widiger i Simonsen 2005).

Jedan od važnih zaključaka Widiger-a i Simonsen-a (2005) jeste na tragu sve glasnijih istraživača koji ukazuju da predloženi modeli nisu dovoljno obuhvatni odnosno da im nedostaju karakteristike koje su primarno povezani sa klasterom A DSM klasifikacije odnosno „čudacima, ekscentricima“. Widiger i Simonsen ističu da se peti faktor patologije ličnosti (oko koga zapravo ima najmanje slaganja) različito naziva; nekonvencionalnost (Tellegan i Waller,), kognitivno-perceptivne aberacije (Siever i Davis, 1991), psihoticizam (Harness, Mc Nulty i Ben-Porath, 1995).

Jedan od najubedljivijih kandidata za takav dimenzionalni sistem jes 4-faktorska struktura maladaptivne ličnosti (De Clercq i sar., 2006; Livesley, 2005; Widiger i Simonsen, 2005). Predloženi model patološke ličnosti se često definiše preko 4 dimenzija višeg reda koje korespondiraju sa ekstremima na dimenzijama petofaktorskog modela. To su Emocionalna disregulacija (koja grubo korespondira sa ekstremnim Neuroticizmom), Introverzija (korespondira sa maladaptivnim opozitom Ekstraverzije), Antagonizam (korespondira sa maladaptivnim opozitom Saradljivosti) i Kompulsivnost (korespondira sa ekstremnom Svesnošću). Većina istraživanja u razumevanju patologije ličnosti nije uspela da pronadje direktan patološki analog petoga faktora Otvorenosti (Livesley, 2005; Widiger, 1998).

Medjutim, mnogi autori postavili su pitanje obuhvatnosti takvog modela, naročito njegovu obuhvatnost za kognitivne i perceptivne aberacije (odnosno simptome koji karakterišu klaster A DSM klasifikacije, na primer shizotipski poremećaj). First i sar. 2002) kaže: „Buduća istraživanja treba da odgovore na takva pitanja...da li postoje određene komponente ili aspekti DSM-IV poremećaja ličnosti koji nisu adekvatno reprezentovani unutar ili pokriveni postojećim dimezionalnim modelima (na pr. problemi identiteta, koflikti vezivanja, kognitivne aberacije ili perceptualne abnormalnosti) (str.144). Neki autori smatraju da te karakteristike koje označavaju kognitivne aberacije i perceptualne abnormalnosti predstavljaju suviše mali faktor da bi bio značajan ili da bi imao mesta u dimenzionalnom modelu patološke ličnosti (Widiger i Simonsen, 2005).

S druge strane, druga grupa autora zalaže se za obuhvatniji petofaktorski model patološke ličnosti u kome bi peti faktor objašnjavao dodatnu varijansu u patologiji ličnosti i to onu koja se odnosi na neuobičajena perceptivna iskustva.

Tako Tackett, Krueger, Silberschmidt i Sponheim (2008) u svom istraživanju na ukupno 240 ispitanika (98 srodnika prvog reda obolelih od sch i shizoafektivnog poremećaja, 50 srodnika prvog reda obolelih od bipolarnog i 92 normalna ispitanika (kao kontrolna grupa) izdvajaju 5 faktora pri čemu 4 faktora korespondiraju sa četvorofaktorskom strukturom (Introverzija/Inhibicija/Antagonizam/Asocijalnost, Emocionalna disregulacija i Kompulsivnost) dok je peti faktor nazvan Peculiarity i njega zasićuju mere sa SPQ-skala odnosno skala za procenu shizotipije (Shizotypal Personality Questionnaire) i Chapmanovih mera za procenu sklonosti ka psihozi koje zapravo odražavaju neuobičajena perceptivna iskustva. Autori zaključuju da pored replikovanja poznate 4-faktorske strukture patologije ličnosti koja je ustanovljena u literaturi (De Clercq i sar., 2006; Livesley, 2005; Widiger i Simonsen, 2005) dobijaju podršku za petofaktorsku strukturu patologije ličnosti koja obuhvata i perceptivne aberacije i kognitivne distorzije koje karakteriču klaster A poremećaje ličnosti iz DSM-IV klasifikacije mentalnih poremećaja. Time odbacuju ranije zamerke da peti faktor ne spada u dimenzionalnu strukturu patologije ličnosti ili da je suviše mali da bi bio značajan. Na pitanje kakav je odnos ovog Peculiarity faktora u odnosu na petofaktorsku strukturu i preciznije peti faktor Otvorenosti autori nemaju jasan odgovor. Neka istraživanja pokazuju substancijalnu povezanost skala koje najviše zasićuju ovaj faktor (Chapmanovih subskala Magijskog mišljenja i Perceptivnih Aberacija) sa O faktorom (Ross, Lutz i Bailley, 2002) dok rezultati faktorske analize FFM domena i seta Chapmanovih skala, Camisa i sar. (2005) pokazuju da se izdvaja distinktivni faktor koji najviše zasićuju Chapmanove skale Magijskog mišljenja, Perceptivnih Aberacija i Otvorenost za iskustvo iz FFM-a. Novije istraživanje Watson, Clark i Chmielewski (2008) izdvajaju distinktivni faktor Oddity koji je nezavisan u odnosu na O faktor.

Izgleda da je takav pristup zadobio opšti konsenzus jer po poslednjim izveštajima (pregleda sajta APA u 2012 godini) postoji konsenzus za petofaktorski demenzionalni model poremećaja ličnosti.

1.5 PAI inventar za procenu ličnosti(Morrey, 1991)

PAI (Morey, 1991) je samo-opisni inventar ličnosti i psihopatologije koji je dizajniran sa ciljem prikupljanja informacija o najvažnijim kliničkim varijablama. Sastoji se od 344 ajtema raspoređenih u 22 skale: 4 skale validnosti, 11 kliničkih skala, 5 skala vezanih za tretman i 2 interpersonalne skale. 10 kliničkih skala sadrži po 3 odnosno 4 subskale. Intenzitet slaganja ili neslaganja sa sadržajem ajtema se izražava na četvorostepenoj skali (od potpuno netačno do veoma tačno).

Kada se PAI prvi put pojavio opisan je kao „supstancijalno unapredjenje iz psiho-metrijske perspektive u odnosu na postojeće standarde u toj oblasti“ (Helmes, 1993, p.417 prema Morey, 2003) i kao „jedan od najznačajnijih novih testova ličnosti“ (Schlosser, 1992, p.12, Morey, 2003). Zaista, od trenutka kada se pojavio PAI je pridobio veliku pažnju kako u kliničkom tako i u istraživačkom setingu. U sadašnjem trenutku, PAI je među najpopularnijim instrumentima za procenu psihopatologije (Belters i Piotrowski, 2001; Boccaccini i Brodsky, 1999; Piotrowski i Belter, 1999).

1.5.1 Nastanak PAI-a: selekcija ajtema i razvoj skala

Konstrukcija PAI-a se odvijala u skladu sa strategijom modela konstrukt validnosti opisanog u klasičnim radovima Cronbach-a i Meehl-a (1955), Loevinger-a (1957) i Jackson-a (1971) (prema Morey, 1991). Ovakav pristup ističe značaj kako teorijskom tako i empirijskom metodu u razvoju skala. Dakle, od velikog značaja je bila teorijska artikulacija konstrukata koji su izabrani da budu predmet merenja jer je ona poslužila kao vodič za selekciju sadržaja odnosno selekciju informacija koje su ušle u uzorak ajtema od koga je počeo proces konstrukcije testa.

Tokom procesa konstrukcije instrumenta proveravana je i konceptualna priroda i empirijska adekvatnost ajtema koji su ušli u finalnu verziju testa. Sam razvoj inventara odvijao se u četiri faze koje su pratile strategiju sekvencijalne validacije konstrukta (slično preporučenim strategijama koji su opisali Loevinger, 1957 i Jackson-a, 1971; prema Morey, 1991, 1996).

Konstrukti koje PAI meri odabrani su na osnovu dva kriterijuma. Prvi se odnosi na stabilnost njihovog značaja u okviru konceptualizacije i nozologije mentalnih poremećaja kroz istoriju a drugi se odnosi na značaj u savremenoj kliničkoj praksi. Autor je izvršio ekstenzivni pregled i istorijske i savremene literature, da bi na osnovu ova dva kriterijuma izdvojio 18 značajnih konstrukata kojima je dodao i 4 skale validnosti. Zatim je u procesu formiranja ajtema za svaki od tih potencijalnih konstrukata, ekstenzivno istraživana literatura o svakom od njihda bi identifikovali komponente koje su najznačajnije za definiciju tog konstrukta. Ajtemi su pisani sa ciljem da obezbede procenu tih krucijalnih komponenti za svaki konstrukt. Dakle, u procesu konstruisanja PAI inventara nije dominirao čisto empirijski pristup (na pr. faktorsko-analitički pristup selekciji ajtema i sl). Konceptualna priroda i empirijska adekvatnost ajtema su bili podjednako važni u njihovom izboru u finalnu verziju testa. Cilj je bio da se uključe ajtemi koji održavaju ravnotežu između različitih poželjnih parametara ajtema uključujući i reprezentativnost za dati domen, ali i empirijske karakteristike tako da skale budu korisne u različitim primenama.

Ajtemi su stoga pisani tako da njihov sadržaj bude direktno relevantan za različite konstrukte merene testom. Prva tri koraka u evaluaciji inicijalnog seta ajtema podrazumevala su ispitivanje konceptualnog značenja ajtema. Prvi korak sastojao se u tome da je svaki ajtem iz prvobitnog seta od 2 200 ajtema bio rangiran od strane 4 člana istraživačkog tima sa ciljem određivanja adekvatnosti sadržaja datog ajtema za konstrukt koji je u pitanju a zatim procenu pripadnosti ajtema određenoj skali. Samo ajtemi za koje je postojala 75% saglasnost su ušli u dalju proceduru. U sledećem koraku panel stručnjaka (različitog pola, rase i pripadnosti etničkoj grupi) su procenjivali ajteme sa ciljem odbacivanja onih koji su pristrasni ili uvredljivi po pitanju pola, rase, religije ili etničke pripadnosti. Na kraju, eksperti izabrani po visokoj stručnosti za određene oblasti patologije čijem je merenju skala namenjena, sortirali su preostale ajteme da bi obezbedili njihovu povezanost sa konstruktom koji je bio predmet merenja. Postignuta je saglasnost od 94,3% između procenjivača za 776 ajtema koji su ušli u α veriju instrumenta.

1.5.2 Empirijska evaluacija

Posle eliminacije ajtema na osnovu rangiranja, prihvatljivosti za različite subgrupe i razvrstavanja od strane eksperata Alfa verzija inventara sa 776 ajtema ušla je u proces empirijske provere. Alfa verzija primenjena je na uzorku studenata i postdiplomaca psihologije (N=306). Nakon procene po 6 kriterijuma (aritmetička sredina, međusobna korelacija ajtema, procena korelacije sa skalama pozitivne i negativne impresije, diskriminacioni potencijal, transparentnost ajtema i polne razlike) odbačen je određeni broj ajtema te je formirana Beta verzija inventara sa 597 ajtema. Ova verzija upitnika primenjena je na tri uzorka: normalni reprezentativni (N=229), klinički uzorak (N=96) i uzorak studenata (N=89) u kome je sistematski manipulirano instrukcijom (preterano pozitivno samo-predstavljanje i simulacija).

Na kraju je na osnovu svih analiza izdvojeno 344 ajtema koji su ušli u finalnu verziju testa.

1.5.3 Psihometrijske provere PAI-a

1.5.3.1 Studije pouzdanosti

Pouzdanost testa je proveravana kroz internu konzistentnost i utvrđivanje test-retest pouzdanosti.

Pouzdanost merena kroz internu konzistentnost

Brojna istraživanja (Morey, 1991) su sprovedena sa ciljem ispitivanja interne konzistentnosti PAI-a. U svim istraživanjima korišćen je alfa koeficijent (Cronbach, 1951). Sam autor u Priručniku za primenu PAI-a (Morey, 1991) izveštava o dobijenim α koeficijentima na tri uzorka: normalnih ispitanika (N=1000), kliničkom uzorku (N=1246) i uzorku studenata (N=1051). Izveštava da su vrednosti konzistentno visoke na sva tri uzorka, sa srednjom vrednosti α za celu skalu od 0.81, 0.86 i 0.82 za normativni, klinički i uzorka studenata.

Za kliničke skale α koeficijent se kreće od 0.72 (skala nepostojanja podrške) do 0.90 (skala anksioznosti) u uzorku normalnih ispitanika, a u kliničkom uzorku od 0.82

(skala dominantnosti) do 0.93 (skala problema sa alkoholom) a u uzorku studenata od 0.72 (skala odbijanja tretmana do 0.89 (anksioznost i agresivnost).

Značajno niže koeficijente dobijaju ICN i INF skale (0.22 ICN skala na uzorku studenata; 0.23 za ICN skalu na kliničkom uzorku; 0.45 ICN skala na normativnom uzorku) što autori objašnjavaju time da ove skale ne mere teorijske konstrukte već stil odgovaranja te su manje α i očekivane jer nemarnost ili stil odgovaranja može da varira tokom popunjavanja testa.

Nemačka standardizacija (Groves i Engel, 2007) na reprezentativnom kvotnom uzorku (N=749) pokazuje slične α koeficijente kao i an američkom normativnom uzorku. Ponavljaju se niski α koeficijenti za skale validnosti (0.26 do 0.73) i visoke vrednosti za kliničke skale (0.91 za SOM skalu do 0.63 za DRG skalu) kao i za skale tretmana i interpersonalne skale koje su iznad 0.70. Razlike na nemačkom i američkom uzorku su najprominentnije za kliničku skalu problemi sa drogama (DRG) i skalu odbijanja tretmana (RXR) čiji je alfa koeficijent 0.63 odnosno 0.70, što autori smatraju da je posledica prevoda (kao i u srpskom jeziku, a za razliku od engleskog ne postoji jedinstveni termin koji pokriva supstance koji se koriste u medicinske svrhe i za zloupotrebu pr.engleski termin *drugs*). Na nemačkom reprezentativnom uzorku prosečna vrednost α koeficijentata za ceo upitnik iznosila je 0.78.

Najniže vrednosti interne konzistentnosti dobili su Rogers i sar.(1995) sa verzijom instrumenta na španskom jeziku kada je dobijena prosečna vrednost α koeficijenta za celu skalu od 0.63. Autori smatraju da je to posledica prevoda instrumenta pri čemu je taj nepovoljan uticaj prevoda bio najintezivniji na skalama tretmana.

Tabela 1.4.3.1.1: Interna konzistentnost (Cronbach α), srednja interkorelacija ajtema (r_1) i srednja korigovana korelacija ajtema (r_2) za sve PAI skale na američkom standardizacionom uzorku i na nemačkom standardizacionom uzorku.

Skala	N(ajtema)	Američki uzorak			Nemački uzorak		
		α	r_1	r_2	α	r_1	r_2
INC	20	.45	.08	.43	.71 (.73)	.13(.14)	.36(.18)
INF	8	.52	.14	.09	.26	.05	.04
NIM	9	.72	.24	.16	.68	.21	.17
PIM	9	.71	.17	.15	.71	.22	.18
SOM	24	.89	.26	.49	.91	.32	.55
ANX	24	.90	.17	.51	.89	.28	.51
ARD	24	.76	.13	.32	.74	.13	.31
DEP	24	.87	.24	.45	.88	.25	.47

MAN	24	.82	.17	.37	.81	.16	.36
PAR	24	.85	.20	.41	.83	.17	.38
SCZ	24	.81	.17	.37	.80	.16	.36
BOR	24	.87	.22	.44	.84	.18	.40
ANT	24	.84	.20	.41	.82	.18	.39
ALC	12	.84	.36	.29	.82	.37	.35
DRG	12	.75	.28	.23	.63	.26	.23
AGG	18	.85	.19	.36	.81	.23	.33
SUI	12	.86	.41	.31	.87	.43	.39
STR	8	.76	.30	.16	.74	.28	.19
NON	8	.72	.25	.14	.72	.25	.17
RXR	8	.76	.28	.16	.70	.23	.16
DOM	12	.78	.22	.21	.72	.18	.22
WRM	12	.79	.24	.23	.76	.21	.24
Median		.80	.22	.32	.78	.22	.34

Nezavisna istraživanja (Boone, 1998; Alterman i sar., 1995; Boyle i Lennon, 1994; Rogers, Flores, Ustad i Sewel, 1995; Schinka, 1995) potvrđuju solidnu pouzdanost PAI-a na heterogenim uzorcima. Naime, važno pitanje jeste kako test funkcioniše na kliničkom uzorku, naročito u populaciji hospitalizovanih pacijenata za koje se pretpostavlja da imaju ozbiljniju patologiju. Prva nezavisna istraživanja su uradili Boyle i Lennon (1994), Schinka (1995) i Boone (1998).

Boyle i Lennon (1994) na mešovitom uzorku (151 normalnih, 30 alkoholičara, 30 sch pacijenata) dobijaju zadovoljavajuće mere interne konzistentnosti i srednju vrednost α koeficijenta od 0.84. ICN i INF skale su dosledno imale najniže α koeficijente, ali to je i očekivano.

Schinka (1995) je na uzorku pacijenata upućenih na tretman zbog lečenja odalkoholizma potvrdio dobre metrijske karakteristike instrumenta koje su odgovarale onim dobijenim na originalnom kliničkom uzorku. Ograničenje ovog istraživanja je homogen uzorak po pitanju dijagnoze i pola (muškarci, alkoholičari) što postavlja pitanje generalizabilnosti za šitu populaciju pacijenata.

Boone (1998) na uzorku hospitalizovanih psihijatrijskih pacijenata (N=111) dobija velike i zadovoljavajuće koeficijente pouzdanosti. Vrednosti α koeficijenta su bile u rasponu od 0.65 (NIM) i 0.66 (Stres) do 0.93 (depresivnost), 0.92 (alkoholizam) i 0.91 (Anksioznost). Srednja vrednost α koeficijenata za sve skale iznosila je 0.82. Zarad poredjenja dobijeni koeficijenti su u proseku viši nego oni dobijeni na kliničkim uzorcima MMPI-2 skala. Pouzdanosti subskala su niže ali to je i očekivano s obzirom

na njihovu umanjenu dužinu. Ograničenje ovog istraživanja je relativno mali broj ispitanika i ograničeni podaci (samo α koeficijenti i standardna greška meranja).

U novijem istraživanju Siefert, Sinclair, Kehl-Fie i Blais(2009) ispitivali su metrijske karakteristike PAI-a ali i druga ključna pitanja vezana za primenu instrumenta na hospitalizovanim pacijentima (na pr. distinktivnost skala). Uzorak je sačinjavalo 560 hospitalizovanih pacijenata sa različitim dijagnozama. Autori zaključuju da PAI kliničke skale generalno uspešno funkcionišu i na uzorku pacijenata sa ozbiljnijom patologijom. Ajtemi koji sačinjavaju kliničke skale zadovoljavaju kriterijume u pogledu interne konzistentnosti, interajtemske korelacije i korelacije ajtem-skala. Dobijeni α koeficijenti za PAI kliničke skale kreću se od .83 (MAN) do .94 (DEP) sa medijanom od .88. Srednje vrednosti ajtem-skala korelacija su uglavnom na nivou .40 ili veće i to u rasponu od .38 (MAN) do .64 (ALC). Slično, interajtemske korelacije se kreću od .17 (MAN) do .42 (ALC). Takodje, analiza kako na nivou ajtema tako i na nivou skala potvrđuje relativnu distinktivnost PAI kliničkih skala za merenje različitih konstrukata i na uzorku pacijenata sa ozbiljnijom psihopatologijom..

Tabela 1.4.3.1.2: Interna konzistentnost i korelacije ajtem-skala i srednja interajtemska korelacija za PAI skale i subskele na američkom uzorku (Morey,1991) i u istraživanju Siefert-a i sar. (2009)

Skala /subskala	Američki klinički uzrak (Meyer, 1991)		Klinički uzorak Siefert i sar.(2009) za 11 kliničkih skala		
	α koeficijent	Srednja inter-ajtemska korelacija	α koeficijent	Srednja ajtem-skala korelacija	Srednja inter-ajtemska korelacija
SOM	.92	.31	.90	.48	.26
SOM-C	.83	.38	.76	.46	.28
SOM-S	.77	.29	.74	.43	.26
SOM-H	.83	.38	.81	.53	.35
ANX	.94	.40	.93	.58	.36
ANX-C	.87	.45	.86	.60	.43
ANX-A	.84	.40	.82	.54	.36
ANX-P	.83	.38	.81	.52	.34
ARD	.86	.20	.86	.41	.20
ARD-O	.63	.18	.65	.34	.19
ARD-P	.67	.20	.66	.35	.19
ARD-T	.89	.50	.89	.66	.49
DEP	.93	.36	.94	.60	.38
DEP-C	.84	.40	.87	.62	.45
DEP-A	.88	.48	.90	.68	.52
DEP-P	.80	.32	.79	.50	.32
MAN	.82	.16	.83	.38	.17
MAN-A	.55	.14	.55	.27	.13
MAN-G	.78	.31	.77	.48	.30
MAN-I	.81	.35	.83	.55	.37
PAR	.89	.26	.88	.46	.23
PAR-H	.75	.28	.76	.46	.28

PAR-P	.83	.39	.79	.52	.32
PAR-R	.72	.25	.67	.36	.20
SCZ	.89	.26	.87	.45	.23
SCZ-P	.71	.26	.74	.46	.26
SCZ-S	.85	.41	.82	.54	.36
SCZ-T	.85	.42	.84	.57	.39
BOR	.91	.29	.91	.53	.30
BOR-A	.81	.42	.80	.56	.40
BOR-I	.77	.36	.74	.47	.32
BOR-N	.68	.26	.73	.47	.40
BOR-S	.76	.34	.78	.53	.37
ANT	.86	.21	.84	.40	.18
ANT-A	.80	.34	.76	.47	.28
ANT-E	.63	.18	.61	.31	.16
ANT-S	.75	.28	.74	.45	.26
ALC	.93	.55	.90	.64	.42
DRG	.89	.43	.88	.60	.37
AGG	.90	.33			
AGG-	.80	.39			
AGG-	.77	.28			
AGG-	.79	.48			
SUI	.93	.56			
STR	.79	.32			
NON	.80	.34			
RXR	.80	.33			
DOM	.82	.27			
WRM	.83	.28			

Što se tiče **test-retest relijabilnosti** autor (Morey, 1991) u tehničkom priručniku za PAI navodi da su ovu vrstu pouzdanosti ispitivali na dva uzorka odraslih i studenata (N=75 i N=80) i dobili zadovoljavajuće koeficijente stabilnosti. Tako je na standardizacionom uzorku koeficijent relijabilnosti iznosio 0.86 za 11 kliničkih skala i za test-retest period od 4 nedelje. Ispitivanje srednje vrednosti apsolutnog T-skora za promene vrednosti na skalama takodje je potvrdilo da su apsolutne promene tokom vremena bile male, iznosile su 2 do 3 T-skor poena za većinu skala (Morey, 1991).

Boyle i Lennon (1994) izveštavaju o test-retest relijabilnosti od 0.73 na njihovom uzorku normalnih ispitanika i za test-retest period od 28 dana.

Rogers i sar.(1995) pronalaze prosečnu stabilnost od 0.71 za verziju PAI inventara na španskom jeziku i za test-retest period od 2 nedelje.

Dalje, s obzirom da se inventari sa multiplim skalama uglavnom interpretiraju konfiguralno, izvedene su još dve analize sa ciljem određivanja stabilnosti konfiguracija na 11 kliničkih skala. Prva analiza imala je za cilj da utvrdi korelacije između ispitanikovih profila nainicijalnom testiranju i profila na retestu. Korelacije su radjene za ceo zorak (N=155). Dobijena srednja korelacija kroz vreme na kliničkim skalama

iznosila je 0.83 što pokazuje da postoji visoka stabilnost profila kroz vreme. Drugo istraživanje imalo je za cilj da pokaže da li postoji konzistentnost visokih skorova kroz vreme, odnosno da li najviši T-skorovi na 11 kliničkih skala ostaju stabilni kroz vreme. Jednom analizom proveravana je stabilnost najviših skorova, a na drugoj stabilnost najviših skorova samo ako je najmanje jedna skala prelazila T-skor 70. Kada je praćena najviša skala bez obzira na elevaciju profila 57,4% ispitanika je imalo isti najviši skor na dve primene testa. Kada su praćeni samo profili sa skorom preko 70, čak 76,9% ispitanika je imalo najviši skor na istoj skali na dve administracije testa. Dakle, najviši skor na PAI kliničkim skalama je stabilan tokom vremena, naročito kada su prisutne signifikantne elevacije. Važan nalaz je da iako su najviše tačke tokom vremena stabilne, one su manje stabilne od konfiguracije celokupnog profila, što je nalaz od značaja za interpretaciju (dakle da jeste dobra početna tačka za interpretiranje najviši skor na inventaru, ali da se ne sme samo na tome ostati).

1.5.3.2 Studije validnosti

Proces validacije mera kliničkih konstrukata koje instrument meri zahteva akumulaciju većeg broja istraživanja. Morey (1991) je započeo taj proces nastojeći da uključi najbolje dostupne kliničke indikatore i zadavao ih paralelno sa različitim uzorcima (normalnih ispitanika, studenata, kliničkih uzoraka) sa ciljem utvđivanja njihove konvergentnosti sa odgovarajućim PAI skalama. Za eksternu validaciju PAI skala korišćeni su NEO-PI-R (Costa i Mc Crae, 1985), MMPI kliničke skale (Hathaway i Ckonley, 1967), skale sadržaja (Wiggings, 1966) i skale poremećaja ličnosti (Morey, Waugh i Blashfield, 1985), zatim IAS-R (Wiggings, Trapnell i Phillips, 1988) kao i dodatnih 50 konkurentnih (specifičnijih) mera psihopatologije. Osim mera sa različitih testova i skala za procenu patologije, korišćeni su i dijagnostički sudovi i procena kliničara na različitim kliničkim parametrima. Takodje, izvedeno je i niz studija simulacije sa ciljem procene efikasnosti PAI skala validnosti u identifikovanju određenih stilova odgovaranja.

U daljem tekstu će, zbog ograničenosti prostora, biti prikazan samo uzorak validacionih studija sa kliničkim, interpersonalnim i skalama vezanih za tretman.

Kao što je već rečeno PAI se sastoji od 11 kliničkih skala koje imaju za cilj da obezbede informacije o merama na 11 značajnih kliničkih konstrukata. Te skale Morey (1991; 1996) je provizorno podelio u tri grupe: „neurotične skale“ (SOM, ANX, ARD i DEP), „psihotične skale“ (MAN, PAR i SCZ) i „skale poremećaja ličnosti“ (BOR, ANT, ALC i DRG). U okviru „neurotičnog“ spektra ispitivana su korelacije PAI „neurotskih“ skala sa NEO-PI upitnikom, MMPI kliničkim i istraživačkim skalama kao i niz specifičnih mera kao što su Wahler Physical Symptoms Inventory (Wahler, 1983; prema Morey, 1991) kao meri somatskih tegoba, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory i Beck Hopelessness Scale (Beck i Steer, 1987; 1990; 1988; prema Morey, 1991) kao najčešće korišćenim i najbolje validiranim merama negativnog afekta; zatim Stait-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983; prema Morey, 1991) kao široko korišćena mera koja razlikuje situacione od bazične anksioznosti; Fear Survey Schedule (Wolpe i Lang, 1964; prema Morey, 1991) sveobuhvatna mera za procenu široko rasprostranjenih strahova; Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (Rachman i Hodgson, 1980; prema Morey, 1991) kao mera ozbiljne opsesivne ideacije i strahova kao i Mississippi Scale for Combat Posttraumatic Stress Disorder (Keane, Caddell i Taylor, 1988; prema Morey, 1991) kao mere prisustva simptoma posttraumatskog poremećaja.

Osim utvrđivanja „tipičnih“ profila za različite dijagnostičke grupe, radjene su korelacije između skorova na svakoj od kliničkih skala na PAI-u (koje pripadaju klasteru „neurotskih“ skala odnosno skale ANX, ARD, DEP i SOM) i validacionih mera sa gore navedenih instrumenata koje su potvrdile hipotetske obrasce, demonstrirajući snažnu povezanost sa drugim merama „neuroticizma“ (Costa i McCrae, 1992; Montag i Levin, 1994; Morey, 1991; prema Morey, 1996). Najsnažnija povezanost pronađena je između PAI skale za procenu somatskih problema (SOM) i mera sa Wiggins Health Concerns skale ($r=.80$) i to posebno skale za procenu organskih simptoma (Organic Problems , $r=.82$). Dalje, utvrđena je povezanost SOM skale sa drugim merama za procenu simptoma vezanih za somatsko funkcionisanje (Wahler Inventory , $r=.72$) i skalom hipohondrijaze sa MMPI, $r=.60$). SOM skala pokazuje i male do srednje korelacije sa merama distresa, kao što su anksioznost i depresivnost. Takođe, SOM skala je generalno gledano i najviša skala u profilima ispitanika u medicinskom setingu, ali ipak ne prelazi T skor 70 (Osborne, 1994).

ANX skala (skala anksioznosti) demonstrira supstancijalnu povezanost sa brojnim merama negativnog afekta, uključujući Neuroticizam na NEO-PI upitniku ($r = .76$), STAI Trait Anxiety Inventory ($r = .73$), Wiggins Depression skale ($r = .76$) što je i očekivano s obzirom na prominentnu ulogu anksioznosti u mnogim mentalnim poremećajima. ARD skala (sa anksioznošću povezanih poremećaja), sa druge strane, koja je namenjena za specifičnija dijagnostička razmatranja, ima najveću korelaciju sa Mississippi PTSD skalom ($r = .81$) i sa Fear Survey Schedule ($r = .66$) pri čemu obe skale direktno mere vrstu poremećaja paralelnih sa onima koje ARD pretenduje da meri.

DEP skala (depresivnosti) demonstrira najviše korelacije sa različitim validiranim indikatorima depresivnosti kao što su Beck-ovom skalom za depresivnost ($r = .81$), MMPI skalom sadržaja depresivnosti ($r = .78$) i Wiggins skalom depresivnosti ($r = .81$) što je i bilo očekivano. Takođe registrovane su očekivane korelacije sa MMPI kliničkom skalom depresivnosti ($r = .66$), Wiggins Poor Moral skalom ($r = .74$) i NEO-PI domenom Neuroticizma ($r = .69$) i facetom depresivnosti ($r = .70$) kao i sa Beckovom skalom beznadžnosti ($r = .67$).

Što se tiče skala iz „psihotičnog“ klastera : MAN, PAR i SCZ skale (odnosno skale maničnosti, paranooidnosti i shizofrenije) pokazuju takođe očekivanu povezanost sa različitim merama kao i kliničkim rejting skalama (BPRS; Overall i Gorham, 1962; prema Morey, 1991) za procenu kognitivnih i interpersonalnih abnormalnosti koje karakterišu ove poremećaje (MMPI, NEO-PI, IAS-R).

Skala maničnosti (MAN) pokazuje najsnažniju povezanost sa Wiggins skalom hipomaničnosti ($r = .63$), psihotičizmom ($r = .58$) i hostilnošću; ($r = .55$) ; sa BPRS kliničkim rejtingzima za grandioznost ($r = .48$) i konceptualnu dezorganizovanost ($r = .40$) kao i MMPI Ma skalom ($r = .53$).

Skala paranooidnosti (PAR) pokazuje najsnažniju povezanost sa MMPI skalom paranooidnog poremećaja ličnosti ($r = .70$), Wiggins skalom psihotičizma ($r = .60$) i različitim merama hostilnosti kao što je Wiggins skala hostilnosti ($r = .54$) i facet hostilnosti sa NEO- PI upitnika ($r = .55$). Utvrđena je i umerena korelacija sa MMPI Pa skalom ($r = .45$).

Skala shizofrenije (SCZ) korelira sa Wiggins skalom psihotičizma ($r = .76$) i MMPI skalom shizotipskog i paranooidnog poremećaja ličnosti ($r = .67$ i $.66$). Takođe je pozitivno korelirana sa MMPI Sc skalom ($r = .55$) i negativno korelirana sa

indiktorima socijalnosti i socijalne efikasnosti kao što su NEO-PI domen saradljivosti ($r = -.49$) i facet Druželjubitost ($r = -.57$). Ovaj obrazac indikuje da skorovi na SCZ skali reflektuju poremećaje kako u kognitivnom (sumanutosti, halucinacije) tako i u interpersonalnom domenu funkcionisanja (limitirana socijalna kompetentnost). Na kraju, istraživanja pokazuju da SCZ skala razlikuje shizofrene pacijente od kontrolne grupe ispitanika (Boyle i Lennon, 1994).

Što se tiče klastera „poremećaja ponašanja“ (skalu graničnosti - BOR, antisocijalnog ponašanja - ANT, skalu problema s alkoholom - ALC i problema sa drogama - DRG). Ispitivana je konvergentna i diskriminativna validnost skala sa ovog klastera paralelno sa NEO-PI upitnikom, IAS-R, MMPI kao i nizom specifičnih instrumenata kao što su Bell Object Relation Inventory (Bell, Billington i Becker, 1985; prema Morey, 1991) odnosno multifaktorskim instrumentom namenjenom proceni različitih interpersonalnih stavova i uverenja koja su indikativna za rane patološke objektne relacije za koje se smatra da su u osnovi borderline sindroma; zatim Michigan Alcoholism Screening Test (Sleyer, 1971; prema Morey, 1991) i Drug Abuse Screening Test (Skinner, 1982; prema Morey, 1991) odnosno skalama za procenu problema sa alkoholom ili drogama. I kod ovih skala dobijene su očekivane i smislaone korelacije sa eksternim merama. BOR skala ima najviše korelacije sa MMPI borderline skalom poremećaja ličnosti ($r = .77$), ANT sa MMPI antisocijalnom skalom ($r = .77$), ALC sa Michigan Alcohol Screening Testom ($r = .89$), a DRG skala sa Drug Abuse Screening testom ($r = .69$).

1.5.3.3 Faktorska struktura upitnika

Već na osnovu pregleda matrica korelacija izmedju skala, odnosno subskala vidi se da skale odnosno subscale PAI-a koreliraju na predvidljiv i smisaon način, odnosno u skladu sa teorijskim očekivanjima. S obzirom da PAI nema preklapajućih skala dobijene veze izmedju skala reprezentuju stvarnu empirijsku strukturu, a ne artefakt skorovanja. Analiza latentne strukture PAI-a radjena je i na kliničkom i na normalnom uzorku sa ciljem procene stabilnosti dobijenog faktorskog rešenja kroz različite uzorke. Morey (1991) je empirijsku strukturu upitnika proveravao metodom glavnih komponenti, a

zatim su dobijene komponente rotirane su u varimax poziciju. Faktori sa eigenvalue vrednostima većim od 1 su dalje uzimani u rotaciju. Radjene su dve faktorske analize: jedna na svim skalama (uključeno je 22 skale PAI-a) i druga na 11 kliničkih skala PAI-a. Morey (1991) navodi da je dobijeno slično faktorsko rešenje u obe faktorske analize i na oba uzorka (i kliničkom i normativnom).

Generalno, faktorska rešenja su bila slična jer je dosledno izdvajano četvorofaktorsko rešenje.

Prvi faktor, ima najveća zasićenja na skalama depresivnosti, anksioznosti, poremećaja povezanih sa anksioznošću, shizofrenijom i karakteristikama graničnosti (.89, .91, .87, .84, .77). Ovaj faktor autor interpretira kao *izraženi subjektivni distres i afektivnu disregulaciju*. Ovaj faktor je povezan sa opštim nivoom ozbiljnosti psihopatologije i disfunkcionalnosti, posebno u odnosu na akutne kliničke sindrome.

Drugi faktor, ima najveća zasićenja na skalama antisocijalnih karakteristika, problema sa alkoholom i problema sa drogama (.86, .73, .82). Ovaj faktor autori interpretiraju kao *bihevioralnu diskontrolu povezanu sa impulsivnošću i slabim sudjenjem*. Ponašanja povezana sa ovim faktorom bi se odnosila na distres u odnosu na druge pre nego na subjektivni distres koji je povezan sa prvim faktorom.

Treći faktor ima najveća zasićenja na skalama maničnosti, antisocijalnih karakteristika i dominacije. Značenje ovog faktora uključuje, po autorima, *egocentričnost i sklonost eksploataciji u interpersonalnim relacijama*. Ponašanja povezana sa ovim faktorom su u relaciji sa narcizmom, surovošću i beskrupuloznošću pre nego tipu impulsivnog acting outa povezanog sa faktorom dva. Takođe, ima malo subjektivnog distresa (trpnje) koju reprezentuje prvi faktor.

Četvrti faktor se pojavljuje samo kada se uzmu u analizu sve skale (22) i interpretacija ovog faktora se razlikuje za klinički i normativni uzorak. U kliničkoj grupi, ovaj faktor definišu visoka pozitivna zasićenja na skalama infrekventnosti i inkonzistentnosti, dakle validnost/nemarnost kojom se upitnik popunjava je identifikovani izvori varijanse. U uzorku normalnih ispitanika visoka negativna zasićenja na ovom faktoru imaju skala Topline, kao i pozitivna zasićenja skale Nedostajanja podrške, Shizofrenije i Paranoidnosti. Ovaj faktor se na uzorku normalnih može interpretirati kao *socijalna izolacija i osetljivost odnosno vulnerabilnost u socijalnim relacijama*.

Medjutim, Boyle i Lennon (1994) su tvrdili da je nemoguće replikovati Morey-ovo faktorsko rešenje, čak i kada se koriste isti podaci (na osnovu tehničkog priručnika za primenu testa). Iako su Boyle i Lennon koristili donekle drugačije metode ekstrahovanja faktora, a i kao značajan problem pojavila se i greška (štamparska greška u podacima), ipak i većina kasnijih istraživača ne uspeva da replikuje navedenu empirijsku strukturu testa.

Nadalje, Schinka (1995) na uzorku alkoholičara (N=301; pacijenata sa DSM dijagnozom zavisnosti od alkoholizma) i to uglavnom muškaraca sa ozbiljnijom formom bolesti (99,3% uzorka su sačinjavali muškarci) faktoriše PAI. U analizu uključuje 20 skala (bez ALC i DRG skala) zbog toga što nastoji da izvrši komparaciju sa Morey-im rezultatima ali i da bi se izbegao uticaj selekcije uzorka (u kome su bili isključivo alkoholičari). Schinka izdvaja takodje 4 faktora. Prvi faktor definišu visoka negativna zasićenja na PIM skali i visoka pozitivna zasićenja na NIM skali, kao i visoka pozitivna zasićenja na skalama SOM, ANX, ARD, DEP, PAR, SCH, BOR (dakle većina kliničkih skala) uz supstancijalnu, ali nižu zasićenost na skalama SUI, STR, NON, RXR (negativno zasićenje). Ovaj faktor autor intepretira slično kao i Morey, kao generalni psihološki distres i afektivnu disregulacija. Ovaj faktor zapravo može predstavljati dobar marker ozbiljnosti simptoma i oštećenja u funkcionisanju. Drugi faktor najviše zasićuju (negativno) PIM, (pozitivno) MAN, BOR, ANT, AGG i DOM. Interpretira se kao aktivno interpersonalno uključivanje koje karakteriše afektivna nestabilnost, hostilnost, izrabljivačko ponašanje i egocentričnost. Treći faktor najviše zasićuju NON i (negativno) WRM skale i nešto niže PAR, SCH i INF skale. Ova faktor autor interpretira kao interpersonalnu hladnoću, nepoverenje i socijalnu distancu povezanu sa ozbiljnijim formama patologije i difunkcionalnosti ličnosti. Četvrti faktor zasućuje samo ICN skala i odgovara Morey-om faktoru koji zasićuju INF i ICN skale.

Dakle, tri faktora predstavljaju replikaciju originalnih Morey-ih faktora ali je četvrti izdvojen faktor interpersonalne hladnoće i koji je verovatno povezan sa ozbiljnijim formama disfunkcionalnosti.

Sličan faktor pronalaze u svom istraživanju Tascia i sar. (2002). Ovi autori su na uzorku ispitanika sa dijagnozom poremećaja ishrane (N=238) metodom izdvajanja glavnih komponenti sa varimax rotacijom i na svih 22 skale PAI-a izdvojili 5 faktora (eigenvalue veća od 1). Prvi, treći, četvrti i peti faktor korespondiraju faktorima

dobijenim u Morey-om istraživanju na kliničkom uzorku. Prvi faktor se interpretira kao izraženi subjektivni distres i afektivna disregulacija (zasićuju ga sve kliničke skale osim MAN skale), treći (sa najvećim zasićenjima na skalama ANT, ALC i DRG) kao probleme povezane sa acting out-om. Četvrti faktor najviše zasićuju skale MAN, AGG, ANT i DOM i interpretira se kao beskrupuloznost, hostilnost, egocentričnost i izrabljivačko ponašanje u interpersonalnim relacijama. Peti faktor, slično Morey-u reprezentuje varijabilnost u validnosti profila (zasićuje ga samo INF skala). Drugi izdvojeni faktor (koji najviše zasićuju niska Toplina, visoka Paranoidnost i Agresivnost) najviše odgovara faktoru interpersonalne hladnoće koji je Schinka izdvojio u svom istraživanju i interpretira se kao interpersonalna hladnoća, nepoverenje, socijalna distanciranost.

Karlina i sar. (2005) na velikom uzorku pacijenata sa hroničnim bolom (N=510) također izveštavaju o izdvojenim komponentama koje se donekle razlikuju od Morey-ove strukture, jer izdvajaju faktor zloupotrebe supstanci i idiosinkratičnog odgovaranja što se razlikuje u odnosu na Morey-u strukturu gde su skale zloupotrebe supstanci (ALC i DRG) pripadale faktoru acting-out ponašanja.

Frazier, Naugle i Haggerty (2006) su na uzorku neuropsiholoških pacijenata (N=421) izdvajaju 3-faktorsko rešenje (ne interpretiraju faktore koji obuhvataju skale validnosti). Kao prvi faktor opet se izdvaja faktor negativnog afektiviteta, opšteg distresa (objašnjava 37% varijanse), drugi faktor (objašnjava 10% varijanse) se interpretira kao mera emocionalne disregulacije i acting out ponašanja. Treći izdvojeni faktor (5 % varijanse) interpretira se kao socijalna izolacija i otudjenost (zasićuju ga PAR, SCH, NON, negativno MAN, DOM i WRM).

Ihözle i Mezer (2009) u svom preglednom članku o aktorskoj strukturi PAI-a primećuju da su faktorske solucije dobijene na uzorcima namernih konzistentnije nego one dobijene na kliničkim uzorcima. Tako, na primer Deisinger (1995) i pored korišćenja drugačije tehnike faktorske analize od Morey-a izdvaja četvoro-faktorsko rešenje koje odgovara strukturi izdvojenoj na originalnom američkom standardizacionom uzorku Morey-a.

Groves i Engel (2007) na nemačkom standardizacionom uzorku također izdvajaju četiri faktora slična Morey-ovim faktorima ekstrahovanim na nekliničkim uzorcima.

Hoelzle i Meyer (2009) sumirajući nalaze različitih studija pokazuju se diskrepance u faktorskim strukturama pojavljuju bez obzira na broj skala koje su uključene u analizu (da li svih 22 PAI skala ili samo 11 kliničkih ili 17 skala). Izdavaju se od 2 do 5 faktora, ali se i registruju značajne razlike u odnosu na to da li je uzorak klinički ili neklinički. Zaključci su sledeći:

- postoji saglasnost za dimenziju/faktor koji se interpretira kao subjektivni distres i afektivni poremećaj i koji se dosledno ekstrahuje kroz različite uzorke
- ne postoji saglasnost oko drugih faktora /dimenzija

Morey (1997) je u pregledu literature pronašao značajnu varijabilnost sa koeficijentima kongruentnosti od .92, .70, .76 i .70 za komponente /faktore 1 do 4. Dakle, iako je faktorska struktura značajno istraživana postoji nesaglasnost i ostaje pitanje da li PAI konstrukti višeg reda su slični u različitim uzorcima.

Konfirmatorna faktorska analiza

Deset PAI skala je dizajnirano tako da imaju subskele (po 3 subskele osim BOR skale koja ima 4 subskele). Konfirmatornom faktorskom analizom je proveravana tačnost hipoteze o strukturisanosti faktora odnosno saglasnost između konceptualno hipoteziranih struktura subskala PAI ajtema i opserviranih obrazaca interkorelacija između njih. Korišćen je model faktorske analize izveden iz Bentler-ovog pristupa (Bentler, 1989; Bentler i Weeks, 1980; prema Morey, 1991). Dobijeni Bentler Comparative Fit Index je bio iznad .90 za sve strukture subskala, a prosečan indeks je bio čak .97. Ovako visoke vrednosti ukazuju da empirijski podaci odgovaraju hipotetski pretpostavljenim strukturama subskala. Takvi nalazi su i očekivani jer je u procesu izbora ajtema veliki napor bio usmeren da se maksimizira interna konzistentnost na nivou subskala.

S obzirom da je PAI multidimenzionalni instrument namenjen pre svega kliničarima važna je i bilo i primeniti metode klaster analiza. Naime, u interpretaciji multidimenzionalnih instrumenata kliničari često tragaju za tipičnim obrascima u različitim protokolima. Stoga su primenjene matematičke procedure (Ward-ov metod klaster analize) sa ciljem identifikovanja tih obrazaca odnosno profila koji kasnije u praksi mogu poslužiti kao početna tačka u interpretaciji. Nakon primene Ward-ovog

model na uzorak od 2300 subjekata koji su slučajno uzorkovani iz šireg kliničkog uzorka (N=1246 pacijenata) izvedeno je 10 klastera u odnosu na koje svaki kliničar može porediti dobijeni profil.

1.5.3.4 Predikcija ponašanja

S obzirom da je bihejvioralna predikcija sine qua non svake psihološke ali i kliničke procene (Wiggins, 1993) važno je bilo potvrditi uspešnost PAI a i na tom polju. Akumulacija istraživačkih dokaza pokazuje da je PAI validan u predikciji važnih ponašanja u kliničkom setingu i to: simulacije (Hawes i Boccaccini, 2009), suicida, nasilničkog ponašanja i napuštanja tretmana (Hopwood, 2008), zloupotrebe supstanci (Schinka, 1995), recidivizma (Salekin i sar. 1998). Medjutim, PAI je noviji instrument i empirijska istraživanja tek treba da uslede.

1.5.4 Interpretacija skala i subskala PAI inventara

Sirovi skorovi sa PAI skala i subskala se transformišu u T skorove sa ciljem obezbedjivanja interpretacije na bazi podataka dobijenih sa standardizacionig uzorka od 1000 ispitanika. Za svaku skalu i subskalu T skorovi se transformišu tako da imaju srednju vrednost od 50 i standardnu devijaciju od 10. To znači da vrednost T skora veća od 50 leži iznad proseka u odnosu na skorove sunjekata iz standardizacionog uzorka. Približno 84% nekliničkih subjekata imaće T skorove ispod 60 na većini skala (što odgovara jednoj standardnoj devijaciji), dok 98% nekliničkih subjakata će imati skorove ispod T skora 70 na većini skala. Stoga je T skor 70 ili iznad predstavlja izraženo odstupanje od tipičnog odgovaranja osobe iz date populacije.

Tabela 1.5.4.1: Kratak opis PAI kliničkih skala (prema Morey, 1991)

Naziv i broj ajtema	Opis
<p>INKONZISTENTNOST (ICN) Inconsistency</p>	<p>Skale validnosti</p> <p>Bazirana je na 10 parova ajtema koji se nalaze duž celog inventara, svaki par se sastoji od ajtema koji (pozitivno ili negativno) visoko koreliraju. Služe za proveru da li ispitanik dosledno odgovara tokom popunjavanja inventara.</p>
<p>RETKE AJTEMI (INF/8) Infrequency</p>	<p>Ajtemi neutralni u odnosu na psihopatologiju i pojavljuju se ekstremno često ili retko. Služe kako bi se prepoznalo da li ispitanik odgovara pažljivo ili nasumice.</p>
<p>NEGATIVNA IMPRESIJA (NIM/9) Negative impression</p> <p>POZITIVNA IMPRESIJA (PIM/9) Positive Impression</p>	<p>Ajtemi sugeriraju preterivanje u nepovoljnoj impresiji ili simulaciju, što je relativno retko među kliničkim subjektima</p> <p>Ajtemi sugeriraju prezentaciju pozitivne samoimpresije ili odbijanje osobe da prizna manje nedostatke</p>
<p>SOMATSKE ŽALBE (SOM/24) Somatic Complaints</p>	<p>Kliničke skale</p> <p>Ajtemi se odnose na preokupiranost pitanjima zdravlja i spomatskim pritužbama specifičnim za somatizacije ili konverzivne simptome. Subskale su: Konverzija (SOM-C, 8 ajtema), somatizacije (SOM-S, 8 ajtema), briga za zdravlje (SOM-H, 8 ajtema).</p>
<p>ANKSIOZNOST (ANX/24) Anxiety</p>	<p>Ajtemi su fokusirani na fenomenologiju i opservabilne znake anksioznosti, s naglaskom na proceni kroz različite modalitete odgovora na anksioznost. Subskale su: kognitivna (ANX-C, 8 ajtema), afektivna (ANX-A), fiziološka (ANX-P, 8 ajtema).</p>
<p>POREMEĆAJI U RELACIJI SA ANKSIOZNOŠĆU (ARD/24)</p>	<p>Ajtemi fokusirani na simptome ili ponašanja u relaciji sa specifičnim anksioznim poremećajima. Subskale su: opsesivno-kompulsivna (ARD-O, 8 ajtema), fobijska (ARD-P, 8 ajtema), traumatski stres (ARD-T, 8 ajtema).</p>
<p>DEPRESIJA (DEP/24) Depression</p>	<p>Simptomi i fenomenologija depresivnih poremećaja. Subskale su: kognitivna (DEP-C, 8 ajtema), afektivna (DEP-A, 8 ajtema), fiziološka (DEP-P, 8 ajtema).</p>
<p>MANIJA (MAN/24) Mania</p>	<p>Afektivni, kognitivni i bihevioralni simptomi manije i hipomanije. Subskale su: nivo aktiviteta (MAN-A, 8 ajtema), grandioznost (MAN-G, 8 ajtema), iritabilnost (MAN-I, 8 ajtema).</p>
<p>PARANOJA (PAR/24) Paranoia</p>	<p>Fokusirana je na simptome paranoidnog poremećaja ili trajnije karakteristike paranoidne ličnosti. Subskale su: ozlojedjenost (PAR-R, 8 ajtema), preterana opreznost (PAR-H, 8 ajtema), proganjanje (PAR-P, 8 ajtema).</p>
<p>SHIZOFRENIJA (SCZ/24) Schizophrenia</p>	<p>Fokusirana na simptome relevantne za široki spektar shizofrenih poremećaja. Subskale su: psihotična doživljavanja (SCZ-P, 8 ajtema), socijalna otudjenost (SCZ-S, 8 ajtema), poremećaj mišljenja (SCZ-T, 8 ajtema).</p>
<p>KARAKTERISTIKE GRANIČNOSTI (BOR/24)</p>	<p>Ajtemi su fokusirani na osobine indikativne za granični nivo funkcionisanja ličnosti, uključujući nestabilnost ili fluktuaciju u interpersonalnim relacijama, impulsivnost, afektivnu nestalnost i nestabilnost ili nekontrolisani bes. Subskale su : afektivna nestabilnost (BOR-A, 6 ajtema), problemi identiteta (BOR-I, 6</p>

	ajtema), negativne relacije (BOR-N,6 ajtema), samopovredjivanje (BOR-S,6 ajtema).
ABTISOCIJALNE KARAKTERSITIKE (ANT/24)	Ajtemi fokusirani na istoriju ilegalnih dela ili problema sa autoritetom, egocentrizam, nedostatak empatije i lojalnosti, nestabilnost i potragu za novinama. Subskale su: antisocijalno ponašanje (ANT-A, 8 ajtema), egocentrizam (ANT-E, 8 ajtema), potraga za stimulacijama (ANT-S, 8 ajtema).
PROBLEMI SA ALKOHOLOM (STR/12)	Ajtemi fokusirani direktno na problematične posledice upotrebe alkohola i karakteristike zavisnosti od alkohola.
PROBLEMI SA DROGAMA (DRG/12)	Ajtemi fokusirani direktno na problematične posledice korišćenja droga (prepisanih kao lekovi i nezakonitih supstanci) i karakteristike zavisnosti od droga.
Skale tretmana	
AGRESIVNOST (AGG/18)	Karakteristike i ponašanje u relaciji sa besom, neprijateljstvom i agresijom, uključujući istoriju agresije (fizičke i verbalne) i ponašanja u relaciji sa agresijom. Subskale su: agresivni stav (AGG-A,6 ajtema), verbalna agresija (AGG-V, 6 ajtema), fizička agresija (AGG-P, 6 ajtema).
SUICIDALNA IDEACIJA (SUI/12)	Ajtemi fokusirani na suicidalnu ideaciju, u čitavom rasponu od doživljaja bespomoćnosti preko uopštenih i nejasnih razmišljanja o suicidu pa do misli koje su jasni, određeni planovi za suicidalni akt.
STRES (STR/8)	Sadržaj meri uticaj skorašnjih i sadašnjih stresora u oblasti porodice, zdravlja, posla, finansija i drugih značajnih oblasti života.
NEPOSTOJANJE PODRŠKE (NON/8)	Sadržaj meri nedostatak vidljive socijalne podrške, podrazumevajući i nivo i kvalitet dostupne podrške
ODBIJANJE TRETMANA (RXR/8)	Ajtemi fokusirani na teorijski prediktivne atribute i stavove koji govore o interesovanju i motivaciji za lične promene psihološke ili emocionalne prirode: osećanje distresa i nezadovoljstva, volja za učestvovanje u tretmanu, prepoznavanje potrebe za promenom, otvorenost za nove ideje i spremnost da se preuzme odgovornost za akcije.
Interpersonalne skale	
DOMINANTNOST (DOM/12)	Interpersonalna skala procenjuje stepen u kome je osoba kontrolišuća i nezavisna u personalnim relacijama. Koncentualizovana je kao bipolarna dimenzija sa dominantnim interpersonalnim stilom na kraju sa visokim skorovima, a submisivnim interpersonalnim stilom na niskim skorovima.

TOPLINA(WRM/12)	Interpersonalna skala koja procenjuje stepen u kome je osoba podržavajuća i saosećajna u personalnim relacijama. Konceptualizovana kao bipolarna dimenzija, gde se na kraju s visokim skorovima nalaze toplina i društvenost u interpersonalnom stilu, a na kraju s niskim skorovima hladnoća i odbijanje u interpersonalnom stilu.
-----------------	---

Tabela 1.5.4.2: Kratak opis PAI kliničkih subskala (prema Morey, 1991)

PAI subskale	Interpretacija (T>69)
SOM	
Konverzija (SOM-C)	Obuhvata simptome povezane sa konverzivnim poremećajem posebno sa senzornim i motornim disfunkcijama.
Somatizacija (SOM-S)	Obuhvata često pojavljivanje različitih fizičkih simptoma i nejasnih žalbi na zdravlje i umor
Briga za zdravlje (SOM-H)	Obuhvata preokupaciju zdravstvenim statusom i fizičkim problemima
ANX	
Kognitivna (ANX-C)	Obuhvata ruminativnu brigu i zabrinutost o aktuelnim događanjima što dovodi do oštećene koncentracije i pažnje
Afektivna (ANX-A)	Obuhvata doživljavanje tenzije, teškoću da se opusti i prisustvo umora kao rezultata opaženog stresa
Fiziološka (ANX-P)	Obuhvata očigledne fizičke znake tenzije i stresa, kao što su znojavi dlanovi, drhtanje ruku, žalbe na iregularne otkucaje srca i nedostatak daha
ARD	
Opsesivno-kompulsivna (ARD-O)	Obuhvata intruzivne misli ili ponašanja, rigidnost, neodlučnost, perfekcionizam i afektivnu konstrikciju
Fobijska (ARD-P)	Obuhvata široko rasprostranjene fobične strahove, kao što su strahovi od socijalnih situacija, javnog prevoza, visine, zatvorenog prostora ili drugih specifičnih objekata
Traumatski stres (ARD-T)	Obuhvata doživljaj traumatskog događaja koji izaziva kontinuirani distress i koji se doživljava kao da je ispitanika ostavio oštećenim na neki fundamentalni način
DEP	
Kognitivna (DEP-C)	Obuhvata misli o bezvrednosti, beznadežnosti i ličnog promašaja kao i neodlučnost i teškoće u koncentraciji
Afektivna (DEP-A)	Obuhvata osećanja tuge, gubitka interesa za svakodnevne aktivnosti i anhedoniju.
Fiziološka (DEP-P)	Obuhvata nivo fizičkog funkcionisanja, aktivnosti i energije, uključujući i poremećaj spavanja ili promene u apetitu sa/bez gubitkom telesne težine.
MAN	
Nivo aktiviteta (MAN-A)	Odnosi se na preterano uključivanje u široki spektar aktivnosti na dezorganizovani način i iskustvo ubrzanih misanih procesa i ponašanja
Grandioznost (MAN-G)	Obuhvata uvećano samo-pouzdanje, ekspanzivnost i uverenje da je osoba posebna i da ima jedinstvene veštine ili talente.

Iritabilnost (MAN-I)	Obuhvata prisustvo zategnutih odnosa sa drugima usled ispitaničevih frustracija zbog nemogućnosti ili nevoljnosti drugih da ispunjavaju nejkove planove, zahteve ili često nerealne ideje.
PAR	
Preterana opreznost (PAR-H)	Obuhvata sumnjičavost i tendenciju da se pažljivo prati okruženje u potrazi za realnim ili zamišljenim omalovažavanjima od strane drugih
Proganjanje (PAR-P)	Obuhvata uverenje da je osoba tretirana na neadekvatan način i da postoji udruženi napor drugih da se podriju ispitaničevi interesi
Ozlojadjenost (PAR-R)	Obuhvata gorčinu i cinizam u interpersonalnim relacijama, kao i tendenciju da se bude kivan i da se eksternalizira optuživanje za bilo kakvu nesreću
SCZ	
Psihotična doživljavanjaSCZ-P	Obuhvata doživljaj neuobičajenih percepcija i senzacija, magijsko mišljenje i/ili neuobičajene ideje koje se mogu razviti do sumanutih ideja
Socijalna otudjenostSCZ-S	Obuhvata socijalnu izolaciju, diskomfor i čudnovatost u socijalnim relacijama
Poremećaj mišljenjaSCZ-T	Obuhvata konfuziju, probleme u koncentraciji i dezorganizovanost procesa mišljenja
BOR	
Afektivna nestabilnost (BOR-A)	Obuhvata emocionalnu responzivnost, brze promene raspoloženja i lošu kontrolu emocija.
Problemi identiteta (BOR-I)	Obuhvata nesigurnost u pogledu glavnih životnih pitanja i osećanja praznine, neispunjenosti ili odsustvo osećanja svrhe.
Negativne relacije (BOR-N)	Obuhvata istoriju ambivalentnih, intezivnih odnosa u kojima se osoba oseća eksploatisano ili izdano.
Samopovredjivanje (BOR-S)	Obuhvata impulsivnost za ponašanja koje imaju visok potencijal da će iamtati negativne posledice za osobu
ANT	
Antisocijalno ponašanje (ANT-A)	Obuhvata istoriju antisocijalnih psotupaka i uključivanje u enelgalne aktivnosti.
Egocentrizam (ANT-E)	Obuhvata nedostatak empatije ili sažljenja i generalno izrabljujući stav u interpersonalnim odnosima.
Potruga za stimulacijama (ANT-S)	Obuhvata glad za uzbudjenjima i senzacijama i nisku toleranciju na dosadu, takdoje i tendenciju da se bude nesmotren i da se upusti u preuzimanje rizika.

2 PROBLEM ISTRAŽIVANJA

2.1 Odredjivanje problema istraživanja

Osnovni predmet ovog istraživanja je provera inkrementalne diferencijalno-dijagnostičke validnosti Inventara za procenu ličnosti (PAI) za procenu psihopatoloških entiteta na našoj populaciji, odnosno provera poboljšanja diskriminativnog potencijala u odnosu na bazičnu strukturu ličnosti operacionalizovanu šestofaktorskim modelom (NEO-PI-R i DELTA 10). Dakle, osnovni predmet istraživanja biće provera potencijala PAI-a da emituje relevantne informacije koje su u vezi sa psihopatološkim statusom ispitanika, a da te informacije nisu već sadržane u instrumentima namenjenim merenju tzv. bazične strukture ličnosti. Bazična struktura ličnosti u ovom istraživanju je operacionalizovana kroz petofaktorski model (bazične dimenzije ličnosti N,E,O,A,C) proširen konstruktom Dezintegracije konativnih funkcija.

Dalje, u ovom istraživanju će prvi put na našoj populaciji biti psihometrijski i konceptualno proveravan novi klinički instrument Inventar za procenu ličnosti (PAI; Morey, 1991). Pored provere njegovih psihometrijskih karakteristika biće proverena i njegova latentna struktura.

2.2 Ciljevi istraživanja

1. Proveriti osnovne psihometrijske karakteristike PAI inventara ličnosti: mere pouzdanosti, homogenosti i reprezentativnosti.
2. Utvrditi latentnu strukturu PAI instrumenta na celokupnom uzorku.
3. Utvrditi i uporediti diskriminativni potencijal PAI inventara s jedne strane, i NEO-PI-R i DELTE-10, s druge strane u diferenciranju različitih psihopatoloških entiteta (razlikovanje anksioznih, shizofrenih psihotičnih i drugih psihotičnih poremećaja kao i ispitanika bez poremećaja). Utvrđivanje i

analiza snage diferenciranja biće uradjena na širokim dimenzijama (NEO-PI-R domenima, DELTA 10 total skor i 2 dimenzije ekstrahovane sa PAI inventara) kao i na nivou užih dimenzija (faceta i modaliteta).

4. Utvrditi latentnu strukturu celokupnog prostora ličnosti i psihopatologije na celom uzorku.

2.3 Opšta očekivanja

1. Očekujemo da će PAI pokazati zadovoljavajuće metrijske karakteristike koje su slične onim dobijenim na američkom normativnom i kliničkom uzorku.
2. Očekujemo da će latentna struktra PAI-a na našem uzorku biti kongruentna sa latentnom strukturom PAI-a ekstrahovanoj na originalnom američkom normativnom uzorku.
3. Očekujemo da će PAI poboljšati preciznost klasifikacije ispitanika u dijagnostičke grupe u odnosu na NEO-PI-R i DELTA-10, i na nivou širih i na nivou užih dimenzija za 5%, odnosno da će uključivanje PAI inventara ličnosti supstancijalno unaprediti diskriminativni potencijal mera bazične strukture ličnosti.

3 METOD ISTRAŽIVANJA

3.1 Uzorak istraživanja

Istraživanje je uključilo 160 ispitanika oba pola, starosti od 19 do 66 godina. Ispitanici su podeljeni u četiri grupe: *zdravi*, *anksiozni* (dg F 40 ili F 41 prema MKB klasifikaciji mentalnih poremećaja), *shizofreni psihotični* (F20 prema MKB klasifikaciji mentalnih poremećaja) i *drugi psihotični* (F22-F29 prema MKB 10 klasifikaciji mentalnih poremećaja).

Grupe su ujednačene po polu i starosti. Svi ispitanici su imali bar završenu osnovnu školu.

Svim ispitanicima je bilo saopšteno da se ispitivanje sprovodi sa ciljem istraživanja i da će podaci biti dostupni samo u istraživačke svrhe. Kliničkim grupama saopšteno je i da rezultati ispitivanja ni na koji način neće uticati da dalji tok njihovog lečenja. Ispitanici iz kliničkih grupa ispitivani su najranije 4-6 nedelja od početka lečenja i u periodu stabilizacije akutnih simptoma.

Kliničke grupe formirane su najvećim delom od ambulantnih i hospitalizovanih pacijenata Klinike za psihijatriju KC Srbije, a manjim delom (grupa shizofrenih pacijenata) od pacijenata hospitalizovanih u Specijalnoj bolnici za neuropsihijatrijske poremećaje u Kovinu.

Kliničke grupe formirane su na osnovu dijagnoza mentalnih poremećaja procenjenih od strane ordinirajućeg psihijatra, a na osnovu kriterijuma MKB Klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (SZO, 1992).

Prvu grupu, *normalni*, činili su ispitanici koji nikada do trenutka istraživanja nisu tražili psihijatrijsku pomoć.

Drugu grupu, *anksiozni*, činili su ispitanici sa dijagnozom F40 (fobijski anksiozni poremećaji: agorafobija, socijalna fobija, specifična fobija, drugi fobijsko-anksiozni poremećaji) ili F41 (panični poremećaj, generalizovani anksiozni poremećaj, anksiozno-depresivni poremećaj, drugi anksiozni poremećaji) prema MKB 10 klasifikaciji.

Treću grupu, *psihotični shizofreni*, činili su ispitanici sa dijagnozom F 20 (paranoidna shizofrenija, hebefrena shizofrenija, katatona shizofrenija, nediferencirana shizofrenija, postshizofrena depresija, rezidualna shizofrenija, shizofrenija simplex, druga shizofrenija) prema MKB 10 klasifikaciji.

Četvrtu grupu, *psihotični neshizofreni*, činili su pacijenti sa dijagnozama F22-F29 (poremećaji slični shizofreniji, perzistentni sumanutni poremećaji, akutni i prolazni psihotični poremećaji, indukovani sumanutni poremećaji, shizoafektivne psihoze, drugi neorganski psihotični poremećaji, neorganske psihoze) prema MKB 10 klasifikaciji.

Odluka o kliničkim grupama, odnosno dijagnozama koje smo uključili u određene istraživačke grupe, doneta je sa ciljem obuhvatanja što šireg raspona psihopatologije i mogućnosti preciznije diferencijacije između različitih psihopatoloških ispoljavanja. Stoga je kao patognomonična za grupu nepsihotičnih psihijatrijskih poremećaja izabrana grupa anksioznih poremećaja (kao epidemiološki najčešća grupa nepsihotičnih psihopatoloških ispoljavanja), a za grupe psihotičnih pacijenata napravljena je distinkcija između shizofrene grupe i svih drugih psihotičnih oblika psihopatologije, s obzirom na značajno razlikovanje tih oblika psihotičnog ispoljavanja u kliničkoj slici, toku i prognozi poremećaja. Dakle, različite psihopatološke grupe izabrane su sa ciljem provere diskriminativne moći upotrebljenih instrumenata za precizniju distinkciju specifičnijih modaliteta psihopatoloških ispoljavanja.

Kriterijumi za uključivanje u kliničke grupe bili su:

- 1) Ispitanik ispunjava kriterijume za dijagnozu specifičnog , a na osnovu kriterijuma MKB Klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (SZO, 1992).
- 2) Odsustvo podatka o postojanju organskog moždanog psihosindroma ili neurološkog poremećaja (traume glave, epilepsije, moždanog insulta, demencije), na osnovu medicinske dokumentacije i iskaza ispitanika

Kriterijumi za uključivanje u grupu zdravih:

- 1) Odsustvo kliničkih psihijatrijskih i neuroloških poremećaja i oboljenja, na osnovu iskaza ispitanika
- 2) Odsustvo podataka o zloupotrebi alkohola, lekova ili droga, na osnovu iskaza ispitanika

3.2 Varijable i instrumenti

3.2.1 Demografske varijable

Uključene su sledeće demografske varijable: pol, starost, obrazovanje, bračno stanje i zaposlenje.

Varijabla pola imala je dve kategorije (muški i ženski pol). Grupe su ujednačene po pripadnosti polu, tako da je u svakoj grupi u uzorku podjednak broj ispitanika muškog i ženskog pola.

Varijabla starosti izražena je godinama koje je ispitanik imao u trenutku ispitivanja.

Varijabla obrazovanje je izražena brojem godina školovanja. Varijabla obrazovanja imala je pet kategorija (niža, srednja, viša, visoka, student/učenik).

Varijabla bračno stanje imala je četiri kategorije (neoženjen/neudata, oženjen/udata, razveden/a, udovac/udovica).

Varijabla zaposlenje imala je tri kategorije (zaposlen/a, nezaposlen/a, penzioner/ka).

Podaci su uzeti iz medicinske dokumentacije (istorije bolesti) odnosno od samih ispitanika.

3.2.2 Kliničke varijable

Uključene su sledeće kliničke varijable: dijagnoza, prisustvo herediteta i starosna dob u kojoj se poremećaj prvi put javio. Podaci su uzeti iz medicinske dokumentacije (istorije bolesti).

3.2.2.1 Varijable psihopatologije - PAI kliničke skale

Varijable za merenje psihopatologije su kliničke skale PAI instrumenta koje pokrivaju glavna područja psihopatologije i to su skala somatizacije (SOM), anksioznosti (ANX), sa aksioznošću povezani poremećaji (ARD), depresivnost (DEP), maničnost (MAN), paranoidnost (PAR), shizofrenija (SCH), karakteristika graničnosti (BOR), antisocijalnih karakteristika (ANT), problema sa alkoholom (ALC) i problema sa drogama (DRG).

PAI upitnik (kao što je već detaljnije opisano u prethodnom poglavlju) se sastoji od 344 ajtema koji su formulisani u obliku tvrdnji na koje ispitanik odgovara na 4-stepenoj skali (od totalno netačno do veoma tačno). Ajtemi procenjuju osim navedenih 11 kliničkih skala i 4 kontrolne skale (INF, ICN, NIM i PIM), 5 skala tretmana (agresivnost/AGG, suicidalnost/SUI, stres/STR, nepostojanje podrške/NON i odbijanje tretmana /RXR) i 2 interpersonalne skale (dominacija/DOM i toplina/WRM).

Mere interne konzistentnosti PAI upitnika dobijene na američkom uzorku navedene su u poglavlju 1.4.3.1. u tabeli 1.4.3.1.2. Kratak opis PAI kliničkih skala dat je u tabeli 3.2.2.1.1.

Tabela 3.2.2.1.1. PAI kliničke skale i njihov opis (prema Morey, 1996)

PAI kliničke skale		
SOM	somatizacije	fokusira se na preokupiranost pitanjima zdravlja i somatske žalbe povezanih sa somatizacionim i konverzivnim poremećajima
ANX	anksioznost	fokusira se na fenomenologiju i opservabilne znake anksioznosti sa naglaskom na procenu različitih modaliteta u kojima se anksioznost ispoljava
ARD	sa anksioznošću povezani poremećaji	fokusira se na simptome i ponašanja koja su povezana sa specifičnim anksioznim poremećajima posebno na fobije, traumatski stres i opsesivno-kompulsivne poremećaje
DEP	depresivnost	fokusira se na simptome i fenomenologiju depresivnih poremećaja
MAN	maničnost	fokusira se na afektivne, kognitivne i bihevioralne simptome manije i hipomanije
PAR	paranoidnost	fokusira se na simptome paranoidnih poremećaja i trajnije karakteristike paranoidnih ličnosti
SCZ	shizofrenija	fokusira se na simptome relevantne za širok spektar shizofrenih poremećaja
BOR	karakteristike graničnosti	fokusira se na attribute indikativne za granični nivo funkcionisanja ličnosti, uključujući i nestabilno i fluktuirajuće interpersonalne realcije, impulsivnost, afektivnu labilnost i nestabilnost kao i nekontrolisani bes
ANT	antisocijalne karakteristike	fokusira se na istoriju ilegalnih ponašanja i problema sa autoritetima, egocentrizam, nepostojanje empatije i lojalnosti, nestabilnost i traženje uzbuđenja
ALC	problemi sa alkoholom	fokusira se na problematične posledice upotrebe alkohola i indikatore zavisnosti od alkohola
DRG	problemi sa drogama	fokusira se na problematične posledice upotrebe droga (uključujući i lekove) kao i indikatore zavisnosti od različitih supstanci

3.2.3 Varijable ličnosti - NEO-PI-R

Za merenje pet bazičnih dimenzija ličnosti i odgovarajućih dimenzija nižeg reda korišćen je NEO-PI-R samoopisni upitnik (Costa i Mc Crae, 1992) koji je standardizovan na našoj populaciji. Upitnik se sastoji od 240 ajtema namenjenih proceni 5 bazičnih dimenzija ličnosti: Neuroticizam (N), Ekstraverzija (E), Otvorenost (O), Saradljivost (A) i Savesnost (C). Svaka skala sadrži 6 subskala sa po 8 ajtema namenjenih merenju specifičnijih crta ličnosti (aspekti ili faceti) u okviru šire dimenzije. NEO-PI-R ajtemi se ocenjuju na petostepenoj skali Likertovog tipa.

Mere interne konzistentnosti skala domena i faceta NEO-PI-R upitnika dobijene na standardizacionom uzorku Srbije date su u tabeli: 3.2.3.1. Opis NEO PI-R skala domena i subskala/faceta dat je u tabeli 3.2.3.2.

Tabela 3.2.3.1: Pouzdanost NEO PI-R skala na standardizacionom uzorku Srbije (prema prema Knežević, Džamonja, Djurić-Jočić, 2004)

<i>Skale i subskale NEO-PI-R-a</i>	<i>Cronbach- ova koeficijent</i>	<i>Skale i subskale NEO-PI-R-a</i>	<i>Cronbach- ova koeficijent</i>	<i>Skale i subskale NEO-PI-R-a</i>	<i>Cronbach- ova koeficijent</i>
N NEUROTICIZAM	0.90	E EKSTRAVERZIJA	0.86	O OTVORENOST	0.87
N1 anksioznost	0.70	E1 toplina	0,63	O1 fantazija	0.74
N2 hostilnost	0.60	E2 druželjubivost	0.71	O2 estetika	0.72
N3 depresivnost	0.75	E3 asertivnost	0.54	O3 osećanja	0.61
N4 socijalna nelagodn.	0.55	E4 aktivitet	0.62	O4 akcija	0.53
N5 impulsivnost	0.53	E5 potraga za uzbudjen.	0.65	O5 ideje	0.77
N6 vulnerabilnost	0.74	E6 pozitivne emocije	0.66	O6 vrednosti	0.42
A SARADLJIVOST	0.80	C SAVESNOST	0.90		
A1 poverenje	0.63	C1 kompetencija	0.63		
A2 iskrenost	0.52	C2 red	0.55		
A3 altruizam	0.65	C3 dužnost	0.64		
A4 popustljivost	0.65	C4 postignuće	0.66		
A5 skromnost	0.75	C5 samo-disciplina	0.76		
A6 blaga narav	0.71	C6 promišljenost	0.71		

Tabela 3.2.3.2. Domeni i aspekti petofaktorskog modela ličnosti (prema Knežević, Džamonja, Djurić-Jočić, 2004)

N	NEUROTICIZAM	
N1	anksioznost	strašljivost, zabrinutost, napetost
N2	hostilnost	osećaj gneva, frustriranosti, iritiranosti i ogorčenosti
N3	depresivnost	osećanje krivice, tuge, bespomoćnosti i usamljenosti
N4	socijalna nelagodnost	stid, uznemirenost, nelagodnost u kontaktima sa ljudima, osetljivost na ogovaranje, sklonost osećanju inferiornosti
N5	impulsivnost	nemogućnost kontrole impulsa i nagona
N6	vulnerabilnost	osetljivost na stres, slab kapacitet prevazilaženja stresa, sklonost zavisnosti i panici u stresnim okolnostima
E	EKSTRAVERZIJA	
E1	toplina	emocionalnost, prijateljska nastojenost, lako stvaranje emocionalnih veza, naklonost prema drugim ljudima
E2	druželjubivost	druželjubivost, nastojanje da se bude okružen drugim ljudima
E3	asertivnost	dominacija, snaga, socijalni uspon
E4	aktivitet	brz tempo, snažni, energijom nabijeni pokreti, nastojanje da se nešto stalno radi
E5	potraga za uzbudjenjima	žudnja za uzbudjenjem i stimulacijom
E6	pozitivne emocije	nastojanje da se iskuse pozitivne emocije kao što su radost, sreća, ljubav i uzbudjenje
O	OTVORENOST	
O1	fantazija	živa imaginacija, česta dnevna sanjarenja kao način da se za sebe kreira jedan interesantan unutrašnji svet
O2	estetika	jaka nakloost i oduševljenje za umetnost i lepo
O3	osećanja	visoka receptivnost za sopstvena osećanja, vrednovanje emocija kao važnog aspekta života, dublje proživljavanje situacija, izdiferenciraniji, rafiniraniji i intenzivniji emocionalni život
O4	akcija	želja da se probaju različite aktivnosti, vide nova mesta, proba neobična hrana itd. preferencija novine i raznolikosti u odnosu na poznato i rutinsko
O5	ideje	intelektualna radoznalost, otvorenost uma, spremnost da se razmotre nove, nekonvencionalne ideje
O6	vrednosti	otvorenost u odnosu na vrednosti, spremnost da se preispitaju socijalne, političke i religiozne vrednosti
A	SARADLJIVOST	
A1	poverenje	verovanje da su drugi ljudi poštene i dobronamerni
A2	iskrenost	iskrenost, poštenje, čestitost
A3	altruizam	aktivna briga za dobrobit drugih, velikodušnost, nesebičnost, spremnost da se pomogne drugima
A4	popustljivost	inhibicija agresivnosti, poštovanje drugih, sklonost da se oprost i zaboravi, blagost, dobronamernost
A5	skromnost	skromnost, povučenost
A6	blaga narav	simpatija i briga za druge, naglašavanje humanih aspekata socijalne politike
C	SAVESNOST	
C1	kompetencija	osećaj sopstvene efikasnosti, snage, sposobnosti, poverenje u sebe
C2	red	čistoća, urednost, dobra organizovanost
C3	dužnost	ponašanje vođeno osećanje dužnosti, striktno prihvatanje etičkih principa i skrupulozno ispunjavanje moralnih obaveza
C4	postignuće	razvijen motiv za postignućem, visok nivo aspiracija, spremnost da se mnogo i naporno radi da bi se postigao određeni cilj
C5	samo-disciplina	sposobnost da se počne neki posao i da se istraje na njemu do kraja uprkos dosadi i drugim distraktorima, sposobnost pojedinca da motiviče sebe u dovoljnoj meri kako bi završio neki posao ili zadatak
C6	promišljenost	dispozicija da se pažljivo promisli pre nego što se krene u neku akciju

3.2.4 Varijable ličnosti - DELTA 10

Za merenje dimenzije dezintegracije korišćen je DELTA-10 upitnik samoprocene (Knežević i sar., 2005; Knežević, 2011). Upitnik se sastoji od 10 subskala namenjenih merenju modaliteta šire dimenzije dezintegracije: generalni egzekutivni poremećaj (GEI), perceptivna distorzija (PD), pojačana svesnost (EA), depresija (D), paranoja (P), manija (M), socijalna anhedonija (SA), zaravnjen afekat (FA), somatoformna disregulacija (SOD), magijsko mišljenje (MT). Upitnik se sastoji od 150 ajtema formulisanih u obliku tvrdnji i sa petostepenom skalom za odgovore Likertovog tipa. Osim mera na modalitetima dezintegracije, upitnik daje i DELTA tot skor kao meru opšte dezintegracije.

Mere interne konzistentnosti DELTA tot i mera skala modaliteta, dobijene na standardizacionom uzorku Srbije, date su u tabeli: 3.2.4.1. Detaljniji opis DELTA 10 skala modaliteta dat je u tabeli: 3.2.4.2.

Tabela: 3.2.4.1. Interna konzistentnost DELTA 10 na standardizacionom uzorku Srbije

SKALE DELTA 10		Cronbach-ov α koeficijent
DELTA tot	DEZINTEGRACIJA	0.93
GEI	egzekutivna disfunkcija	0.77
PD	perceptivne distorzije	0.81
P	paranoja	0.78
D	depresija	0.82
SOD	somatoformna disregulacija	0.71
EA	pojačana svesnost	0.77
MT	magijsko mišljenje	0.72
SA	socijalna anhedonija	0.80
FA	zaravnjen afekat	0.80
M	manija	0.65

Tabela 3.2.4.2. DELTA 10 skale i njihov osnovni sadržaj (prema: Knežević G i sar., 2005; Kežević G, 2011)

GEI	egzekutivna disfunkcija	disregulacija pamćenja, koncentracije, pažnje, planiranja, razumevanja i produkcije govora, kontrole motornih outputa, emocionalnih reakcija
PD	perceptivne distorzije	Sneider-ovi simptomi prvog reda, depersonalizacija, derealizacija, doživljaj podeljenosti i višestrukosti, deluzije telesne strukture i funkcija
P	paranoja	sumnjičavost, nepoverenje u druge, ideje proganjanja, posmatranja i praćenja, okrivljavanje drugih za sopstvene neuspehe, povredljivost, verovanje u zaveru
D	depresija	tuga, osećanje usamljenosti, hroničan umor, doživljaj sopstvene bezvrednosti, samosažaljenje, beznadje, bespomoćnost, suicidalne ideje
SOD	somatoformna disregulacija	teški oblici senzornih i motornih konverzija, somatske deluzije, nesootljljivost na bol i ukupna telesna otupelost
EA	pojačana svesnost	sinestezija, pojačana svesnost, pojačana kognicija, disocijativna uključenost, snažna reminiscencija, snažna responzivnost na pojedine estetske stimulse
MT	magijsko mišljenje	doživljaj telepatske ili energetske povezanosti sa drugim ljudima, akauzalno

SA	socijalna anhedonija	mišljenje, verovanje u zagrobni život, reinkarnaciju, magijske uticaje, horoskop socijalna povučenost, usamljenost, preferiranje samotnjačkog života, stidljivost, odsustvo uživanja u prijatnoj stimulaciji, odsustvo potrebe za bliskim vezama
FA	zaravnjen afekat	Ravnodušnost prema sebi i drugima, slaba afektivna modulacija, distanciranost i nezainteresovanost za druge ljude, emocionalna utrnulost, ravnodušnost u odnosu na budućnost
M	manija	ubrzanost, agitiranost, preterani optimizam, pojačano dobro raspoloženje, preterano smpouzdanje, grandioznost

3.3 Tehnike obrade podataka

Za proveru osnovnih metrijskih karakteristika inventara PAI, NEO-PI-R i DELTA-10 korišćen je program RTT10G (Knežević i Momirović, 1996). Program izračunava reprezentativnost, pouzdanost pod različitim modelima merenja, homogenost i internu valjanost stavki testa.

Za utvrđivanje diskriminativnog potencijala PAI inventara radjena je kanonička diskriminativna analiza.

Za utvrđivanje latentne strukture zajedničkog prostora psihopatologije i ličnosti radjena je analiza glavnih komponenti po Guttman-Kaiser i Catell-ovom Screee kriterijumu, sa promax rotacijom.

4 REZULTATI

4.1 Uzorak

4.1.1 Osnovne demografske karakteristike uzorka

Grupa anksiozni

Od ukupnog broja ispitanika (40) u grupi anksioznih bilo je po 20 žena i muškaraca (po 50%).

Prosečna starost ispitanika u grupi bila je 40,42, sa rasponom od 19 do 66 godina.

U pogledu obrazovanja najviše je bilo ispitanika sa srednjim obrazovanjem 22 (55%), zatim sa visokim obrazovanjem 10 (25%), višim obrazovanjem 4 (10%), studenata je bilo 3 (7,5%) i najmanje ispitanika sa niskim obrazovanjem 1 (2,5%).

Što se tiče bračnog stanja u grupi anksioznih najviše je neoženjenih/neudatih ispitanika 20 (50%), zatim onih u braku 17 (42,5%), razvedenih 2 (5%) i udovaca 1 (2,5%).

U pogledu radnog statusa podjednak je broj zaposlenih i nezaposlenih ispitanika po 19 (47,5%), dok je ispitanika u penziji bilo 2 (5%).

Grupa shizofreni psihotični

Od ukupnog broja ispitanika (40) u grupi shizofrenih bilo je po 20 žena i muškaraca (po 50%).

Prosečna starost ispitanika u grupi bila je 37,15, sa rasponom od 20 do 59 godina.

U pogledu obrazovanja najviše je bilo ispitanika sa srednjim obrazovanjem 23 (57,5%), zatim sa visokim 9 (22,5%), sa niskim obrazovanjem 4 (10%), višim 3 (7,5%) i najmanje studenata 1 (2,5%).

Bračni status u grupi shizofrenih psihotičnih u našem uzorku je izgledao ovako: najviše je neoženjenih/neudatih ispitanika 32 (80%), zatim onih u braku 6 (42,5%), razvedenih 2(5%) i udovaca 0 (0%).

U pogledu radnog statusa najviše je nezaposlenih 29 (72,5%), 9 zaposlenih (22,5%) i 2 penzionera (5%).

Grupa drugi psihotični

Od ukupnog broja ispitanika (40) u grupi drugi psihotični bilo je po 20 žena i muškaraca (po 50%).

Prosečna starost ispitanika u grupi bila je 37,42, sa rasponom od 19 do 58 godina.

U pogledu obrazovanja najviše je bilo ispitanika sa srednjim obrazovanjem 16 (40%), zatim sa visokim 10 (25%), zatim sa niskim obrazovanjem 6 (15%), studenata 5 (2%) i najmanje sa višim obrazovanjem 1 (2,5%).

Što se tiče bračnog stanja, u grupi drugi psihotični najviše je neoženjenih ispitanika 28 (70%), zatim onih u braku i razvedenih, po 6 (15%) i nema udovaca (0%).

U pogledu radnog statusa najviše je nezaposlenih ispitanika 24 (60%), zatim zaposlenih 13 (32,5%) i 10 u penziji i 3 ispitanika koji su u penziji (7,5%).

Grupa zdravi

Od ukupnog broja ispitanika (40) u grupi zdravih bilo je po 20 žena i muškaraca (50%).

Prosečna starost ispitanika u grupi bila je 38,57, sa rasponom od 20 do 58 godina.

U pogledu obrazovanja najviše je bilo ispitanika sa srednjim obrazovanjem 25 (62,5%), zatim sa visokim 11 (27,5%), zatim sa višim obrazovanjem I studenata po 2 ispitanika (5%) i najmanje sa osnovnom školom – nijedan ispitanik (0%).

Što se tiče bračnog stanja u grupi zdravih ispitanika najviše je ispitanika u braku 18 (45%), zatim onih koji nisu u braku 17 (42,5%), razvedenih 3 (7,5%) i udovaca 2 (5%).

U pogledu radnog statusa najviše je zaposlenih ispitanika 30 (75%), zatim nezaposlenih 7 (17,5%) i penzionera 3 (7,5%).

4.1.2 Razlike između grupa na demografskim varijablama

Četiri ispitivane grupe se nisu statistički značajno razlikovale po polu, starosti i obrazovanju.

Uzorak je bio konstruisan da u svakoj grupi bude podjednak broj muškaraca i žena (po 20).

Prosečna starost ispitanika po grupama kretala se od 37,15 godina u grupi shizofrenih do 38,57 godina u grupi zdravih ispitanika, pri čemu ove razlike nisu statistički značajne ($F=0,674$, $df=3$, $p=0,569$).

U pogledu nivoa obrazovanja takodje nisu nadjene statistički značajne razlike (Hi kvadrat=27,748, $df=15$, $p=0,115$).

U pogledu bračnog statusa ispitivane grupe se statistički značajno razlikuju (Hi kvadrat=24,24, $df=9$, $p=0,004$). Psihotični ispitanici su redje u braku od anksioznih i zdravih ispitanika.

U pogledu radnog statusa ispitivane grupe se takodje statistički značajno razlikuju (Hi kvadrat=28,033, $df=6$, $p=0,000$). Svi ispitanici sa psihijatrijskim poremećajima su redje zaposleni u odnosu na grupu zdravih ispitanika.

4.1.3 Struktura kliničkih grupa- distribucije dijagnoza po grupama

Anksiozni

U ovoj grupi bilo je 13 ispitanika (32,5%) sa agorafobijom (F 40), 17 ispitanika (42,5%) sa drugim anksioznim poremećajem (F 41), 2 ispitanika (5%) sa generalizovanim anksioznim poremećajem (F41.1), 7 ispitanika (17,5%) sa anksiozno-depresivnim poremećajem i 1 ispitanik (2,5%) sa poremećajem povezanim sa stresom (F43).

Shizofreni psihotični

Ovo je najhomogenija grupa ispitanika jer je 39 ispitanika (97,5%) imalo dijagnozu shizofrenija (F 20) i samo jedan ispitanik (2,5%) dijagnozu rezidualna shizofrenija (F20.1).

Drugi psihotični

Ovo je najamanje homogena grupa ispitanika sa 9 različitih dijagnoza čija distribucija izgleda ovako u našem uzorku: sa dijagnozom F21 (poremećaj sličan shizofreniji) imali smo 1 ispitanika (2,5%), sa dijagnozom F 22 (perzistentni poremećaj sa sumanutošću) imali smo 11 ispitanika (27,5%), sa dijagnozom F 22.8 imali smo jednog ispitanika (2,5%), sa dijagnozom F 23 (akutni i prolazni psihotični poremećaj) imali smo 13 ispitanika (32,5%), sa dijagnozom F 23.1 i F 23.3 po jednog ispitanika (2,5%), sa dijagnozom F 23.9 imali smo 5 ispitanika, sa dijagnozom F 25 (shizoafektivni poremećaj) imali smo 5 ispitanika (12,5%) i sa dijagnozom F 29 (nespecificirana neorganska psihoza) 2 ispitanika (5%).

4.1.4 Karakteristike grupa na kliničkim varijablama

Anksiozni

U grupi anksioznih prosečna starost ispitanika u vreme početka bolesti bila je 34,67 godina, sa najranijim početkom od 13 godina i najkasnijim od 62 godine (SD=12,06).

Shizofreni psihotični

U grupi shizofrenih psihotičnih prosečna starost ispitanika u vreme početka bolesti bila je 23,42 godine, sa najranijim početkom od 15 godina i najkasnijim od 41 godinu (SD= 6,07).

Drugi psihotični

U grupi drugih psihotičnih prosečna starost ispitanika u vreme početka bolesti bila je 29,14 godina, sa najranijim početkom od 15 godina i najkasnijim od 61 godinu (SD 12,08).

4.1.5 Psihometrijske karakteristike PAI instrumenta

S obzirom da se radi o novom kliničkom instrumentu, koji je prvi put primenjen na našoj populaciji, prvo su proverene psihometrijske karakteristike (pouzdanost, reprezentativnost i homogenost) PAI inventara za procenu ličnosti. Dobijene metrijske karakteristike uporedili smo sa metrijskim karakteristikama na standardizacionom i kliničkom američkom uzorku o kojima autor instrumenta saopštava u priručniku za primenu testa (Morey, 1991).

Pouzdanost skala PAI-a je zadovoljavajuća na nivou kliničkih skala jer je Cronhahov α veći od 0.80 za sve kliničke skale. Visoku pouzdanost imaju skale Somatizacije/SOM, Anksioznosti/ANX, Poremećaji u relaciji sa anksioznošću/ARD, Depresivnosti/DEP i Shizofrenije/SCZ ($\alpha > 0.90$), dok ostale kliničke skale imaju zadovoljavajuće koeficijente pouzdanosti ($\alpha > 0.80$).

Pouzdanost je zadovoljavajuća i za dve od pet skala tretmana i to za skalu Agresivnosti/AGG i Suicidalnosti/SUI. Međutim, pouzdanost nije zadovoljavajuća za skale Stresa/STR, Nepostojanja podrške/NON i Odbijanja tretmana/RXR, kao i za interpersonalne skale Dominantnosti/DOM i Topline/WRM (Cronhahov α je ispod 0.80). Pouzdanost je izrazito niska za skale validnosti (čak 0.42 za INF skalu).

Dobijeni podaci su u skladu sa podacima dobijenim na američkom i normativnom i kliničkom uzorku. Naime, ako poredimo koeficijent pouzdanosti dobijen u našem istraživanju u odnosu na američki normativni uzorak vidimo da PAI skale poseduju čak i bolje koeficijente na našem uzorku, jer se na 5 skala (i to na skalama Somatizacije/SOM, Poremećaji u relaciji sa anksioznošću/ARD, Depresivnosti/DEP, Shizofrenije/SCZ, Problema sa drogama/DRG) dobija viši koeficijent pouzdanosti (na našem uzorku preko 0,90; na američkom ispod 0.90). Ako poredimo sa α koeficijentima dobijenim na američkom kliničkom uzorku takodje se registruju viši koeficijenti za dve skale (Poremećaji u relaciji sa anksioznošću/ARD i Shizofrenija/SCZ), ali i lošiju pouzadnost na skalama BOR (Karakteristike graničnosti) i ALC (Problemi sa alkoholom) ($\alpha < 0.90$).

Što se tiče **reprezentativnosti**, ako posmatramo ψ_1 koeficijent većina skala ima odličnu reprezentativnost ($\psi_1 > 0.90$), nekoliko solidnu ($\psi_1 > 0.80$), a svega tri skale (i to

skale Nepostojanja podrške/NON, Odbijanja tretmana/RXR kao i skala validnosti Retkih ajtema/INF) imaju nisku reprezentativnost (ispod 0.70).

Kada je u pitanju **homogenost** definisana kao jednodimenzionalnost skale (h^2) većina skala ima srednju homogenost. Od kliničkih skala najlošiju homogenost imaju skale Somatizacije/SOM, Maničnosti/MAN, Paranoidnosti/PAR, Karakteristika graničnosti/BOR i Antisocijalnih karakteristika/ANT.

Metrijske karakteristike skala PAI instrumenta navedene su u tabeli 4.1.5.1.

Tabela 4.1.5.1: Osnovne empirijske karakteristike PAI instrumenta na nivou skala (program RTT10G-Knežević, Momirović, 1996)

<i>PAI skale</i>	$\psi 1$	$\psi 2$	α	h^2
SOM	0.9669	0.8642	0.9005	0.5364
ANX	0.9806	0.9035	0.9316	0.7140
ARD	0.9730	0.8896	0.9024	0.7652
DEP	0.9782	0.8918	0.9226	0.6686
MAN	0.9312	0.7832	0.8588	0.5342
PAR	0.9539	0.8294	0.8589	0.5552
SCZ	0.9792	0.8817	0.9001	0.6015
BOR	0.9498	0.7987	0.8902	0.5724
ANT	0.9337	0.8106	0.8649	0.5637
ALC	0.9719	0.8600	0.8889	0.7997
DRG	0.9071	0.7164	0.8018	0.6226
AGG	0.9393	0.8198	0.8420	0.6385
SUI	0.9867	0.9001	0.9332	0.8628
STR	0.9241	0.7393	0.7952	0.8165
NON	0.6632	0.2671	0.6049	0.7428
RXR	0.6424	0.3280	0.5815	0.7947
DOM	0.8802	0.6920	0.7557	0.6041
WRM	0.8413	0.6336	0.7441	0.5936
INF	0.4587	0.2157	0.4237	0.5790
NIM	0.8669	0.6707	0.7666	0.7511
PIM	0.9262	0.8263	0.7969	0.8486

LEGENDA:

Mere reprezentativnosti:

$\psi 1$ -Kaiser-Mayer-Olkin mera reprezentativnosti

$\psi 2$ - Kaiser-Rice mera reprezentativnosti

Mera pouzdanosti :

α - Cronbach-ova mera pouzdanosti

Mera homogenosti :

h^2 - Momirović

Kada pogledamo metrijske karakteristike PAI subskala vidimo da **pouzdanost** nije zadovoljavajuća za više od polovine subskala (19 od 31 subskale ima α koeficijent ispod 0.80. Najnižu pouzdanost imaju subskale PAR-R (subskala Ozlojedjenost sa

skale Paranoidnosti) i subskala ARD-O (Opsesivno-kompulsivna subskala sa skale Poremećaji povezani sa anksioznošću) čiji su α koeficijenti ispod 0.60.

Kada je u pitanju *reprezentativnost* subskala ona je zadovoljavajuća za većinu subskala. Lošiju reprezentativnost imaju subskale Opsesivno-kompulsivna (sa skale Poremećaji u relaciji sa anksioznošću) i Ozlojedjenost (sa skale Paranoidnosti) kao i Negativne relacije (sa skale Karakteristika graničnosti) jer je ψ_1 koeficijent ispod 0.70.

Homogenost je za većinu subskala zadovoljavajuća; najnižu homogenost imaju subskale ARD-O (Opsesivno-kompulsivna) i PAR-R (Ozlojedjenost) čiji je koeficijent homogenosti ispod 0.60.

Možemo zaključiti da polovina subskala ima zadovoljavajuću pouzdanost, dok su reprezentativnost i homogenost za većinu subskala zadovoljavajuće. Subskale Opsesivno-kompulsivne simptomatologije/ARD-O i Ozlojedjenosti/PAR-R se izdvajaju kao dve subskale sa dosledno lošim metrijskim karakteristikama (tabela 4.1.5.2.)

Tabela 4.1.5.2: osnovne empirijske karakteristike PAI instrumenta na nivou subskala (program RTT10G-Knežević, Momirović, 1996)

<i>PAI SUBSKALE</i>	ψ_1	ψ_2	α	h ²
SOM-C	0.9261	0.7664	0.8256	0.8150
SOM-S	0.8881	0.7295	0.7835	0.7861
SOM-H	0.9487	0.8062	0.8054	0.8737
ANX-C	0.9448	0.8333	0.8124	0.8871
ANX-A	0.9516	0.8228	0.8384	0.8685
ANX-P	0.9309	0.7994	0.8148	0.8455
ARD-O	0.6656	0.4401	0.5381	0.5839
ARD-P	0.7961	0.5883	0.7030	0.6634
ARD-T	0.9729	0.8812	0.8800	0.9183
DEP-C	0.9318	0.8044	0.7919	0.8278
DEP-A	0.9771	0.8931	0.9021	0.9183
DEP-P	0.8604	0.6075	0.7457	0.6980
MAN-A	0.7997	0.6440	0.6609	0.7345
MAN-G	0.9058	0.7673	0.7699	0.8497
MAN-I	0.9137	0.7721	0.8020	0.8494
PAR-H	0.7599	0.5504	0.6657	0.6141
PAR-P	0.9623	0.8204	0.8250	0.8567
PAR-R	0.6684	0.4479	0.5968	0.5517
SCZ-P	0.9516	0.8308	0.8305	0.9044
SCZ-S	0.8975	0.7751	0.7872	0.8237
SCZ-T	0.9581	0.8433	0.8478	0.8646
BOR-A	0.8602	0.7028	0.7440	0.8245
BOR-I	0.8991	0.7740	0.7480	0.9221
BOR-N	0.6873	0.3830	0.5471	0.7259
BOR-S	0.7920	0.4236	0.6844	0.6770
ANT-A	0.9226	0.8147	0.8175	0.8626
ANT-E	0.7157	0.5124	0.6023	0.6358
ANT-S	0.8053	0.6839	0.6787	0.8010

AGG-A	0.8678	0.7066	0.7617	0.8263
AGG-V	0.7232	0.5834	0.6084	0.8198
AGG-P	0.9226	0.7300	0.7845	0.8945

LEGENDA:

Mere reprezentativnosti:

ψ_1 -Kaiser-Mayer-Olkin mera reprezentativnosti

ψ_2 - Kaiser-Rice mera reprezentativnosti

Mera pouzdanosti :

α - Cronbach-ova mera pouzdanosti

Mera homogenosti :

h 2- Momirović

Rezime

Može se zaključiti da se PAI inventar ličnosti na našem uzorku potvrđuje kao instrument sa solidnim psihometrijskim karakteristikama (pouzdanost, reprezentativnost, homogenost). Pouzdanost je zadovoljavajuća za većinu skala, pri čemu je zadovoljavajuća ili izvrsna za sve kliničke skale. Reprezentativnost i homogenost za većinu skala je također zadovoljavajuća. Skale validnosti (INF i NIM) nemaju zadovoljavajuću pouzdanost. Također, nešto lošija pouzdanost se dobija na nivou subskala (što je i očekivano s obzirom na manji broj ajtema), dok su reprezentativnost i homogenost na nivou subskala u celini zadovoljavauće. S obzirom da se radi o kliničkom instrumentu (koji po pravilu imaju lošije metrijske karakteristike) možemo zaključiti da je PAI „solidan“ klinički inventar procene.

4.2 Analiza latentne strukture PAI inventara

Najpre je na PAI instrumentu urađena faktorska analiza skala, kako bi se utvrdila latentna struktura ovog instrumenta i kako bi se konstruisali faktori (nad-skale) analogne domenima instrumenta NEO-PI-R i DELTE 10.

4.2.1 Provera kongruentnosti faktorskih struktura

Primarno je ekstrahovana trofaktorska solucija koja se pokazala inkompatibilnom sa originalnom faktorskom solucijom izdvojenom na američkom normativnom i kliničkom uzorku (Morey, 1991). Naime, samo se prvi faktor uspešno replikovao (Tucker-ov koeficijent je iznosio 0,96 odnosno 0,98 u odnosu na originalni

normativni odnosno klinički američki uzorak), dok su ostali faktori imali niske Tucker-ove koeficijente kongruentnosti (ispod 0,70). Dobijena nestabilnost faktorske strukture u našem istraživanju najverovatnije je posledica malog uzorka u našem istraživanju.

Da bismo otklonili potencijalne teškoće zbog empirijski inkompatibilnih latentnih struktura tragano je za faktorskom solucijom koja će biti kongruentna sa originalnim faktorima. Testirano je dvofaktorsko, trofaktorsko i četvorofaktorsko rešenje (koje je autor ekstrahovao na 11 odnosno 22 skale PAI na američkom normativnom i kliničkom uzorku; Morey, 1991) i upotrebljene su različite rotacije (PROMAX i VARIMAX). Najbolja korespondencija postignuta je na nivou dva faktora. Stoga je zadržana dvofaktorska solucija, a dva PAI faktora korišćena su u daljoj analizi.

Da podsetimo, originalna faktorizacija instrumenta od strane autora (Morey, 1991) na 11 kliničkih skalana kliničkom uzorku rezultira tro-faktorskim modelom (prvi faktor imenovan je kao Subjektivni distres i afektivna disregulacija, drugi faktor kao Bihejvioralni acting-out i treći faktor kao Egocentričnost i sklonost izrabljivanju u interpersonalnim relacijama), odnosno dvo-faktorskim rešenjem za normativni uzorak (Subjektivni distres i afektivna disregulaciju i Impulsivnost).

Prvi faktor dobijen na američkom i kliničkom i normativnom uzorku se gotovo savršeno replikovao i u našem istraživanju, jer je Tucker-ov koeficijent kongruentnosti sa prvim faktorom ekstrahovanim na našem uzorku iznosio 0,993 (američki normativni uzorak) i 0,987 (američki klinički uzorak). Kada posmatramo američki normativni uzorak vidimo da drugi faktor ima niži, ali ipak zadovoljavajući koeficijent kongruentnosti (0,888) sa drugim faktorom izdvojenim u našem istraživanju. Stoga možemo zaključiti da je originalna faktorska struktura dobijena na normativnom američkom uzorku na 11 kliničkih skala kongruentna sa faktorskom strukturom ekstrahovanom našem uzorku, takodje na 11 kliničkih PAI skala.

Što se tiče kliničkog uzorka, osim prvog faktora ekstrahovanog u našem uzorku koji je, kako je već rečeno, visoko kongruentan sa prvim originalnim faktorom (Tucker-ov koeficijent je 0,987), vidimo da je naš drugi faktor zadovoljavajuće kongruentan sa drugim i trećim faktorom dobijenim na američkom uzorku (sa koeficijentima kongruentnosti od 0,876 i 0,888), te naš drugi faktor zapravo obuhvata drugi i treći faktor dobijen na američkom kliničkom uzorku.

Na osnovu toga, možemo zaključiti da je ekstrahovano dvo-faktorsko rešenje kongruentno sa originalnom faktorskom strukturom, odnosno da smo uspešno replikovali dimenzionalnu strukturu PAI instrumenta. Takav nalaz je važan jer potvrđuje da instrument i na našem uzorku zapravo meri iste psihološke konstrukte kao i na originalnom američkom normativnom uzorku.

4.2.2 Analiza latentne strukture PAI inventara na našem uzorku

Latentna struktura PAI inventara ličnosti proverena je metodom glavnih komponentata. Broj važnih glavnih komponenti je određen po Guttman-Kaiser kriterijumu. Izdvojene komponente rotirane su u VARIMAX poziciju sa ciljem izdvajanja nezavisnih faktora koji čine latentnu strukturu PAI instrumenta. Faktori su rotirani VARIMAX rotacijom da bi se pratila originalna procedura faktorisanja instrumenta od strane autora testa (Morey, 1991).

Analiza je radjena na 11 kliničkih skala (iz analize su isključene skale validnosti, skale tretmana i interpersonalne skale) odnosno u analizu su uključene samo skale koje pretenduju da budu mere psihopatoloških konstrukata. Ovakva odluka doneta je i da bi se pratila originalna procedura faktorisanja instrumenta od strane autora (Morey, 1991), a sa ciljem daljeg poredjenja faktorske strukture ovog instrumenta, ali i zbog toga što je samo dobijena dvo-faktorska struktura bila visoko kongruentna sa originalnim faktorima ekstrahovanim na američkom normativnom uzorku.

Ekstrahovane su 2 glavne komponente koje su objasnile 69,257% ukupne varijanse skorova na kliničkim skalama PAI-a. Pregledom matrice strukture rotiranih komponenti dva pomenuta faktora ekstrahovana u našem istraživanju su interpretirana na sledeći način.

Prvi faktor objašnjava više od polovine ukupne varijanse (57,01% varijanse) i ima visoka primarna zasićenja na skalama Anksioznosti/ANX, Depresivnosti/DEP, Poremećaja povezanih sa anksioznošću/ARD, Somatizacije/SOM, Karakteristika graničnosti/BOR, Shizofrenije/SCZ i Paranoidnosti/PAR. Ovaj faktor obuhvata široki i heterogeni spektar psihopatologije sa izraženom afektivnom disregulacijom. S obzirom da ova komponenta zapravo pokriva prostor psihopatologije koji je u savremenoj literaturi poznat kao Internalizujuća dimenzija psihopatologije (Krueger, 1998; 1999; 2006) taj faktor smo imenovali kao *Internalizujući PAI faktor* (tabela 4.2.2.1.).

Drugi faktor objašnjava manji procenat varijanse (12,25% varijanse) i ima visoka primarna zasićenja na skalama Antisocijalnih karakteristika/ANT, Problema sa alkoholom/ALC i Manije/MAN, uz sekundarno zasićenje na skali Paranoidnosti/PAR, Shizofrenije/SCZ i Karakteristika graničnosti/BOR. Ovaj faktor zapravo obuhvata različite aspekte defekta kontrole nad ponašanjem, kognicijom i afektom te se može se interpretirati kao dezinhibicija ili diskontrola impulsa. Pošto pokriva prostor Eksternalizujuće dimenzije psihopatologije i mi smo ga imenovali kao *Eksternalizujući PAI faktor* (tabela 4.2.2.1.).

Tabela 4.2.2.1: Matrica zasićenja rotiranih komponenti

Skale	Komponente	
	1	2
SOM	.846	
ANX	.929	
ARD	.838	.361
DEP	.915	
MAN		.797
PAR	.618	.505
SCZ	.704	.489
BOR	.786	.482
ANT		.901
ALC		.625
DRG		

4.3 Prediktivna snaga bazičnih dimenzija ličnosti u odnosu na PAI faktore

Nakon izdavanja dva PAI faktora, postavili smo pitanje šta se dešava kada te PAI faktore ubacimo u prostor bazične strukture ličnosti, definisanim sa pet NEO-PI-R domena, a zatim i sa šest bazičnih dimenzija (uključena i Dezintegracija). Hijerarhijska multipla regresija je radjena da bi se procenila mogućnost predikcije PAI faktora na osnovu bazične strukture ličnosti. Svaka regresiona analiza radjena je u dva koraka: prvo, u model su kao prediktori unete samo NEO dimenzije, a u drugom koraku NEO i DELTA 10 dimenzije zajedno.

Pitanje na koje smo tražili odgovor jeste koliko NEO-PI-R varijable objašnjavaju varijanse prvog, a zatim i drugog PAI faktora, a zatim u sledećem koraku, da li DELTA sadrži neke dodatne informacije koje će dati sistematski doprinos u predikciji prvog, a zatim i drugog PAI faktora.

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 69,8% varijanse na Internalizujućoj dimenziji ili prvom PAI faktoru ($R^2 = 0,698$; $F_{(5,153)} = 70,697$; $p = 0,000$). Uključivanje dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju Internalizujuće PAI dimenzije i to za 6,8% ($R^2 = 0,766$; promena $F_{(1,152)} = 44,419$; $p = 0,000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava 76,6% varijanse Internalizujućeg PAI faktora ($F_{(6,152)} = 83,036$; $p = 0,000$).

Tabela 4.3.1: Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	Internalizujući PAI faktor	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.661**	.494**
ekstraverzija	-.236**	-.204**
otvorenost	.012	.030
saradljivost	.003	.078
savesnost	-.065	-.005
dezintegracija		.367**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0,05$; ** $p \geq 0,01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za Internalizujuću PAI dimenziju je Neuroticizam/N ($\beta = 0,661$; $p = 0,000$), a zatim i Introverzija/E- ($\beta = -0,236$; $p = 0,000$). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), Neuroticizam/N ($\beta = 0,494$; $p = 0,000$), Dezintegracija/DELTA tot ($\beta = 0,367$; $p = 0,000$) i Introverzija/E- ($\beta = -0,204$; $p = 0,000$) objašnjavaju Internalizujući PAI faktor.

Dakle, možemo zaključiti da Internalizujuću PAI dimenziju psihopatologije u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava afektivna nestabilnost, dezintegrisanost i introverzija.

Hijerarhijska multipla regresija uradjena je i za drugi PAI faktor odnosno za Eksternalizujuću dimenziju. Pet dimenzija sistematski objašnjavaju 33,8% varijanse u Eksternalizujućem PAI faktoru ($R^2 = 0,338$; $F_{(5,153)} = 15,637$; $p = 0,000$). Uključivanje Dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju drugog PAI faktora

i to za 11,6% ($R^2=0,454$; promena $R^2=0,116$; promena $F_{(1,152)}=32,256$; $p=0,000$). Na taj način ukupan model sa šest bazičnih dimenzija ličnosti objašnjava 45,4% varijanse drugog PAI faktora ($F_{(6,152)}=21,036$; $p=0,000$).

Tabela 4.3.2: Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	Eksternalizujući PAI faktor	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.055	.163
ekstraverzija	.269**	.310**
otvorenost	-.121	-.098
saradljivost	-.486**	-.388**
savesnost	-.030	.048
dezintegracija		.478**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0,05$; ** $p \geq 0,01$

U prvom koraku analize odnosno petodimenzionalnom modelu prediktivno najvažnija dimenzija Eksternalizujuće PAI dimenzije su niska Saradljivost/A- (odnosno Agresivnost) ($\beta=-0,486$; $p=0,000$) i Ekstraverzija/E ($\beta=0,269$; $p=0,000$).

U drugom koraku analize, odnosno šestodimenzionalnom modelu prediktivno najznačajnija dimenzija je postaje Dezintegracija/DELTA tot ($\beta=0,478$, $p=0,000$), uz Agresivnost/A- ($\beta=-0,388$; $p=0,000$) i Ekstraverziju/E ($\beta=0,310$; $p=0,000$).

Dakle, možemo zaključiti da eksternalizujuću dimenziju psihopatologije u bazičnom prostoru ličnosti primarno objašnjava slaba integrisanost uz ekstraverziju i agresivnost (antagonizam).

Rezime

Bazične dimenzije ličnosti šestodimenzionalnog modela ("Velikih pet" plus Dezintegracija) sistematski objašnjavaju oba faktora psihopatologije ekstrahovana na PAI inventaru. Dezintegracija sistematski unapređuje objašnjenje i predikciju i Internalizujuće i Eksternalizujuće dimenzije psihopatologije, pri čemu veći doprinos Dezintegracija daje objašnjenju Eksternalizujuće dimenzije psihopatologije (11,6%). Drugim rečima, Dezintegracija kao bazično svojstvo ličnosti je u osnovi oba faktora psihopatologije, dok NEO dimenzije imaju diferencijalno-dijagnostički značaj. Naime, za Internalizujuću dimenziju prediktivno su najznačajniji Neuroticizam i Introverzija, a

za Eksternalizujuću dimenziju Agresivnost i Ekstraverzija. Dimenzije Otvorenost i Savesnost u našem istraživanju nisu se pokazale kao statistički značajni prediktori za faktore psihopatologije ekstrahovane sa PAI inventara.

4.4 Prediktivna snaga bazičnih dimenzija ličnosti u odnosu na PAI kliničke skale

Dalje, postavili smo pitanje šta se dešava kada te PAI pojedinačne skale ubacimo u prostor bazične strukture ličnosti, definisanim sa pet NEO-PI-R domena, a zatim i sa šest bazičnih dimenzija (uključena i Dezintegracija). Hijerarhijska multipla regresija je radjena da bi se procenila mogućnost predikcije PAI skala/dimenzija na osnovu bazične strukture ličnosti. Svaka regresiona analiza radjena je u dva koraka: prvo, u model su kao prediktori unete samo NEO dimenzije, a u drugom koraku NEO i DELTA 10 dimenzije zajedno.

Pitanje na koje smo tražili odgovor jeste koliko NEO-PI-R varijable objašnjavaju varijanse svake PAI skale, a zatim u sledećem koraku, da li DELTA sadrži neke dodatne informacije koje će dati sistematski doprinos u predikciji svake od PAI skala.

Skala somatizacije (SOM)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 41,7% varijanse skorova na PAI skali somatizacije ($R^2 = 0.417$; $F_{(5,153)} = 21.884$; $p = 0.000$). Uključivanje Dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju SOM skale i to za 12,4% dodatno objašnjene varijanse ($R^2 = 0,766$; promena $F_{(1,152)} = 40.978$; $p = 0.000$). Na taj način, šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 54,1% varijanse PAI skale somatizacije ($R^2 = 0.541$; $F_{(6,152)} = 29.832$; $p = 0.000$).

Tabela 4.4.1: Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala somatizacije (SOM)	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.481**	.256**
ekstraverzija	-.160	-.117
otvorenost	.018	.041
saradljivost	-.149*	-.048
savesnost	-.040	.041
dezintegracija		.494**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2:** standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za SOM PAI skalu je Neuroticizam/N ($\beta=0.481$; $p=0.000$), a zatim i Antagonizam/A- ($\beta=-0.149$; $p=0.033$). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno je najsnažnija Dezintegracija/Delta Tot ($\beta=0.494$; $p=0.000$), a zatim i Neuroticizam ($\beta=0.256$; $p=0.000$) koji objašnjavaju SOM PAI skalu. Dimenzija Saradljivost i Dezintegracija dele neke zajedničke, prediktivno važne informacije, ali Dezintegracija sadrži i nove, nezavisne od dimenzije Savesnosti. Zbog toga Saradljivost odnosno Antagonizam/A- postaje neinformativna crta kada se u model, u drugom koraku, uključi Dezintegracija.

Dakle, možemo zaključiti da PAI skalu somatizacije u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava slaba integrisanost i afektivna nestabilnost.

Skala anksioznosti (ANX)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 68,2% varijanse na PAI skali anksioznosti ($R^2=0.682$; $F_{(5,153)}=65.514$; $p=0.000$). Uključivanje Dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju ANX skale za 4,2% ($R^2=0.042$; promena $F_{(1,152)}=23.070$; $p=0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 72,4% varijanse PAI skale anksioznosti ($R^2=0.724$; $F_{(6,152)}=66.315$; $p=0.000$).

Tabela 4.4.2: Standardizacioni regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

<i>NEO domeni i DELTA tot</i>	<i>PAI skala anksioznosti (ANX)</i>	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.773**	.642**
ekstraverzija	-.108	-.083
otvorenost	.010	.024
saradljivost	-.062	-.003
savesnost	.031	.078
dezintegracija		.287**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom koraku analize odnosno petodimenzionalnom modelu prediktivno najvažnija dimenzija skale anksioznosti je Neuroticizam/N ($\beta=-0.773$; $p=0.000$), dok i u drugom koraku analize, odnosno šestodimenzionalnom modelu, prediktivno najvažnija i

znatno važnija od ostalih dimenzija ostaje Neuroticizam/N ($\beta=0.642$, $p=0.000$), uz Dezintegraciju/Delta Tot ($\beta=0.287$; $p=0.000$).

Dakle, možemo zaključiti PAI skalu anksioznosti u bazičnom prostoru ličnosti primarno objašnjava afektivna nestabilnost i, u manjoj meri, dezintegrisanost.

Skala sa anksiožnošću povezanih poremećaja (ARD)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 52,8% varijanse na PAI skali sa anksiožnošću povezanih poremećaja ($R^2=0.528$; $F_{(5,153)}=21.884$; $p=0.000$).

Uključivanje Dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju SOM skale i to za 12,4% ($R^2=0.126$; promena $F_{(1,152)}=55.378$; $p=0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 65,4% varijanse PAI skale somatizacije ($R^2=0.654$; $F_{(6,152)}=34.196$; $p=0.000$).

Tabela 4.4.3 : Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala sa anksiožnošću povezanih poremećaja (ARD)	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.647**	.420**
ekstraverzija	.014	.057
otvorenost	-.028	-.004
saradljivost	-.090	.013
savesnost	-.088	-.006
dezintegracija		.498**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za ARD PAI skalu je Neuroticizam/N ($\beta=0.647$; $p=0.000$). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno su gotovo podjednako snažni Dezintegracija/Delta Tot ($\beta=0.498$; $p=0.000$) i Neuroticizam/N ($\beta=0.420$; $p=0.000$).

Dakle, možemo zaključiti da skalu sa anksiožnošću povezanih poremećaja u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava afektivna nestabilnost i dezintegrisanost.

Skala depresivnosti (DEP)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 60,2 % varijanse na PAI skali sa depresivnosti ($R^2 = 0.602$; $F_{(5,153)} = 46.276$; $p = 0.000$). Uključivanje Dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju DEP skale i to za 7,6% ($R^2 = 0.076$; promena $F_{(1,152)} = 35970$; $p = 0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 67,8% varijanse PAI skale somatizacije ($R^2 = 0.678$; $F_{(6,152)} = 53.378$; $p = 0.000$).

Tabela 4.4.4 : Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala depresivnosti (DEP)	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.476**	.300**
ekstraverzija	-.289**	-.255**
otvorenost	.003	.022
saradljivost	-.075	.004
savesnost	-.145*	-.082
dezintegracija		.387**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za skalu depresivnosti je Neuroticizam/N ($\beta = 0.476$; $p = 0.000$), a zatim i Introvezija/E $\beta = -0.289$; $p = 0.000$) i Diskontrola/C- ($\beta = 0.145$; $p = 0.034$). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno najsnažnija postaje Dezintegracija/Delta Tot ($\beta = 0.387$; $p = 0.000$) ali i Neuroticizam/N ($\beta = 0.300$; $p = 0.000$) i Introverzija/E- $\beta = -0.255$; $p = 0.000$). Savesnost na negativnom polu i Dezintegracija (u odnosu na ovu skalu) dele neke zajedničke, prediktivno važne informacije, a Dezintegracija sadrži i jedinstvene, nezavisne od drugih dimenzija ličnosti. Zbog toga je Savesnost značajna crta za razumevanje PAI skale depresivnosti u petodimanzionalnom, ali ne i u šestodimenzionalnom modelu ličnosti.

Dakle, možemo zaključiti da PAI skalu depresivnosti u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava afektivna nestabilnost, slaba integrisanost na introvertnom polu.

Skala maničnosti (MAN)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 31,2% varijanse na PAI skali maničnosti ($R^2 = 0.312$; $F_{(5,153)} = 13.894$; $p = 0.000$). Uključivanje dezintegracije u model

statistički značajno unapredjuje predikciju MAN skale i to za 18,2% ($R^2=0.182$; promena $F_{(1,152)}=54.656$; $p=0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 49,4% varijanse PAI skale maničnosti ($R^2=0.494$; $F_{(6,152)}=24.748$; $p=0.000$).

Tabela 4.4.5 : Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

<i>NEO domeni i DELTA tot</i>	<i>PAI skala maničnosti (MAN)</i>	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.341**	.068
ekstraverzija	.184*	.236*
otvorenost	-.004	.024
saradljivost	-.418**	-.295**
savesnost	.215*	.313**
dezintegracija		.598**

beta1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za PAI skalu maničnosti skalu je Antagonizam/A- ($\beta = -0.418$, $p = 0.000$) i Neuroticizam/N ($\beta = 0.341$; $p = 0.000$), Savesnost/C ($\beta = 0.215$, $p = 0.017$) i Ektraverzija/E ($\beta = -0.184$, $p = 0,041$). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno je najsnažnija Dezintegracija/Delta Tot ($\beta = .598$; $p = 0.000$) i Savesnost/C ($\beta = .0.313$, $p = 0,000$, a zatim i Ekstraverzija/E ($\beta = 0.236$; $p = 0,003$ i Antagonizam/A- ($\beta = -0.295$; $p = 0.000$). Dezintegracija i Neuroticizam dele neke zajedničke prediktivno važne informacije, ali Dezintegracija sadrži i jedinstvene, nezavisne od drugih dimenzija ličnosti.

Dakle, možemo zaključiti da PAI skalu maničnosti u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava dezintegrisanost, savesnost, antagonizam i ekstraverzija.

Skala paranoidnosti (PAR)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 44.2% varijanse na PAI skali paranoidnosti ($R^2 = 0.442$; $F_{(5,153)} = 24.200$; $p = 0.000$). Uključivanje Dezintegracije u model statistički značajno unapredjuje predikciju PAR skale i to za 9.1% ($R^2 = 0.091$; promena $F_{(1,152)} = 29.641$; $p = 0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 55.3% varijanse PAI skale paranoidnosti ($R^2 = 0.553$; $F_{(6,152)} = 28.882$; $p = 0.000$).

Tabela 4.4.6 : Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala paranoidnosti (PAR)	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.446**	.253
ekstraverzija	-.105	-.068
otvorenost	-.091	-.070
saradljivost	-.352**	-.265**
savesnost	.029	.099
dezintegracija		.423**

beta1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za PAI PAR skalu je Neuroticizam/N ($\beta=0.446$; $p=0.000$) i Antagonizam ($\beta=-0.352$; $p=0.000$). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno je najsnažnija Dezintegracija/Delta Tot ($\beta=0.423$; $p=0,000$) i Antagonizam/A- ($\beta=-0.265$; $p=0.000$), a zatim i Neuroticizam/N ($\beta=0.253$; $p=0.000$). Neuroticizam i Dezintegracija dele neke zajedničke, prediktivno važne karakteristike (za PAI skalu paranoidnosti), ali dezintegracija sadrži i neke dodatne, jedinstvene i neazvisne od drugih dimenzija ličnosti. Zbog toga je Neuroticizam značajna dimenzija u petodimenzionalnom modelu za PAI skalu paranoidnosti, ali ne i u šestodimenzionalnom modelu.

Dakle, možemo zaključiti da PAI skalu paranoidnosti u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava dezintegrisanost i anatagonizam, a zatim i afektivna nestabilnost.

Skala shizofrenije (SCZ)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 40.2% varijanse na PAI skali shizofrenije ($R^2=0.402$; $F_{(5,153)}=20.586$; $p=0.000$). Uključivanje dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju SCZ skale i to za 29.3% ($R^2=0.293$; promena $F_{(1,152)}=145.991$; $p=0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 69.5% varijanse PAI skale shizofrenije ($R^2=0.695$; $F_{(6,152)}=57.743$; $p=0.000$).

Tabela 4.4.7 : Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala shizofrenije (SCZ)	
	beta 1	beta 2

neuroticizam	.381**	.035
ekstraverzija	-.103	-.037
otvorenost	-.158*	-.122*
saradljivost	-.219*	-.063
savesnost	-.116	.008
dezintegracija		.759**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za SCZ PAI skalu je Neuroticizam/N ($\beta=0.381$; $p=0,000$), a zatim i Antagonizam/A- ($\beta=-0.219$; $p=0.002$) i Otvorenost na negativnom polu/O- ($\beta=-0.158$; $p=0.015$),. U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno najsnažnija postaje Dezintegracija/Delta Tot ($\beta=0.759$; $p=0.000$) i u manjoj meri Otvorenost na negativnom polu/O- ($\beta=-0.122$; $p=0.015$) . Neuroticizam, Antagonizam (Saradljivost na negativnom polu) i Dezintegracija dele neke prediktovno važne informacije za PAi skalu Shizofrenije. Medjutim, Dezintegracija sadrži i neke jedinstvene dodatne i nezavisne od drugih bazičnih dimenzija. Stoga u petodimenzionalnom modelu prediktivno važne dimenzije za PAI skalu shizofrenije su i Neurotizima i Anatgonizam, ali ne i u šestodimenzionalnom modelu.

Dakle, možemo zaključiti da PAI skalu shizofrenije u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava dezintegrisanost i zatvorenost za nova iskustva/rigidnost.

Skala karakteristika graničnosti (BOR)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju varijanse na PAI skali graničnosti ($R^2 = 0.599$; $F_{(5,153)}=45.733$; $p=0.000$). Uključivanje dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju BOR skale i to za 6.7% ($R^2=0.067$; promena $F_{(1,152)}=30.391$; $p=0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 66.6% varijanse PAI skale graničnosti ($R^2=0.666$; $F_{(6,152)}=50.497$; $p=0.000$).

Tabela 4.4.8: Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala karakteristika graničnosti (BOR)	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.644**	.479**
ekstraverzija	.044	.076

otvorenost	-.025	-.007
saradljivost	-.186*	-.112*
savesnost	-.113	-.053
dezintegracija		.363**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za BOR PAI skalu je Neuroticizam/N ($\beta=0.644$; $p=0.000$), a zatim i Antagonizam/A- ($\beta=-0.186$; $p=0.001$). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno su gotovo podjednako snažni Dezintegracija/Delta Tot ($\beta=0.363$; $p=0,000$) a ostaje prediktivno važan i Antagonizam/A- u manjoj meri ($\beta=-0.112$; $p=0.042$).

Dakle, možemo zaključiti da skalu graničnosti u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava afektivna nestabilnost i dezintegrisanost uz antagonizam.

Skala antisocijalnih karakteristika (ANT)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 32.3% varijanse na PAI skali antisocijalnih karakteristika ($R^2=0.323$ $F_{(5,153)}=14.623$; $p=0.000$). Uključivanje dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju ANT skale i to za 9.8% ($R^2=.098$; promena $F_{(1,152)}=25.840$; $p=0.000$). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 42.2% varijanse PAI skale antisocijalnih karakteristika ($R^2=0.422$; $F_{(6,152)}=18.471$; $p=0.000$).

Tabela 4.4.9 : Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala antisocijalnih karakteristika (ANT)	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.047	-.153
ekstraverzija	.228*	.267*
otvorenost	-.071	-.050
saradljivost	-.441**	-.350**
savesnost	-.194*	-.123
dezintegracija		.440**

beta 1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; * $p \leq 0.05$; ** $p \geq 0.01$

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za ANT PAI skalu je Antagonizam/A- ($\beta=0.647$; $p=0.000$), a zatim i Ekstraverzija/E ($\beta=0.228$;

p=0.011) i Diskontrola/C- ($\beta=-0.194$; p=0.029),. U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), prediktivno su gotovo podjednako snažni Dezintegracija/Delta Tot ($\beta=0.440$; p=0,000) i Antagonizam/A- ($\beta=-0.350$; p=0.000), a prediktivno važna ostaje i Ekstraverzija/E ($\beta=0.267$; p=0.001) .

Dakle, možemo zaključiti da PAI skalu antisocijalnih karakteristika u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava dezintegrisanost, antagonizam i ekstraverzija.

Skala zloupotrebe alkohola (ALC)

Pet NEO-PI-R dimenzija sistematski objašnjavaju 16.6% varijanse na PAI skali problema sa alkoholom ($R^2=0.166$; $F_{(5,153)}=6.074$; p=0.000). Uključivanje dezintegracije u model statistički značajno unapređuje predikciju skale i to svega za 2% ($R^2=0.020$; promena $F_{(1,152)}=3.797$; p=0.000). Na taj način šestodimenzionalni model ličnosti objašnjava ukupno 18.6% varijanse PAI skale alkoholizma ($R^2=0.186$; $F_{(6,152)}=5.787$; p=0.000).

Tabela 4.4.10: Standardizovani regresioni koeficijenti u prvom i drugom koraku analize

NEO domeni i DELTA tot	PAI skala zloupotrebe alkohola (ALC)	
	beta 1	beta 2
neuroticizam	.145	.054
ekstraverzija	.085	.103
otvorenost	-.198*	-.188*
saradljivost	-.251*	-.210*
savesnost	-.098	-.065
dezintegracija		.200

beta1: standardizovani regresioni koeficijent u prvom koraku analize; **beta 2**: standardizovani regresioni koeficijent u drugom koraku analize; *p \leq 0.05; **p \geq 0.01

U prvom modelu (NEO-PI-R) prediktivno najvažnija dispozicija za ALC PAI skalu su Antagonizam/A- ($\beta=-0.251$; p=0.016) i Rigidnost/O- ($\beta=-0.251$; p=0.003). U drugom modelu (NEO-PI-R plus DELTA 10), iste dve dimenzije ostaju prediktivno važne: Antagonizam/A- ($\beta=-0.210$; p=0.015). i Rigidnost/O- ($\beta=0.188$; p=0.021).

Dakle, možemo zaključiti da skalu problema sa alkoholom u bazičnom prostoru ličnosti objašnjava antagonizam i rigidnost/konvencionalnost.

Skala zloupotrebe droga (DRG)

Regresiona analiza nije dala podatke koji prelaze granicu statističke značajnosti samim tim ni podatke koji bi se mogli interpretirati. Razlog najverovatnije leži u činjenici da u uzorku nismo imali pacijente sa problemom zloupotrebe supstanci, dakle nismo imali dovoljnu varijabilnost skorova ispitanika na ovoj skali, koja bi nam dala validnije/interpretabilne podatke.

Rezime

Kada poredimo koliki procenat varijanse bazične dimenzije ličnosti objašnjavaju u svakoj od PAI skala vidimo da najveći procenat varijanse objašnjavaju na skali anksioznosti (72.4%), a zatim i na skalama shizofrenije (69.5%), depresivnosti (67.8%), graničnosti (66.6%) kao i skale sa anksioznošću povezanih poremećaja (65.4%) (tabela 4.4.11). Najmanji procenat varijanse bazične dimenzije ličnosti objašnjavaju na skalama alkoholizma (18.4%) i antisocijalnih karakteristika (42.2%). Ovaj podatak možemo interpretirati na sledeći način: postoji jedan deo psihopatologije, koji zapravo pripada prostorui Eksternalizujuće psihopatologije, a koji PAI inventar ličnosti donekle bolje pokriva u odnosu na primenjene inventare bazične strukture ličnosti odnosno šestodimenzionalni model ličnosti.

Tabela 4.4.11: Procenat ukupno objašnjene varijanse PAI kliničkih skala bazičnim dimenzijama ličnosti (šestodimenzionalnim modelom) i pouzdanost PAI skala

<i>PAI skala</i>	<i>% objašnjene varijanse bazičnim dimenzijama ličnosti</i>	<i>Pouzdanost Cronabahov α</i>
SOM	54.1	0.9005
ANX	72.4	0.9316
ARD	65.4	0.9024
DEP	67.8	0.9226
MAN	49.4	0.8588
PAR	55.3	0.8589
SCZ	69.5	0.9001
BOR	66.6	0.8902
ANT	42.2	0.8649
ALC	18.6	0.8889
DRG	12.0	0.8018

Kao što iz tabele 4.4.11. vidimo postoji tendencija da što je veća pouzdanost PAI skale utoliko je veći i procenat ukupno objašnjene varijanse te PAI skale bazičnim

dimenzijama ličnosti. Međutim, PAI skale ipak poseduju sasvim zadovoljavajuću pouzdanost (preko 0.8) što nam daje mogućnost da interpretiramo dobijene podatke.

4.5 Analiza diskriminativnog potencijala na nivou širokih dimenzija

4.5.1 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO PI R domeni i DELTA 10 total)

Prvo smo proverili diskriminativni potencijal dva instrumenta namenjena proceni bazične strukture ličnosti i to na nivou indikatora širokih dimenzija: NEO-PI-R domena i total DELTA 10. Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost razlikovanja grupa ispitanika (bez poremećaja, anksiozni, sch psihotični, drugi psihotični) preko domena NEO-PI-R instrumenta i DELTE total skora.

Tabela 4.5.1.1: Aritmetičke sredine i standardne devijacije grupa na NEO-PI-R skalama domenai DELTA total skoru

Grupe	Domeni	M	SD	N
zdravi	neuroticizam	84.179	20.610	39
	ekstraverzija	109.256	20.525	39
	otvorenost	11.077	15.189	39
	saradljivost	122.539	12.785	39
	savesnost	128.692	22.289	39
	dezintegracija	1.935	.379	40
anksiozni	neuroticizam	112.225	21.371	40
	ekstraverzija	93.025	22.933	40
	otvorenost	108.800	15.190	40
	saradljivost	119.875	15.926	40
	savesnost	115.800	23.449	40
	dezintegracija	2.391	.490	40
sch psihotični	neuroticizam	96.550	27.094	40
	ekstraverzija	97.250	18.743	40
	otvorenost	101.950	13.845	40
	saradljivost	121.900	17.056	40
	savesnost	115.70	22.823	40
	dezintegracija	2.5129	.554	40
drugi psihotični	neuroticizam	100.275	33.055	40
	ekstraverzija	16.875	5.497	40
	otvorenost	106.446	16.179	40
	saradljivost	123.825	20.018	40
	savesnost	109.775	27.646	40
	dezintegracija	2.4406	.560	40

Četiri domena NEO-PI-R-a (osim domena Saradljivosti/A) i total DELTA statistički značajno razlikuju grupe (videti tabelu 4.5.1.2.).

Tabela 4.5.1.2: F testovi značajnosti razlika na bazičnim dimenzijama ličnosti između grupa ispitanika

	<i>F(3,155)</i>	<i>p</i>
neuroticizam	7.765**	.000
ekstraverzija	5.645**	.001
otvorenost	2.752*	.045
saradljivost	.390	.760
savesnost	4.294**	.006
delta total	10.706**	.000

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Izdvojene su dve statistički značajne diskriminativne funkcije koje razlikuju 4 pomenute grupe ispitanika sa koeficijentom kanoničke korelacije od 0.486 (Wilks-ova $\lambda = 0.642, \chi^2(18) = 67.850; p = 0.000$) i 0.374 (Wilks-ova $\lambda = 0.840, \chi^2(10) = 26.672; p = 0.003$). Prva kanonička diskriminativna funkcija objašnjava 62,3% varijanse između grupa, a druga funkcija objašnjava 32,9% varijanse.

Prvu diskriminativnu funkciju grade sve bazične dimenzije ličnosti, osim Saradljivosti, pri čemu je Dezintegracija (DELTA tot) najvažnije diskriminativno svojstvo. U linearnom složaju mera bazičnih domena ličnosti koje grade ovu diskriminativnu funkciju su i niska Savesnost (impulsivnost/C-) i niska Otvorenost (rigidnost/O-), kao i Introverzija (E-), pri čemu je udeo E dimenzije u strukturi funkcije mali (standardizacioni koeficijent je svega -0,042). Ova funkcija bi se mogla interpretirati kao opšta dezintegrisanost uz izraženu emocionalnu labilnost, dezinhibovanost i rigidnost na introvertnom polu (tabela 4.5.1.3. i 4.5.1.4.).

Ovaj kompozit najviše razdvaja zdrave ispitanike od shizofrenih (na 1,404 standardne devijacije, u daljem tekstu SD) i drugih psihotičnih (na 1,266 SD). Dakle, ova funkcija pravi distinkciju normalnost-psihotičnost (bilo da se radi o shizofrenim ili drugim psihotičnim ispitanicima). Drugačije rečeno, ono što karakteriše i razlikuje psihološki zdrave ispitanike u odnosu na psihotične jeste dobra integrisanost, emocionalna stabilnost, dobra kontrola, otvorenost ka iskustvu i ekstraverzija (tabela 4.5.1.5.).

Drugu diskriminativnu funkciju gradi Neuroticizam (N), a visokom skor u ovoj funkciji u manjoj meri doprinose i Introverzija (E-) i Dezintegracija (DELTA tot).

Ova funkcija bi se mogla interpretirati kao afektivna nestabilnost i slaba integrisanost na introvertnom polu.

Ovaj diskriminativni kompozit najviše razdvaja anksioznih od zdravih ispitanika (na 0,991 SD) i anksiozne od shizofrenih ispitanika (na 0.938 SD). Drugim rečima, anksiozne ispitanike možemo opisati na bazičnim dimenzijama ličnosti kao afektivno nestabilne, introvertne, ali i slabo integrisane.

Ako pogledamo sadržaj diskriminativnih funkcija možemo zaključiti da prva funkcija diferencira grupe prema nivou dezintegracije ili psihotičnosti (uključuje primarno dezintegraciju uz globalniju destabilizaciju strukture), a druga prema nivou emocionalne stabilnosti ili neuroticizma (uključuje primarno afektivnu nestabilnost na polju introverzije). Ove dve funkcije kao da diskriminišu grupe prema tradicionalnoj podeli psihotično-neurotično odnosno po „dubini” psihološke destabilizacije/dekompenzacije odnosno dezintegracije.

Tabela 4.5.1.3: Standardizovani koeficijenti diskriminativnih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
neuroticizam	-.344	1.119
ekstraverzija	-.042	-.431
otvorenost	-.374	.156
saradljivost	.423	-.178
savesnost	-.230	.487
delta total	1.057	-.341

Tabela 4.5.1.4: Matrica strukture kanoničkih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
delta total	.781*	.331
otvorenost	-.398*	.156
neuroticizam	.320	.852*
ekstraverzija	-.462	-.495*
savesnost	-.460	-.222
saradljivost	.025	-.166

Tabela 4.5.1.5: Centroidi grupa na kanoničkim funkcijama

	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-.857	-.318
anksiozni	-.120	.673
sch psihotični	.547	-.265
drugi psihotični	.409	-.098

Pomoću domena NEO-PI-R-a i DELTE total skora ukupno se tačno može klasifikovati 44% ispitanika (tabela 4.5.1.6.). Medjutim, treba imati na umu da smo klasifikovali iste ispitanike čiji su nam skorovi i poslužili u pravljenju diskriminativnih funkcija. Stoga smo, da bismo dobili pravu ocenu diskriminativnosti izdvojenih funkcija (i na potencijalno drugim uzorcima) uradili kros-validaciju (tabela 4.5.1.7).

Tabela 4.5.1.6: Uspešnost kategorizacije ispitanika na osnovu prediktora

<i>grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotični	drugi psihotični
zdravi	23(59%)	7(17.9%)	7(17.9%)	2(5.1%)
anksiozni	14(35.0%)	15(37.5%)	4(10.0%)	7(17.5%)
sch psihotični	5(12.5%)	6(15.0%)	18(45.0%)	11(27.5%)
drugi psihotični	8(20.0%)	9(22.5%)	9(22.5%)	14(35.0%)

44,0% ispitanika je tačno klasifikovano

Kao što se vidi iz tabele 4.5.1.7. kada smo uradili diskriminativnu analizu sa isključivanjem skorova svakog ispitanika koji se klasifikuje, vidimo pad klasifikacione tačnosti od 8,2%, što je i očekivano, te se sada tačno klasifikuje 35,8% ispitanika. Tendencija tačnosti klasifikovanja po pojedinim dijagnostičkim grupama izgleda ovako: najtačnije se klasifikuju ispitanici bez psihijatrijskih poremećaja (56,4%), zatim shizofreni (40%), pa drugi psihotični (17,5%). Dakle, bazičnih šest dimenzija ličnosti (Velikih pet plus Dezintegracija) najbolje prepoznaje zdravu ličnost ili, drugačije rečeno, najmanje je verovatna greška da se zdrava ličnost proglasi psihički obolelom. Dalje, bazične dimenzije ličnosti imaju umerenu senzitivnost za detekciju shizofrenih poremećaja jer će ipak više od polovine biti netačno klasifikovano odnosno najčešće će biti pogrešno klasifikovani kao drugi psihotični ispitanici. Ipak, najveći procenat grešaka registruje se kod grupe drugi psihotični (čak 65% drugih psihotičnih ispitanika se pogrešno klasifikuje u grupu zdravih, anksioznih ili shizofrenih).

Tabela: 4.5.1.7: Uspešnost kategorizacije kros-validiranih ispitanika na osnovu prediktora

<i>grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotichni	drugi psihotichni
zdravi	22(56,4%)	8(20,5%)	7(17,9%)	2(5,1%)
anksiozni	16(40,0%)	12(30,0%)	4(10,0%)	8(20,0%)
sch psihotichni	6(15,0%)	5(12,5%)	16(40,0%)	13(32,5%)
drugi psihotichni	8(20,0%)	12(30,0%)	13(32,5%)	7(17,5%)

35,8% kros-validiranih ispitanika je tačno klasifikovano

4.5.2 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI instrumenta (NEO-PI-R domeni, DELTA total i PAI faktori)

Sledeći korak sastojao se u proveru diskriminativnog potencijala sva tri instrumenta zajedno. Kanoničkom diskriminativnom analizom sva tri instrumenta testirana je mogućnost razlikovanja ispitanika (bez poremećaja, anksioznih, sch psihotičnih i drugi psihotični) i to preko domena NEO-PI-R-a, DELTA total skora i faktora PAI-a, a sa ciljem utvrđivanja dodatnog doprinosa PAI instrumenta.

Sve dimenzije bazične strukture ličnosti uključujući i dimenziju Dezintegracije (osim Saradljivosti), kao i prvi, Internalizujući PAI faktor, statistički značajno razlikuju ispitivane grupe (tabela 4.5.2.1).

Tabela 4.5.2.1: F testovi značajnosti razlika između aritmetičkih sredina grupa na pojedinačnim prediktorima

	<i>F(3,155)</i>	<i>p</i>
neuroticizam	7.765**	.000
ekstraverzija	5.645**	.001
otvorenost	2.752*	.045
saradljivost	.390	.760
savesnost	4.294**	.006
delta total	10.706**	.000
PAI faktor 1	20.262**	.000
PAI faktor 2	2.643	.051

**p≤0.01; *p≤0.05

Kanoničkom diskriminativnom analizom izdvajaju se dve statistički značajne funkcije koje razlikuju pomenute grupe i koje razlikuju grupe ispitanika sa koeficijentima kanoničke korelacije od 0.568(Wilks-ova lambda=0.500, $\chi^2(24)=105.247$; p=0.000) i 0.469(Wilks-ova lambda=0.738, $\chi^2(14)=46.106$; p=0.000).

Prva diskriminativna funkcija objašnjava 58,4% intergrupne varijanse i ovu funkciju grade Internalizujući faktor sa PAI-a i Neuroticizam (N) kao i Dezintegracija (DELTA tot) i Introverzija(E-). Ova funkcija se može interpretirati kao visoka afektivna nestabilnost i tendenciju ka ispoljavanju psihopatologije „ka unutra” uz opštu dezintegrisanost i introverziju.

Ova funkcija najoštrije razdvaja grupu zdravih od grupe anksioznih (na 1,718 SD), ali razdvaja i zdrave od svih psihotičnih i drugih psihotičnih (obe grupe se pozicioniraju bliže polu na kome su anksiozni, a nasuprot zdravima). Zapravo ova funkcija razdvaja ispitanike sa i bez (različitih) psihijatrijskih poremećaja odnosno „normalnost” od psihopatologije. Drugim rečima, afektivna nestabilnost i sklonost ka različitim afektivnim disregulacijama praćena opštom dezintegrisanošću i introverzijom su diskriminativne odlike ispitanika sa različitim psihijatrijskim poremećajima u odnosu na ispitanike bez poremećaja, ali primarno karakterišu anksiozne ispitanike (koji u najvećoj meri poseduju navedeni linearni složaj). „Zdrave” ispitanike odlikuje emocionalna stabilnost i odsustvo globalnije afektivne destabilizacije i dezintegrisanosti, na ekstravertnom polu.

Druga diskriminativna funkcija objašnjava manji procenat varijanse, 34,6%, U linearnom složaju Neuroticizam (N), Otvorenost (O) i odsustvo Eksternalizujuće PAI dimenzije i Dezintegracije (DELTA tot-) grade ovu diskriminativnu funkciju. Dakle, afektivna nestabilnost praćena odsustvom dezinhibovanosti/antisocijalnosti i dezintegrisanosti, kao i otvorenošću za nova iskustva su diskriminativne odlike koje grade ovu funkciju. Ovaj linearni kompozit može se interpretirati kao afektivna nestabilnost praćena otvorenošću za iskustvo uz odsustvo antisocijalnosti, diskontrole i dezintegracije.

I na ovoj funkciji najviše skorove postižu anksiozni ispitanici. Zapravo, ova funkcija odvaja anksiozne od obe grupe psihotičnih ispitanika (od drugih psihotičnih na 1,317SD; od shizofrenih na 1,209SD). Drugim rečima, ova funkcija diferencira različite dijagnostičke grupe. Ono što anksiozne ispitanike odvaja od drugih dijagnostičkih grupa

(psihotičnih) jeste složaj koji sačinjavaju afektivna nestabilnost praćena otvorenošću za nova iskustva i odsustvo ozbiljnije diskontrole i antisocijalnosti (PAI Eksternalizujući faktor) i dezintegracije (DELTA tot). Zdravi su bliži polu anksioznih (centroidi su udaljeni na 0,662 SD). Dakle, psihotični su „odvojeni” na jednom polu u odnosu na anksiozne i zdrave i odlikuje ih složaj koji sačinjavaju eksternalizujući PAI faktor, dezintegracija, rigidnost i odsustvo neuroticizma. Ova funkcija zapravo diferencira psihotične od nepsihotičnih ispitanika.

Tabela: 4.5.2.2. Standardizacioni koeficijenti diskriminativnih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti i PAI faktori</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
neuroticizam	-.475	.543
ekstraverzija	.044	.057
otvorenost	-.249	.224
saradljivost	.243	-.632
savesnost	.001	.541
delta total	.014	-.817
PAI faktor 1	1.329	.608
PAI faktor 2	.278	-.487

Tabela 4.5.2.3: Matrica strukture kanoničkih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti i PAI faktori</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
PAI faktor 1	.884*	.284
delta total	.631*	-.249
neuroticizam	.489*	.314
ekstraverzija	-.460*	.004
PAI faktor 2	.094	-.400*
otvorenost	-.215	.320*
savesnost	-.364*	.185
saradljivost	-.046	-.139

Tabela 4.5.2.4: Centroidi grupa na kanoničkim funkcijama

<i>grupa</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-1.178	.136
anksiozni	.540	.798
sch psihotični	.387	-.411
drugi psihotični	.222	-.519

Kada pogledamo tabelu 4.4.2.5. vidimo da je tačno klasifikovano ukupno 51,6% ispitanika. Ali da bismo dobili stabilnije i generalizabilnije zaključke, analiziraćemo samo rezultate kros-validacije (tabela 4.4.2.6.).

Tabela 4.5.2.5: Uspešnost kategorizacija ispitanika na osnovu prediktora

<i>grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotichni	drugi psihotichni
zdravi	28(71,8%)	3(7,7%)	4(10,3%)	4(10,3%)
anksiozni	9(22,5%)	21(52,5%)	4(10,0%)	6(15,0%)
sch psihotichni	7(17,5%)	3(7,5%)	17(42,5%)	13(32,5%)
drugi psihotichni	7(17,5%)	9(22,5%)	8(20,0%)	14(40,0%)

51,6% ispitanika je tačno klasifikovano

Dakle, kada smo uradili diskriminacionu analizu sa isključivanjem skorova svakog ispitanika koji se klasifikuje vidimo daje ukupno tačno klasifikovano 44% ispitanika. Dakle, uključivanje patocentričnog instrumenta poboljšalo je klasifikacionu tačnost za 8,2%. Sva tri instrumenta zajedno najtačnije klasifikuju ispitanike bez psihijatrijskog poremećaja (69,2%), zatim shizofrene i anksiozne dok je najveća mogućnost greške za neshizofrene psihotične koje tačno klasifikuje u manje od polovine slučajeva (30%).

Dalje, kada uporedimo po pojedinim grupama gde je najveći doprinos vidimo da je uključivanje patocentričnog inventara poboljšava klasifikacionu tačnost najviše za grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja (za 12,8%), a zatim i zagrupu drugih psihotičnih (12,5%) kao i anksiozne ispitanike (za 7,5%). Dakle, PAI poboljšava klasifikacionu tačnost za sve grupe osim za grupu shizofrenih ispitanika.

Tabela: 4.5.2.6: Uspešnost kategorizacije kros-validiranih ispitanika na osnovu prediktora

<i>grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotichni	drugi psihotichni
zdravi	27(69,2%)	4(10,3%)	4(10,3%)	4(10,3%)
anksiozni	12(30,0%)	15(37,5%)	5(12,5%)	8(20,0%)
sch psihotichni	7(17,5%)	3(7,5%)	16(40,0%)	14(35,0%)
drugi psihotichni	8(20,0%)	10(25,0%)	10(25,0%)	12(30,0%)

44,0% kros-validiranih ispitanika je tačno klasifikovano

Rezime

Kada uporedimo diskriminativnu preciznost primenjenih instrumenata na nivou širokih dimenzija (NEO PI R domena, total DELTE i faktora PAI-a) vidimo da dodavanje patocentričnog instrumenta merama bazičnih dimenzija ličnosti povećava ukupnu tačnost klasifikacije za 8,2%. Poboljšanje diskriminativnosti je neujednačeno za

ispitivane grupe. Pridruživanje patocentričnog inventara PAI-a merama bazičnih dimenzija ličnosti poboljšava klasifikacionu tačnost najviše za grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja (za 12,8%), a zatim i za grupu drugih psihotičnih (12,5%) i anksioznih ispitanike (za 7.5%). Jedino se senzitivnost za grupu shizofrenih ispitanika nije promenila, odnosno za ovu grupu PAI nije doprineo povećanju klasifikacione tačnosti.

4.6 Analiza diskriminativnog potencijala na nivou užih dimenzija

4.6.1 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO-PI-R-a i DELTE 10 na nivou faceta i modaliteta)

Diskriminativni potencijal instrumenata namenjenih proceni bazičnih dimenzija ličnosti (NEO-PI-R i DELTA) proveren je i na nivou užih dimenzija, odnosno faceta i modaliteta. Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost razlikovanja grupa ispitanika (bez poremećaja, anksiozni, sch psihotični i drugi psihotični) preko skala za procenu faceta i modaliteta NEO-PI-R i DELTA 10 instrumenata.

U tabeli 4.6.1.1. navedene su aritmetičke sredine i standardne devijacije grupa na NEO-P-R skalama faceta.

Tabela 4.6.1.1: Aritmetičke sredine i standardne devijacije NEO-PI-R skala faceta

			<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>
N1	Anksioznost	zdravi	39	14.230	5.049
		anksiozni	40	21.875	5.125
		sch psihotični	40	17.800	6.718
		drugi psihotični	40	18.050	7.179
N2	Hostilnost	zdravi	40	13.870	4.404
		anksiozni	40	17.875	3.695
		sch psihotični	40	14.750	5.592
		drugi psihotični	40	16.025	6.475
N3	Depresivnost	zdravi	40	11.925	4.110
		anksiozni	40	18.775	5.993
		sch psihotični	40	17.025	6.463
		drugi psihotični	40	17.600	7.045
N4	Soc. nelagodnost	zdravi	40	15.775	4.627
		anksiozni	40	18.200	4.507
		sch psihotični	40	16.975	4.682
		drugi psihotični	40	17.100	5.790
N5	Impulsivnost	zdravi	39	17.615	3.446
		anksiozni	40	18.275	4.261
		sch psihotični	40	16.025	4.306
		drugi psihotični	40	17.550	5.382
N6	Vulnerabilnost	zdravi	39	10.718	4.013

		anksiozni	40	17.225	5.704
		sch psihotichni	40	13.975	5.404
		drugi psihotichni	40	13.950	7.397
E1	Toplina	zdravi	39	22.231	4.158
		anksiozni	40	19.775	4.311
		sch psihotichni	40	19.400	4.517
		drugi psihotichni	40	19.075	4.784
E2	Druželjubivost	zdravi	40	18.950	5.267
		anksiozni	40	16.600	6.164
		sch psihotichni	40	18.075	4.491
		drugi psihotichni	40	16.000	5.277
E3	Asertivnost	zdravi	39	13.692	4.311
		anksiozni	40	11.050	4.367
		sch psihotichni	40	11.825	4.528
		drugi psihotichni	40	11.350	5.573
E4	Aktivitet	zdravi	40	18.025	4.969
		anksiozni	40	16.175	5.448
		sch psihotichni	40	15.275	4.145
		drugi psihotichni	40	15.725	4.501
E5	Potr.za uzbudjenj	zdravi	39	15.519	5.875
		anksiozni	40	13.000	6.017
		sch psihotichni	40	15.175	5.751
		drugi psihotichni	40	14.650	5.842
E6	Pozitivne emocije	zdravi	40	20.475	4.373
		anksiozni	40	16.425	5.551
		sch psihotichni	40	17.500	4.478
		drugi psihotichni	40	16.875	5.497
O1	Fantazija	zdravi	39	16.974	5.392
		anksiozni	40	18.100	5.158
		sch psihotichni	40	15.200	4.810
		drugi psihotichni	40	16.700	6.505
O2	Estetika	zdravi	39	18.872	6.767
		anksiozni	40	18.400	4.960
		sch psihotichni	40	19.875	4.183
		drugi psihotichni	40	18.525	6.255
O3	Osećanja	zdravi	39	22.179	3.852
		anksiozni	40	21.250	4.465
		sch psihotichni	40	19.375	3.656
		drugi psihotichni	40	20.200	6.056
O4	Akcija	zdravi	40	14.475	4.070
		anksiozni	40	13.825	3.741
		sch psihotichni	40	12.125	3.180
		drugi psihotichni	40	12.100	4.162
O5	Ideje	zdravi	39	17.872	5.845
		anksiozni	40	17.575	5.670
		sch psihotichni	40	17.975	5.955
		drugi psihotichni	40	17.800	6.165
O6	Vrednosti	zdravi	39	20.949	3.706
		anksiozni	40	19.650	3.247
		sch psihotichni	40	17.400	3.280
		drugi psihotichni	40	18.750	4.081
A1	Poverenje	zdravi	39	19.795	4.520
		anksiozni	40	17.875	4.564
		sch psihotichni	40	19.875	4.530
		drugi psihotichni	40	19.250	5.467
A2	Iskrenost	zdravi	39	21.256	4.558
		anksiozni	40	21.800	4.874
		sch psihotichni	40	21.550	5.084
		drugi psihotichni	40	21.750	4.913
A3	Altruizam	zdravi	40	24.075	4.245
		anksiozni	40	24.500	3.494
		sch psihotichni	40	22.450	4.206
		drugi psihotichni	40	23.500	4.420
A4	Popustljivost	zdravi	39	18.154	3.631

		anksiozni	40	17.275	4.930
		sch psihotichni	40	18.450	5.002
		drugi psihotichni	40	18.150	5.682
A5	Skromnost	zdravi	40	17.325	4.393
		anksiozni	40	17.950	5.831
		sch psihotichni	40	18.175	4.883
		drugi psihotichni	40	19.575	5.301
A6	blaga narav	zdravi	40	21.100	3.249
		anksiozni	40	20.475	3.080
		sch psihotichni	40	21.400	4.144
		drugi psihotichni	40	21.600	3.822
C1	Kompetencija	zdravi	39	22.308	3.888
		anksiozni	40	19.850	5.172
		sch psihotichni	40	19.475	5.013
		drugi psihotichni	40	18.950	6.106
C2	Red	zdravi	39	19.359	4.896
		anksiozni	40	18.375	4.897
		sch psihotichni	40	18.300	4.096
		drugi psihotichni	40	16.750	5.072
C3	Dužnost	zdravi	39	25.461	4.328
		anksiozni	40	24.125	3.480
		sch psihotichni	40	22.650	4.588
		drugi psihotichni	40	22.475	4.739
C4	Postignuće	zdravi	39	21.205	5.507
		anksiozni	40	17.350	5.754
		sch psihotichni	40	18.150	5.097
		drugi psihotichni	40	18.625	5.646
C5	Samo-disciplina	zdravi	40	21.350	5.526
		anksiozni	40	17.425	5.679
		sch psihotichni	40	18.700	5.289
		drugi psihotichni	40	16.800	6.718
C6	Promišljenost	zdravi	39	18.846	4.234
		anksiozni	40	18.675	5.581
		sch psihotichni	40	18.425	4.373
		drugi psihotichni	40	16.1750	5.453

Tabela 4.6.1.2: Aritmetičke sredine i standardne devijacije DELTA 10 skala modaliteta

		<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>
GEI	zdravi	40	1.937	.494
	anksiozni	40	2.495	.727
	sch psihotichni	40	2.660	.750
	drugi psihotichni	40	2.557	.720
PD	zdravi	40	1.406	.381
	anksiozni	40	1.894	.679
	sch psihotichni	40	2.205	.806
	drugi psihotichni	40	2.017	.801
P	zdravi	40	1.817	.554
	anksiozni	40	2.108	.587
	sch psihotichni	40	2.433	.877
	drugi psihotichni	40	2.444	.864
EA	zdravi	40	2.315	.747
	anksiozni	40	2.501	.683
	sch psihotichni	40	2.800	.851
	drugi psihotichni	40	2.508	.709
M	zdravi	40	2.325	.638
	anksiozni	40	2.654	.565
	sch psihotichni	40	2.604	.752
	drugi psihotichni	40	2.408	.759
MT	zdravi	40	2.079	.668
	anksiozni	40	2.314	.761
	sch psihotichni	40	2.710	.762

FA	drugi psihotichni	40	2.673	.859
	zdravi	40	2.094	.526
	anksiozni	40	2.378	.560
	sch psihotichni	40	2.508	.592
SA	drugi psihotichni	40	2.587	.787
	zdravi	40	2.000	.557
	anksiozni	40	2.472	.636
	sch psihotichni	40	2.615	.660
SOD	drugi psihotichni	40	2.515	.689
	zdravi	40	1.679	.487
	anksiozni	40	2.352	.689
	sch psihotichni	40	2.182	.654
D	drugi psihotichni	40	2.098	.670
	zdravi	40	1.700	.376
	anksiozni	40	2.741	.840
	sch psihotichni	40	2.411	.920
	drugi psihotichni	40	2.598	.994

Univarijantni testovi značajnosti razlika aritmetičkih sredina pokazuju da svi modaliteti DELTE (osim modaliteta Manije/M) i gotovo polovina faceta NEO-PI-R-a značajno razlikuju ispitivane grupe (tabela 4.6.1.1.). Grupe značajno diskriminiraju četiri aspekta domena Neuroticizma (N1,N2,N3 i N6) i Savesnosti (C1, C3, C4 i C5), tri aspekta Otvorenosti (O3,O4 i O6) i dva aspekta Ekstraverzije (E1 i E6). Nijedan aspekt domena Saradljivosti statistički značajno ne diskriminiraju grupe ispitanika u našem istraživanju.

Tabela 4.6.1.3: F testovi značajnosti razlika na NEO-PI-R facetima i DELTA 10 modalitetima između grupa ispitanika

	<i>NEO-PI.R faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
N1	anksioznost	3	155	10.366**	.000
N2	hostilnost	3	156	4.544**	.004
N3	depresivnost	3	156	10.162**	.000
N4	socijalna nelagodnost	3	156	1.619	.187
N5	impulsivnost	3	155	1.866	.138
N6	vulnerabilnost	3	155	8.383**	.000
E1	toplina	3	155	4.088**	.008
E2	druželjubivost	3	156	2.559	.057
E3	asertivnost	3	155	2.474	.064
E4	aktivitet	3	156	2.540	.059
E5	potraga za uzbudjenjima	3	155	1.432	.236
E6	pozitivne emocije	3	156	5.317**	.002
O1	fantazija	3	155	1.882	.135
O2	estetika	3	155	.565	.639
O3	osećanja	3	155	2.784*	.043
O4	akcija	3	156	4.012**	.009
O5	ideje	3	155	.033	.992
O6	vrednosti	3	155	6.838**	.000
A1	poverenje	3	155	1.488	.220

A2	iskrenost	3	155	.101	.959
A3	altruizam	3	156	1.869	.137
A4	popustljivost	3	155	.434	.729
A5	skromnost	3	156	1.372	.253
A6	blaga narav	3	156	.744	.527
C1	kompetencija	3	155	3.328*	.021
C2	red	3	155	2.036	.111
C3	dužnost	3	155	4.164**	.007
C4	postignuće	3	155	3.603*	.015
C5	samo-disciplina	3	156	4.786**	.003
C6	promišljenost	3	155	2.535	.059
GEI	egzekutivna disfunkcija	3	156	9.055**	.000
PD	perceptivne distorzije	3	156	9.803**	.000
P	paranoja	3	156	6.619**	.000
D	depresija	3	156	12.719**	.000
SO	somatoformna				
D	disregulacij	3	156	8.246**	.000
EA	pojačana svesnost	3	156	2.852*	.039
MT	magijsko mišljenje	3	156	6.219**	.001
SA	socijalna anhedonija	3	156	9.372**	.000
FA	zaravnjen afekat	3	156	4.805**	.003
M	manija	3	156	2.101	.102

**p≤ 0.01; *≤0.05

Kanoničkom diskriminativnom analizom izdvojene su dve statistički značajne diskriminativne funkcije koje razlikuju 4 pomenute grupe ispitanika sa koeficijentom kanoničke korelacije od 0.729 (Wilks-ova lambda=0.209, $\chi^2(120)=212.607$; p=0.000) i 0.634 (Wilks-ova lambda=0.447, $\chi^2(78)=109.551$; p=0.011). Prva kanonička diskriminativna funkcija objašnjava 52,9% varijanse izmedju grupa, a druga funkcija objašnjava 31,3% varijanse.

Prvu diskriminativnu funkciju grade tri modaliteta DELTE i to Perceptivne distorzije/PD, Magijsko mišljenje/MT i Paranoja/Puz aspekt Vrednosti/O6 (sa negativnim predznakom) sa domena Otvorenosti NEO-PI-R-a. Ova funkcija odvaja osobe sklone mispercepcijama sebe i okoline, magijskom, akauzalnom mišljenju i paranoidnim interpretacijama, koje su istovremeno rigidne u pogledu vrednosnih sudova i ubedjenja. Ova funkcija kao da opisuje produktivnu psihotičnu simptomatologiju odnosno psihotične, sumanute izmene mišljenja i očekivano na njoj najviše skorove postižu shizofreni ispitanici. S obzirom na to da ova funkcija uglavnom obuhvata psihološke sadržaje koji se mogu opisati kao patološka percepcija i kognicija ovu funkciju smo interpretirali kao kognitivno-perceptivne aberacije uz rigidnost.

Ova funkcija naj snažnije odvaja grupu shizofrenih i anksioznih ispitanika i to na 2,388 SD (tabela 4.6.1.6). Ispitanici bez psihijatrijskog poremećaja su bliži polu na

kome su zdravi, a drugi psihotični su bliži polu na kome su shizofreni ispitanici. Na osnovu ove funkcije može se zaključivati da je patološki složaj koji najizraženije odvaja shizofrene od anksioznih ispitanika zapravo prisustvo kognitivnih i perceptivnih aberacija uz rigidnost.

Drugu diskriminativnu funkciju grade četiru faceta sa domena Neuroticizma (N1,N2,N3 i N6) uz modalitete Depresije/D, Somatoformne disregulacije/SOD, Socijalne anhedonije/SA i Opšte egzekutivne disfunkcije/GEI sa DELTE. Dakle, ova funkcija odvaja socijalno izolovane inhibirane osobe koje su sklone anksioznosti, napetosti, uznemirenosti, senzitivne i sklone emocionalnim destabilizacijama u stresogenim okolnostima kao i depresivnim stanjima (uključujući i patološke depresivne epizode), konverzijama i sa teškoćama u pažnji, koncentraciji i drugim funkcijama. Ova funkcija kao da „daje portret” ispitanika sa dijagnozom anksioznog poremećaja te nije iznenadjujuće da ova grupa i ima najviše skorove na ovoj funkciji. Stoga smo ovu funkciju interpretirali kao afektivnu destabilizaciju ili tradicionalnijim rečnikom govoreći kao generalni neuroticizam. Ovaj diskriminativni kompozit odvaja centroide grupa na 2,233 SD) odnosno najviše razdvaja zdrave od anksioznih. Takođe vidimo da ova funkcija udaljava centroide grupa na veću distancu u odnosu na NEO domene i DELTA tot (za preko 1 SD). I shizofreni i drugi psihotični ispitanici se pozicioniraju između su ove dve grupe ispitanika.

Tabela 4.6.1.4: Standardizacioni koeficijenti diskriminativnih funkcija

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
N1	anksioznost	-.172	.335
N2	hostilnost	-.079	.109
N3	depresivnost	.281	.475
N4	socijalna nelagodnost	.029	-.190
N5	impulsivnost	-.211	-.178
N6	vulnerabilnost	-.002	.102
E1	toplina	-.111	.014
E2	druželjubivost	.345	.088
E3	asertivnost	.055	-.371
E4	aktivitet	-.247	.047
E5	potraga za uzbudjenjima	.032	-.044
E6	pozitivne emocije	.059	-.080
O1	fantazija	-.109	.232
O2	estetika	.584	-.053
O3	osećanja	-.450	-.496
O4	akcija	-.415	.197
O5	ideje	-.092	.211
O6	vrednosti	-.160	-.366

A1	poverenje	.610	.243
A2	iskrenost	.112	.225
A3	altruizam	-.267	.128
A4	popustljivost	.101	-.136
A5	skromnost	-.076	-.362
A6	blaga narav	.144	-.099
C1	kompetencija	.066	.158
C2	red	-.084	.404
C3	dužnost	-.581	.035
C4	postignuće	.356	-.159
C5	samo-disciplina	.152	-.121
C6	promišljenost	-.194	.338
GEI	egzekutivna disfunkcija	-.161	-.101
PD	perceptivne distorzije	.506	-.260
P	paranoja	.192	-.150
D	depresija	.219	.231
SOD	somatoformna disregulacij	-.475	.606
EA	pojačana svesnost	-.015	-.009
MT	magijsko mišljenje	.460	-.123
SA	socijalna anhedonija	.185	.146
FA	zaravnjen afekat	.073	-.114
M	manija	-.055	.233

Tabela 4.6.1.5: Matrica strukture kanoničkih funkcija

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
PD	perceptivne distorzije	.321*	.309
O6	vrednosti	-.311*	-.179
MT	magijsko mišljenje	.298*	.117
P	paranoja	.298*	.158
O5	akcija	-.237	-.035
C3	dužnost	-.235	-.117
O3	osećanja	-.205	-.095
A3	altruizam	-.200	-.018
EA	pojačana svesnost	.170	.124
O1	fantazija	-.155	.065
N1	anksioznost	-.023	.528*
D	depresija	.137	.513*
N6	vulnerabilnost	-.010	.479*
N3	depresivnost	.134	.465*
SD	somatoformna disregulacija	.091	.460*
SA	socijalna anhedonija	.279	.377*
GEI	opšta egzekutivna disfunkcija	.271	.351*
E6	pozitivne emocije	-.108	-.338*
N2	hostilnost	-.069	.304*
C4	postignuće	-.075	-.302*
M	manija	.023	.225
E3	asertivnost	-.065	-.224
A1	toplina	-.175	-.219
N4	socijalna nelagodnost	-.001	.206
E5	potraga za uzbuđenjem	.062	-.175
E4	aktivitet	-.162	-.173
A1	poverenje	.083	-.160
A6	blaga narav	.074	-.119

A4	popustljivost	.062	-.073
C5	samo-disciplina	-.109	-.259
C6	promišljenost	-.105	.037
E2	druželjubovost	-.040	-.157
C2	red	-.107	-.050
FA	zaravnjen afekat	.220	.172
A5	skromnost	.086	.009
C1	kompetencija	-.159	-.187
N5	impulsivnost	-.148	.034
O2	estetika	.064	-.014
A2	iskrenost	.008	.043
O5	ideje	.015	-.019

Tabela 4.6.1.6: Centroidi grupa na kanoničkim funkcijama

<i>grupa</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-1.009	-1.105
anksiozni	-1.060	1.128
sch psihotichni	1.328	.235
drugi psihotichni	.715	-.285

Ukupna tačnost klasifikacije na osnovu ove dve funkcije je 75,5% ispitanika (tabela 4.6.1.6.). I na ovom nivou analize uradili smo kros-validaciju jer nam pruža generalizabilniji i stabilniji nalaz (tabela 4.6.1.7.). Veliki pad ukupne klasifikacione tačnosti (od čak 30,8%) i znatno veći nego na nivou domena zapravo nam govori o tome da upotreba faceta i modaliteta samo prividno povećava klasifikacionu tačnost, ali da je generalizabilnost na tom nivou daleko slabija nego na nivou širokih dimenzija. Drugim rečima, faceti i modaliteti su manje stabilni od širokih bazičnih dimenzija.

Tabela 4.6.1.7: Uspešnost kategorizacija ispitanika na osnovu prediktora

<i>grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotichni	drugi psihotichni
zdravi	34(87,2%)	3(7,7%)	1(2,6%)	1(2,6%)
anksiozni	3(7,5%)	32(80%)	3(7,5%)	2(5%)
sch psihotichni	3(7,5%)	2(5,0%)	28(70,0%)	7(17,5%)
drugi psihotichni	4(10,0%)	3(7,5%)	7(17,5%)	26(65,0%)

75,5% ispitanika je tačno klasifikovano

Na nivou užih dimenzija instrumenti bazične strukture ličnosti (NEO-PI-R i DELTA 10) ukupno tačno klasifikuju 44,7% ispitanika. Faceti i modaliteti najtačnije prepoznaju ispitanike bez psihijatrijskog poremećaja i shizofrene ispitanike, a zatim i

anksiozne ispitanike. Najveća mogućnost greške je za grupu drugi psihotični jer ih češće prepoznaje kao shizofrene (40%) nego kao druge psihotične (22,5%).

Tabela 4.6.1.8: Uspešnost kategorizacija kros-validiranih ispitanika na osnovu prediktora

<i>grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotični	drugi psihotični
zdravi	21(53,8%)	7(17,9%)	5(12,8%)	6(15,4%)
anksiozni	9(22,5%)	20(50,0%)	6(15,0%)	5(12,5%)
sch psihotični	3(7,5%)	5(12,5%)	21(52,5%)	11(27,5%)
drugi psihotični	8(20,0%)	7(17,5%)	16(40,0%)	9(22,5%)

44,7% ispitanika je tačno klasifikovano

U odnosu na diskriminaciju na osnovu širokih dimenzija i total skora sa DELTE 10 vidimo da je ukupna klasifikaciona tačnost veća za 8,9%. Instrumenti bazične strukture ličnosti na nivou faceta i modaliteta u odnosu na šire dimenzije uspešnije prepoznaju anksiozne (za 20%), shizofrene (za 12,5%) i druge psihotične (za 5%), ali ispitanike bez psihijatrijskog poremećaja manje tačno klasifikuju (za 2,5%).

4.6.2 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI inventara na nivou užih dimenzija (NEO-PI-R faceti, DELTA modaliteti i PAI skale)

Sledeći korak je da proverimo diskriminativni potencijal sva tri instrumenta na nivou užih dimenzija, odnosno NEO PI R-a na nivou faceta, DELTA 10 na nivou modaliteta i PAI kliničkih skala. Drugim rečima, kanoničkom diskriminativnom analizom testirana mogućnost razlikovanja grupa ispitanika preko bazičnih dimenzija ličnosti (Velikih pet plus dezintegracija) i kliničkog, patocentričnog inventara odnosno PAI-a i to na nivou užih dimenzija.

U tabeli 4.5.2.1. prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije za PAI skale, dok su za NEO.PI.R facete i DELTA 10 modalitet prikazane u prethodnom poglavlju u tabelama 4.6.1.1. i 4.6.1.2.

Tabela 4.6.2.1.: Aritmetičke sredine i standardne devijacije grupa na PAI skalama

		<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>
SOM	zdravi	40	.518	.422
	anksiozni	40	1.298	.660
	sch psihotichni	40	1.149	.565
	drugi psihotichni	40	1.075	.592
ANX	zdravi	40	.778	.460
	anksiozni	40	1.858	.509
	sch psihotichni	40	1.388	.602
	drugi psihotichni	40	1.338	.680
ARD	zdravi	40	.791	.322
	anksiozni	40	1.473	.416
	sch psihotichni	40	1.289	.480
	drugi psihotichni	40	1.235	.534
DEP	zdravi	40	.595	.391
	anksiozni	40	1.421	.660
	sch psihotichni	40	1.166	.516
	drugi psihotichni	40	1.171	.655
MAN	zdravi	40	.977	.454
	anksiozni	40	1.216	.377
	sch psihotichni	40	1.256	.549
	drugi psihotichni	40	1.182	.577
PAR	zdravi	40	.970	.349
	anksiozni	40	1.206	.390
	sch psihotichni	40	1.206	.459
	drugi psihotichni	40	1.303	.577
SCZ	zdravi	40	.445	.338
	anksiozni	40	.831	.458
	sch psihotichni	40	1.052	.558
	drugi psihotichni	40	.981	.555
BOR	zdravi	40	.803	.356
	anksiozni	40	1.417	.447
	sch psihotichni	40	1.270	.507
	drugi psihotichni	40	1.347	.609
ANT	zdravi	40	.631	.330
	anksiozni	40	.693	.391
	sch psihotichni	40	.774	.422
	drugi psihotichni	40	.935	.644
ALC	zdravi	40	.348	.371
	anksiozni	40	.559	.489
	sch psihotichni	40	.640	.692
	drugi psihotichni	40	.557	.720
DRG	zdravi	40	.286	.275
	anksiozni	40	.343	.353
	sch psihotichni	40	.512	.408
	drugi psihotichni	40	.625	.642

Većina faceta sa domena Neuroticizma (N), Ekstraverzije (E) i Savesnosti (C) (po četiri od šest) kao i polovina faceta sa domena Otvorenosti (O) statistički značajno razlikuje grupe ispitanika. Drugim rečima, samo faceti domena Saradljivosti (A) ne razlikuju grupe ispitanika. Dalje, svi modaliteti DELTE (osim modaliteta Manije/M) takodje razlikuju ispitivane grupe. Od kliničkih PAI skala samo skale Maničnosti/MAN i Problema sa alkoholom/ALC statistički značajno ne razlikuju grupe (tabela 4.6.2.2.).

Tabela 4.6.2.2: F testovi značajnost razlika aritmetičkih sredina grupa na pojedinačnim prediktorima

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
N1	anksioznost	3	155	10.366**	.000
N2	hostilnost	3	156	4.544**	.004
N3	depresivnost	3	156	10.162**	.000
N4	socijalna nelagodnost	3	156	1.619	.187
N5	impulsivnost	3	155	1.866	.138
N6	vulnerabilnost	3	155	8.383**	.000
E1	toplina	3	155	4.088**	.008
E2	druželjubivost	3	156	2.559	.057
E3	asertivnost	3	155	2.474	.064
E4	aktivitet	3	156	2.540	.059
E5	potraga za uzbudjenjima	3	155	1.432	.236
E6	pozitivne emocije	3	156	5.317**	.002
O1	fantazija	3	155	1.882	.135
O2	estetika	3	155	.565	.639
O3	osećanja	3	155	2.784*	.043
O4	akcija	3	156	4.012**	.009
O5	ideje	3	155	.033	.992
O6	vrednosti	3	155	6.838**	.000
A1	poverenje	3	155	1.488	.220
A2	iskrenost	3	155	.101	.959
A3	altruizam	3	156	1.869	.137
A4	popustljivost	3	155	.434	.729
A5	skromnost	3	156	1.372	.253
A6	blaga narav	3	156	.744	.527
C1	kompetencija	3	155	3.328*	.021
C2	red	3	155	2.036	.111
C3	dužnost	3	155	4.164**	.007
C4	postignuće	3	155	3.603*	.015
C5	samo-disciplina	3	156	4.786**	.003
C6	promišljenost	3	155	2.535	.059
GEI	egzekutivna disfunkcija	3	156	9.055**	.000
PD	perceptivne distorzije	3	156	9.803**	.000
P	paranoja	3	156	6.619**	.000
D	depresija	3	156	12.719**	.000
SOD	somatoformna disregulacij	3	156	8.246**	.000
EA	pojačana svesnost	3	156	2.852*	.039
MT	magijsko mišljenje	3	156	6.219**	.001
SA	socijalna anhedonija	3	156	9.372**	.000
FA	zaravnjen afekat	3	156	4.805**	.003
M	manija	3	156	2.101	.102
SOM	somatizacije	3	156	14.489**	.000
ANX	anksioznost	3	156	24.138**	.000
ARD	sa anks. povezani poremećaji	3	156	16.913**	.000
DEP	depresivnost	3	156	15.226**	.000
MAN	maničnost	3	156	2.503	.061
PAR	paranoidnost	3	156	3.972**	.009
SCZ	shizofrenija	3	156	12.460**	.000
BOR	karakteristike graničnosti	3	156	12.883**	.000
ANT	antisocijalne karakteristike	3	156	3.235*	.024
ALC	problemi sa alkoholom	3	156	1.812	.147
DRG	problemi sa drogama	3	156	4.966**	.003

Kanonička diskriminativna analiza je pokazala da postoje dve statistički značajne kanoničke funkcije koje razlikuju pomenute četiri grupe ispitanika sa koeficijentima kanoničke korelacije od 0.805 (Wilks-ova lambda = 0,098, $\chi^2(123)=302,790$; $p=0.000$) i 0.773 (Wilks-ova lambda=0.279, $\chi^2(100)=166.564$; $p=0.000$). Ove dve funkcije zajedno objašnjavaju ukupno 88,2% intergrupne varijanse.

Prva diskriminativna funkcija objašnjava 48,9% varijanse i grade je PAI skala Shizofrenije/SCZ, tri modaliteta DELTE (Perceptivne distorzije/PD, Magijsko mišljenje/MT i Paranoja/P) kao i facet Vrednosti/O6 sa domena Otvorenosti NEO-PI-R-a (sa negativnim predznakom) pri čemu je udeo modaliteta Paranoje/P i faceta Vrednosti/O6- je manji jer su im standardizacioni koeficijenti niski.

Ova funkcija odvaja ispitanike sklone patološkim percepciji i „iskrivljenoj” obradi realnosti uključujući i magijsko mišljenje i donekle paranoidne interpretacije realnosti, rigidnim i zatvorenim za promene i preispitivanje vrednosnih sistema i sudova koja donose. Ukratko se ova funkcija može opisati kao psihotična dezintegracija sa dominacijom kognitivno-perceptivnih aberacija uz rigidnost.

Očekivano, najviše skorove postižu shizofreni ispitanici, a najniže anksiozni. Takođe, ova funkcija najoštrije odvaja shizofrene ispitanike od anksioznih ispitanika (centroidi su udaljeni na 2,995SD). Između su zdravi (bliže anksioznim) i drugi psihotični (bliže shizofrenim). Ova funkcija zapravo odvaja psihotične od nepsihotičnih ispitanika pri čemu najvažniju diskriminacionu ulogu imaju dezintegracioni fenomeni uz rigidnost. Možemo reći da navedeni složaj dimenzija opisuje shizofrenog pojedinca u našem istraživanju.

Drugu diskriminativnu funkciju (koja objašnjava 39,3% varijanse) grade primarno sa negativnim predznakom PAI skale Anksioznosti/ANX i Poremećaja povezanih sa anksioznošću/ARD, Depresivnosti/DEP, Somatizacije/SOM i Karakteristika graničnosti/BOR. Sa NEO-PI-R domena Neuroticizma grade je faceti anksioznosti/N1, vulnerabilnosti/N4, depresivnosti/N3 i hostilnosti/N2 i sa DELTE modalitet Depresije/D. Ova funkcija zapravo se može interpretirati kao odsustvo neuroticizma ili sklonosti negativnim afektima. Ova funkcija odvaja osobu koja je emocionalno stabilna, nije sklona afektivnim destabilizacijama u smislu povišene strukturisane ili nestrukturisane anksioznosti, depresivnosti ili somatizacije.

Dakle, odsustvo navedenog složaja psiholoških karakteristika karakteriše primarno zdrave ispitanike koji i imaju najviše skorove. Očekivano ova funkcija najoštrije odvaja zdrave od anksioznih ispitanika za čak 3,273SD. Između ova dva pola pozicioniraju se shizofreni i drugi psihotični ispitanici.

Tabela 4.6.2.3: Standardizacioni koeficijenti diskriminativnih funkcija

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
N1	anksioznost	.139	-.027
N2	hostilnost	-.154	.212
N3	depresivnost	.407	-.065
N4	socijalna nelagodnost	-.154	.303
N5	impulsivnost	-.236	.160
N6	vulnerabilnost	.036	.157
E1	toplina	.035	-.038
E2	druželjubivost	.381	-.294
E3	asertivnost	.217	.602
E4	aktivitet	-.163	.143
E5	potraga za uzbudjenjima	.109	.123
E6	pozitivne emocije	-.158	.043
O1	fantazija	-.171	-.188
O2	estetika	.562	-.097
O3	osećanja	-.594	.333
O4	akcija	-.396	-.218
O5	ideje	-.108	-.160
O6	vrednosti	-.083	.455
A1	poverenje	.595	-.090
A2	iskrenost	.290	-.260
A3	altruizam	-.231	-.194
A4	popustljivost	.087	.318
A5	skromnost	.042	.297
A6	blaga narav	-.054	.087
C1	kompetencija	-.126	-.153
C2	red	-.039	-.332
C3	dužnost	-.500	.417
C4	postignuće	.350	.250
C5	samo-disciplina	.115	-.368
C6	promišljenost	-.124	-.143
GEI	egzekutivna disfunkcija	-.057	.190
PD	perceptivne distorzije	.270	-.092
P	paranoja	-.033	.090
D	depresija	-.065	.099
SOD	somatoformna disregulacij	-.743	-.050
EA	pojačana svesnost	.216	.118
MT	magijsko mišljenje	.319	.003
SA	socijalna anhedonija	.126	-.266
FA	zaravnjen afekat	-.030	-.178
M	Manija	-.185	.003
SOM	somatizacije	.519	.024

ANX	anksioznost	-.559	-1.227
ARD	sa anksioznošću povezani poremećaji	-.308	-.663
DEP	depresivnost	-.515	-.096
MAN	maničnost	.300	-.095
PAR	paranoidnost	-.099	.449
SCZ	shizofrenija	.695	.473
BOR	karakteristike graničnosti	1.056	-.234
ANT	antisocijalne karakteristike	-.391	-.004
ALC	problemi sa alkoholom	-.149	.106
DRG	problemi sa drogama	.634	.301

Tabela 4.6.2.4: matrica strukture na kanoničkim funkcijama

		<i>F1</i>	<i>F2</i>
SCZ	shizofrenija	.293*	-.242
PD	perceptivne distorzije	.248*	-.214
O6	vrednosti	-.240*	.129
P	paranoja	.235*	.108
MT	magijsko mišljenje	.234*	.082
O4	akcija	-.187*	.027
C3	dužnost	-.186*	.080
O3	osećanja	-.159*	.069
A3	altruizam	-.154*	.019
E4	aktivitet	-.126*	.119
A4	popustljivost	.049*	.046
ANX	anksioznost	.019	.549*
ARD	sa anks. povezani por.	.095	.436*
DEP	depresivnost	.094	.415*
SOM	somatizacije	.124	.395*
N1	anksioznost	-.022	.350*
BOR	graninosti	.132	.340*
N6	vulnerabilnost	-.012	.318*
N3	depresivnost	.104	.309*
SOD	somatof. disregulacija	.067	.309*
SA	socijalna anhedonija	.216	.257*
GEI	opšta egz. disfunkcija	.210	.239*
E6	pozitivne emocije	-.085	.224*
C4	postignuće	-.056	.203*
M	manija	.013	.154*
MAN	maničnost	.090	.143*
N4	socijalna nelagodnost	-.002	.136*
E5	potraga za uzbudj.	.049	.114*
ALC	problemi sa aloholom	.092	.110*
A6	blaga narav	.060	.079*
D	depresija	.108	.339
C5	samo-disciplina	-.088	.169
E2	druželjubivost	-.035	.099
C6	promišljenost	-.089	.030
ANT	antisocijalne karakter.	.139	.008
PAR	paranoidnost	.127	.135
C2	red	-.088	.029
N2	hostilnost	-.053	.197
DRG	problemi sa drogama	.204	.017
FA	zaravnjen afekat	.175	.115
A5	skromnost	.072	.003

C1	kompetencija	-.125	.124
N5	impulsivnost	-.113	.015
E1	toplina	-.138	.147
E3	asertivnost	-.051	.148
O1	fantazija	-.120	.037
EA	pojačana svesnost	.129	.090
O2	estetika	.048	.004
A1	poverenje	.065	.103
A2	iskrenost	.006	.028
O5	ideje	.012	.012

Tabela 4.6.2.5: centriodi grupa na kanoničkim funkcijama

	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-1.274	1.638
anksiozni	-1.385	-1.635
sch psihotichni	1.610	-.455
drugi psihotichni	1.018	.493

Kada pogledamo tabelu 4.6.2.6. i 4.6.2.7 vidimo da dodavanje patocentričnog inventara inventarima koji procenjuju bazične dimenzije ličnosti (na nivou užih dimenzija) popravilo ukupnu tačnost klasifikacije ispitanika po dijagnostičkim grupama za 7,5%. Ukupna klasifikaciona tačnost sva tri instrumenta je 83% ispitanika. Ipak, dolazi do značajnog pada ukupne klasifikacione tačnosti (od čak 33,3%) ukoliko isključimo skorove svakog ispitanika koji se klasifikuje. Dakle, procena na nivou faceta je daleko manje stabilan i generalizabilniji nalaz.

Tabela 4.6.2.6: Uspešnost kategorizacija ispitanika na osnovu prediktora

<i>grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotichni	drugi psihotichni
zdravi	35(89,7%)	1(2,6%)	1(%)	2(%)
anksiozni	2(5,0%)	36(90,0%)	0(0%)	2(5,0%)
sch psihotichni	2(5,0%)	2(5,0%)	33(82,5%)	3(7,5%)
drugi psihotichni	37,5(%)	2(5,0%)	7(17,5%)	28(70,0%)

83,0% ispitanika je tačno klasifikovano

Kada smo uradili diskriminacionu analizu sa isključivanjem skorova svakog ispitanika koji se klasifikuje dobili smo očekivan pad ukupne klasifikacione tačnosti na 49,7% ispitanika koji su tačno klasifikovani. Sva tri instrumenta zajedno tačno klasifikuju ispitanike bez psihijatrijskog poremećaja u 74,4% slučajeva, a zatim za anksiozne i shizofrene ispitanike. Najveća mogućnost greške je za neshizofrene

psihotične koje tačno klasifikuje u ga trećini slučajeva (30%), jer ih pogrešno klasifikuje kao shizofrene (u čak 42,5% slučajeva).

Vidimo da dodavanjem patocentričnog instrumenta instrumentima za merenje bazične strukture ličnosti poboljšavamo ukupnu klasifikacionu tačnost za 5%. Medjutim, doprinos nije ujednačen za pojedine dijagnostičke grupe. Naime, uključivanje patocentričnog inventara najviše poboljšava klasifikacionu tačnost za grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja (za 20.6%), a zatim i za grupu neshizofrenih psihotičnih (za 7.5%). Za grupu anksioznih ispitanika klasifikaciona tačnost ostaje ista. Medjutim, neočekivano dobijamo nalaz da za grupu shizofrenih ispitanika dobijamo pad klasifikacione tačnosti za 7,5%, odnosno da mere bazične strukture imaju veću senzitivnost za shizofrenu patologiju te da patocentričan instrument ne samo da ne daje doprinos, već i redukuje klasifikacionu tačnost (o čemu će biti reči u daljem tekstu).

Tabela 4.6.2.7: Uspešnost kategorizacija ispitanika na osnovu prediktora

<i>Grupa</i>	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
	zdravi	anksiozni	sch psihotični	drugi psihotični
zdravi	29(74,4%)	3(7,7%)	1(2,6%)	6(15,4%)
anksiozni	5(12,5%)	20(50,0%)	8(20,0%)	7(17,55%)
sch psihotični	3(7,5%)	5(12,5%)	18(45,0%)	14(35,0%)
drugi psihotični	6(15,0%)	5(12,5%)	17(42,5%)	12(30,0%)

49,7% ispitanika je tačno klasifikovano

Rezime

Na nivou užih dimenzija odnosno aspekata NEO-PI-R-a, modaliteta DELTE i PAI kliničkih skala vidimo da uvođenje patocentričnog instrumenta povećava ukupnu klasifikacionu tačnost za 5%.

Dalje, kada posmatramo poboljšanje klasifikacione tačnosti po pojedinim dijagnostičkim grupama vidimo da je uključivanje patocentričnog inventara poboljšalo klasifikacionu tačnost najviše za grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja (za 20,6%), a zatim i za grupu neshizofrenih psihotičnih (za 7,5%). Za grupu anksioznih ispitanika klasifikaciona tačnost ostaje ista, dok za grupu shizofrenih ispitanika registrujemo pad klasifikacione tačnosti za 7,5%.

Da podsetimo, na nivou širokih dimenzija uključivanje PAI-a dovelo je do poboljšanja ukupne klasifikacione tačnosti koje je bilo nešto veće (8,2%). I na nivou širokih dimenzija poboljšanje klasifikacione tačnosti bilo je najveće za grupu ispitanika bez poremećaja (12,8%) i za grupu drugi psihotični (12,5%) ali smo dobili i povećanje senzitivnosti za grupu anksioznih ispitanika. Na nivou širokih dimenzija nije registrovano poboljšanje ukupne senzitivnosti primenjenih instrumenata za detekciju shizofrenih ispitanika.

Dakle, možemo rezimirati da je dobijen dosledan, stabilan i generalizabilan nalaz o inkrementalnoj validnosti PAI inventara u odnosu na bazičnih šest dimenzija ličnosti i to: povećanje od **5% na nivou užih dimenzija**, odnosno **8,2% na nivou širokih dimenzija**. Nalaz o tome da PAI inventar popravlja klasifikacionu tačnost govori o tome da PAI sadrži nove informacije o ličnosti osoba sa mentalnim poremećajima koje nisu sadržane u bazičnim dimenzijama ličnosti.

Ipak, da bismo proverili neočekivani rezultat (o manjoj senzitivnosti PAI- a za grupu shizofrenih ispitanika jer na nivou užih dimenzija dobijamo pad klasifikacione tačnosti za 7,5%) ponovili smo sve analize na tri grupe ispitanike. Naime, jedno od mogućih objašnjenja dobijenog rezultata leži u zahtevu koji smo postavili pred instrumente da prave fino diferenciranje između dve grupe psihotičnih poremećaja (shizofreni i drugi psihotični). Da bismo proverili tu pretpostavku uradili smo i diskriminacionu analizu na tri grupe ispitanika (bez poremećaja, anksiozni i psihotični) pri čemu smo dve grupe psihotičnih ispitanika iz prethodne analize (shizofreni i drugi psihotični) spojili u jednu grupu - grupu psihotičnih.

4.7 Analiza diskriminativnog potencijala na nivou širokih dimenzija na tri grupe ispitanika

4.7.1 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO PI R domeni i DELTA 10 total)

Dakle, da bismo proverili stvaran doprinos PAI instrumenta u diferenciranju psihopatologije, uradili smo diskriminativnu analizu na 3 dijagnostičke grupe (bez poremećaja, anksiozni, psihotični), pri čemu smo prvo proverili diskriminativni potencijal dva instrumenta namenjena proceni bazične strukture ličnosti (NEO-PI-R i DELTA 10) na nivou indikatora širokih dimenzija. Kanoničkom diskriminativnom

analizom testirana je mogućnost razlikovanja tri grupe ispitanika (bez poremećaja, anksiozni, psihotični) preko domena NEO-PI-R instrumenta i DELTE total skora.

4.7.1.1. Aritmetičke sredine i standardne devijacije 3 grupe ispitanika na NEO-PI-R skalama domena i DELTA 10 tot

<i>Grupe</i>	<i>Domeni</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
zdravi	neuroticizam	84.179	20.610	39
	ekstraverzija	109.256	20.525	39
	otvorenost	11.077	15.189	39
	saradljivost	122.539	12.785	39
	savesnost	128.692	22.289	39
anksiozni	dezintegracija	1.935	.379	40
	neuroticizam	112.225	21.371	40
	ekstraverzija	93.025	22.933	40
	otvorenost	108.800	15.190	40
	saradljivost	119.875	15.926	40
psihotični	savesnost	115.800	23.449	40
	dezintegracija	2.391	.490	40
	neuroticizam	98.412	30.089	80
	ekstraverzija	95.462	17.788	80
	otvorenost	103.012	16.532	80
	saradljivost	122.862	18.503	80
	savesnost	112.737	25.364	80
	dezintegracija	2.320	0.555	80

Četiri domena NEO-PI-R-a (osim domena Saradljivosti) i total DELTA statistički značajno razlikuju grupe (videti tabelu 4.6.1.2.).

Tabela 4.7.1.2: F testovi značajnosti razlika na bazičnim dimenzijama ličnosti između grupa ispitanika

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
neuroticizam	11.486	2	156	.000**
ekstraverzija	8.163	2	156	.000**
otvorenost	3.996	2	156	.021*
saradljivost	.454	2	156	.636
savesnost	5.832	2	156	.004**
delta total	16.157	2	157	.000**

**p≤0.01; *p≤0.05

Izdvojene su dve statistički značajne diskriminativne funkcije koje razlikuju 3 pomenute grupe ispitanika sa koeficijentom kanoničke korelacije od 0.484 (Wilks-ova lambda=0.660, $\chi^2(12)=63.693$; p=0.000) i 0.371 (Wilks-ova lambda=0.862, $\chi^2(5)=22.712$; p=0.000). Prva kanonička diskriminativna funkcija objašnjava 65,7% varijanse između grupa, a druga funkcija objašnjava 34,3% varijanse.

Prvu diskriminativnu funkciju grade sve bazične dimenzije ličnosti, osim Saradljivosti/A, pri čemu je Dezintegracija/DELTA tot najvažnije diskriminativno svojstvo. U linearnom složaju mera bazičnih domena ličnosti koje grade ovu diskriminativnu funkciju su i niska Savesnost (impulsivnost/C-) i niska Otvorenost (rigidnost/O-), kao i Introverzija (E-), pri čemu je udeo E dimenzije u strukturi funkcije dosta mali (standardizacioni koeficijent je svega -0,058). Ova funkcija bi se mogla interpretirati kao opšta dezintegrisanost praćena emocionalnom nestabilnošću, diskontrolom i rigidnošću na introvertnom polu (tabela 4.7.1.3. i 4.7.1.4.).

Ovaj kompozit najviše razdvajapsihotične ispitanike od ispitanika bez psihijatrijskih poremećaja (na 1,341 SD). Zapravo ova funkcija pravi jasnu distinkciju normalnost-psihotičnost. Anksiozni ispitanici se smeštaju bliže zdravim ispitanicima (na 0,760 SD) ali približno na sredini između ove dve grupe ispitanika. S obzirom da na ovom kompozitu psihotični imaju najviše skorove možemo reći da ono što karakteriše i razlikuje psihotične ispitanike u odnosu na one bez psihijatrijskih poremećaja jeste dezintegracija praćena emocionalnom labilnošću, dezinhibovanošću, rigidnošću i introverzijom (tabela 4.7.1.5.).

Drugu diskriminativnu funkciju gradi primarno Neuroticizam (N), a visokom skorom na ovoj funkciji u manjoj meri doprinose i Introverzija (E-) i Dezintegracija (DELTA tot). Ova funkcija bi se mogla interpretirati kao afektivna nestabilnost uz slabu integrisanost na introvertnom polu.

Ovaj diskriminativni kompozit najviše razdvaja anksioznih od zdravih ispitanika (na 0,979 SD), dok psihotične smešta na nešto manju udaljenost (0,870SD). Drugim rečima, anksiozne ispitanike možemo opisati na bazičnim dimenzijama ličnosti kao afektivno nestabilne, introvertne, ali i slabo integrisane.

Ako pogledamo sadržaj diskriminativnih funkcija možemo zaljučiti da prva funkcija jasno diferencira grupe prema nivou dezintegracije (uključuje primarno dezintegraciju uz globalniju destabilizaciju strukture) odnosno psihotičnosti, a druga prema nivou emocionalne stabilnosti ili neuroticizma (uključuje manju nestabilnost, zapravo primarno afektivnu nestabilnost na polju introverzije). Ove dve funkcije kao da diskriminišu grupe prema tradicionalnoj podeli psihotično-neurotično odnosno po „dubini” psihološke destabilizacije odnosno dezintegracije.

Tabela 4.7.1.3: Standardizovani koeficijenti diskriminativnih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
neuroticizam	-.321	1.132
ekstraverzija	-.058	-.417
otvorenost	-.362	.146
saradljivost	.430	-.210
savesnost	-.250	.560
delta total	1.032	-.325

Tabela 4.7.1.4: Matrica strukture kanoničkih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
delta total	.782*	.325
ekstraverzija	-.481*	-.462
savesnost	-.478*	-.173
otvorenost	-.391*	.158
neuroticizam	.340	.837*
saradljivost	.030	-.187*

Tabela 4.7.1.5: Centroidi grupa na kanoničkim funkcijama

	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-.866	-.301
anksiozni	-.106	.678
psihotični	.475	-.192

Pomoću domena NEO-PI-R-a i DELTE total skora ukupno se tačno može klasifikovati 59,1 % ispitanika (tabela 4.7.1.6.). Međutim, treba imati na umu da smo klasifikovali iste ispitanike šiji su nam skorovi i poslužili u pravljenju diskriminativnih funkcija. Stoga smo, da bismo dobili pravu ocenu diskriminativnosti izdvojenih funkcija (i na potencijalno drugim uzorcima) uradili kros-validaciju (tabela 4.7.1.7).

Tabela 4.7.1.6: Uspešnost kategorizacije ispitanika na osnovu prediktora

grupa	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>		
	zdravi	anksiozni	psihotični
zdravi	19(48.7%)	5(12.8%)	15(38.5%)
anksiozni	10(25.0%)	8(20.0%)	22(55.0%)
psihotični	6(7.5%)	7(8.8%)	67(83.8%)

59,1% ispitanika je tačno klasifikovano

Kao što se vidi iz tabele 4.7.1.7. kada smo uradili diskriminativnu analizu sa isključivanjem skorova svakog ispitanika koji se klasifikuje, vidimo manji pad klasifikacione tačnosti od 3,1%, te se sada tačno klasifikuje 56% ispitanika.

Tendencija tačnosti klasifikovanja po pojedinim dijagnostičkim grupama sada izgleda ovako: najtačnije se klasifikuju psihotični ispitanici (81,3%). Dakle, na osnovu bazičnih šest dimenzija ličnosti (velikih pet plus dezintegracija) možemo prepoznati psihotične ispitanike u preko 80% slučajeva. Dalje, bazične dimenzije ličnosti imaju izrazito lošu senzitivnost za detekciju anksioznih poremećaja (tačno ih prepoznaju u svega 15% slučajeva) te će više od polovine biti netačno klasifikovani odnosno pogrešno klasifikovani kao drugi psihotični ispitanici. Dakle, češće će biti pogrešno klasifikovani kao psihotični nego kao anksiozni ispitanici. Ispitanici bez poremećaja će biti tačno prepoznati u skoro polovinu slučajeva, ali će i najčešće biti pogrešno klasifikovani kao psihotični (u čak 38,5% slučajeva). Zanimljiv je nalaz da instrumenti bazičnih dimenzija ličnosti tačnije klasifikuju psihotične ispitanike (prepoznaju ih u 81,3% slučajeva) u odnosu na „zdrave” jer ispitanike bez psihijatrijskih poremećaja prepoznaju u „tek” 46,2% slučajeva (tabela 4.7.1.7.).

Tabela: 4.7.1.7: Uspešnost kategorizacije kros-validiranih ispitanika na osnov prediktora

grupa	<i>Predviđena pripadnost grupi</i>		
	zdravi	anksiozni	psihotični
zdravi	18(46.2%)	6(15.4%)	15(38.5%)
anksiozni	11(27.5%)	6(15.0%)	23(57.5%)
psihotični	7(8.8%)	8(10.0%)	65(81.3%)

56,0% kros-validiranih ispitanika je tačno klasifikovano

4.7.2 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI instrumenta (NEO-PI-R domeni, DELTA total i PAI faktori)

Sledeći korak sastojao se u proveru diskriminativnog potencijala sva tri instrumenta zajedno, na tri grupe ispitanika. Kanoničkom diskriminativnom analizom sva tri instrumenta testirana je mogućnost razlikovanja ispitanika (bez poremećaja, anksiozni, psihotični) i to preko domena NEO-PI-R-a, DELTA 10 total skora i faktora PAI-a, a sa ciljem utvrđivanja dodatnog doprinosa PAI instrumenta.

Sve dimenzije bazične strukture ličnosti uključujući i dimenziju Dezintegracije (osim Saradljivosti), kao i oba PAI faktora (Internalizujući PAI i Eksternalizujući PAI faktori), statistički značajno razlikuju ispitivane grupe (tabela 4.7.2.1).

Tabela 4.7.2.1: F testovi značajnosti razlika između aritmetičkih sredina grupa na pojedinačnim prediktorima

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>
neuroticizam	11.486	2	156	.000**
ekstraverzija	8.163	2	156	.000**
otvorenost	3.996	2	156	.021*
saradljivost	.454	2	156	.636
savesnost	5.832	2	156	.004**
delta total	16.157	2	157	.000**
PAI faktor 1	30.478	2	157	.000**
PAI faktor 2	3.813	2	157	.024*

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Kanoničkom diskriminativnom analizom izdvajaju se dve statistički značajne funkcije koje razlikuju pomenute grupe i koje razlikuju grupe ispitanika sa koeficijentima kanoničke korelacije od 0.566 (Wilks-ova lambda=0.531, $\chi^2(16)=96.602$; $p=0.000$) i 0.468 (Wilks-ova lambda=0.781, $\chi^2(7)=37.706$; $p=0.000$).

Prva diskriminativna funkcija objašnjava 62,7% intergrupne varijanse i ovu funkciju grade Internalizujući faktor sa PAI-a i Neuroticizam kao i Dezintegracija (DELTA tot) i Introverzija (E-). Međutim, veoma niski koeficijenti Dezintegracije i Ekstraverzije ukazuju da je udeo ovih dimenzija znatno manji. Ova funkcija se može interpretirati kao visoka afektivna nestabilnost i tendenciju ka ispoljavanju psihopatologije „ka unutra” praćena dezintegracijom i introverzijom. Ova funkcija zapravo obuhvata široki spektar psihopatologije sa izraženom afektivnom disregulacijom.

Ova funkcija najoštrije razdvaja grupu zdravih od grupe anksioznih (na 1,712 SD), ali razdvaja i zdrave od psihotičnih (psihotični se pozicioniraju bliže polu na kome su anksiozni, a nasuprot ispitanicima bez poremećaja). Zapravo ova funkcija razdvaja ispitanike sa i bez (različitih) psihijatrijskih poremećaja odnosno „normalnost” od psihopatologije. Drugim rečima, afektivna nestabilnost i sklonost ka različitim afektivnim disregulacijama praćena opštom dezintegriranošću i introverzijom su diskriminativne odlike ispitanika sa različitim psihijatrijskim poremećajima u odnosu na

ispitanike bez poremećaja, ali primarno karakterišu anksiozne ispitanike (u najvećoj meri poseduje navedeni linearni složaj). „Zdrave” ispitanike odlikuje emocionalna stabilnost i odsustvo globalnije afektivne destabilizacije i dezintegrisanosti, na ekstravertnom polu.

Druga diskriminativna funkcija objašnjava manji procenat varijanse, 37,3%, U linearnom složaju Neuroticizam (N), Otvorenost (O) i odsustvo Eksternalizujuće PAI dimenzije i Dezintegracije (DELTA tot-) grade ovu diskriminativnu funkciju. Dakle, afektivna nestabilnost praćena odsustvom dezinhibovanosti/antisocijalnosti i dezintegrisanosti, kao i otvorenosti za nova iskustva su diskriminativne odlike koje grade ovu funkciju. Ovaj linearni kompozit može se interpretirati kao afektivna nestabilnost praćena otvorenosti za iskustvo uz odsustvo antisocijalnosti, diskontrole i dezintegracije odnosno dublje psihopatologije.

I na ovoj funkciji najviše skorove postižu anksiozni ispitanici. Zapravo, ova funkcija odvaja anksiozne od obe grupe psihotičnih ispitanika (od psihotičnih na 1,27 SD). Drugim rečima, ova funkcija diferencira različite psihopatološke grupe po osi psihotično-nepsihotično. Ono što anksiozne ispitanike odvaja od drugih dijagnostičkih grupa (psihotičnih) jeste složaj koji sačinjavaju afektivna nestabilnost praćena otvorenosti za nova iskustva i odsustvo ozbiljnije diskontrole i antisocijalnosti (PAI Eksternalizujući faktor) i dezintegracije (DELTA tot). Zdravi su bliži polu anksioznih (centroidi su udaljeni na svega 0,686 SD). Dakle, psihotični su „odvojeni” na jednom polu u odnosu na anksiozne i zdrave i odlikuje ih složaj koji sačinjavaju eksternalizujući PAI faktor, dezintegracija, rigidnost i odsustvo neuroticizma te ova funkcija diferencira psihotične od nepsihotičnih ispitanika.

Tabela: 4.7.2.2. Standardizacioni koeficijenti diskriminativnih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti i PAI faktori</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
neuroticizam	-.458	.562
ekstraverzija	.019	.034
otvorenost	-.238	.235
saradljivost	.271	-.610
savesnost	-.026	.524
delta total	-.011	-.853
PAI faktor 1	1.311	.616
PAI faktor 2	.319	-.450

Tabela 4.7.2.3: Matrica strukture kanoničkih funkcija

<i>Dimenzije ličnosti i PAI faktori</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
PAI faktor 1	.885*	.300
delta total	.630*	-.243
neuroticizam	.497*	.333
ekstraverzija	-.471*	-.015
savesnost	-.377*	.165
PAI faktor 2	.104	-.393*
otvorenost	-.213	.324*
saradljivost	-.040	-.135*

Tabela 4.7.2.4: Centroidi grupa na kanoničkim funkcijama

<i>grupa</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-1.182	.121
anksiozni	.530	.807
psihotichni	.311	-.463

Kada pogledamo tabelu 4.7.2.5. vidimo da je tačno klasifikovano ukupno 67,3% ispitanika. Ali da bismo dobili stabilnije i generalizabilnije zaključke, analiziraćemo samo rezultate kros-validacije (tabela 4.7.2.6.).

Tabela 4.7.2.5: Uspešnost kategorizacija ispitanika na osnovu prediktora

<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
grupa	zdravi	anksiozni	psihotichni
zdravi	28(71.8%)	3(7.7%)	8(20.5%)
anksiozni	6(15%)	16(40%)	18(45%)
psihotichni	5(6.3%)	12(15.0%)	63(78.8%)

67,3% ispitanika je tačno klasifikovano

Dakle, kada smo uradili diskriminacionu analizu sa isključivanjem skorova svakog ispitanika koji se klasifikuje, sada na tri grupe ispitanika, vidimo da je ukupno tačno klasifikovano 62,3% ispitanika. Dakle, uključivanje patocentričnog instrumenta poboljšalo klasifikacionu tačnost za 6,3% što je nešto niži procenat u odnosu na istu ovu analizu ali sa 4 dijagnostičke grupe. Sva tri instrumenta zajedno najtačnije klasifikuju psihotične ispitanike (76,3%), a zatim i ispitanike bez psihijatrijskog poremećaja (64,1%). Najveća mogućnost greške je i dalje za anksiozne ispitanike koje tačno klasifikuje u manje od polovine slučajeva (32,5%%) zapravo ih češće pogrešno prepoznaju kao psihotične (u čak 45% slučajeva) odnosno kao „zdrave” (u 22,5%

slučajeva). Ipak, uvođenjem PAI-a smanjena je mogućnost pogrešnog prepoznavanja anksioznih ispitanika.

Naime, PAI je oboljšao klasifikacionu tačnost za sve tri ispitivane grupe. Kada uporedimo po pojedinim grupama gde je najveći doprinos vidimo da je najveći doprinos patocentričnog inventaraza grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja (za 17,9%) kaoi za anksiozne ispitanike (za 17,5%). Medjutim, ponavljamo nalaz, istina sada na nivou širokih dimenzija(kao i na četiri grupe ispitanika), da dodavanje PAI-a smanjuje klasifikacionu tačnosti za grupu psihotičnih za 5%.

Ovim rezultatom smo zapravo potvrdili rezultat koji smo imali na 4 dijagnostičke grupama (koje su uključivale dve grupe psihotičnih ispitanika) da PAI instrument ima izvesne manjkavosti u „detekciji” psihotične psihopatologije.

Tabela: 4.7.2.6: Uspešnost kategorizacije kros-validiranih ispitanika na osnovu prediktora

grupa	Predviđena pripadnost grupi		
	zdravi	anksiozni	psihotični
zdravi	25(64.1%)	4(10.3%)	10(25.6%)
anksiozni	9(22.5%)	13(32.5%)	18(45%)
psihotični	7(8.8%)	12(15.%)	61(76.3%)

62,3% kros-validiranih ispitanika je tačno kalsifikovano

4.8 Analiza diskriminativnog potencijala na nivou užih dimenzija na tri grupe ispitanika

4.8.1 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti i dezintegracije (NEO-PI-R faceti i DELTA 10 modaliteti)

Da bismo proverili nalaze na nivou užih dispozicija testiran je diskriminativni potencijal instrumenata namenjenih proceni bazičnih dimenzija ličnosti (NEO-PI-R i DELTA 10) i na nivou užih dimenzija, odnosno faceta i modaliteta. Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost razlikovanja tri grupe ispitanika (bez poremećaja, anksiozni, psihotični) preko skala za procenu faceta i modaliteta NEO-PI-R i DELTA 10 instrumenata.

Tabela 4.8.1.1. Aritmetičke sredine i standardne devijacije 3 grupe ispitanika na NEO-PI-R aspektima

			<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>
N1	anksioznost	zdravi	39	14.230	5.049
		anksiozni	40	21.875	5.125
		psihotični	80	17.925	6.909
N2	hostilnost	zdravi	40	13.870	4.404
		anksiozni	40	17.875	3.695
		psihotični	80	15.387	6.045
N3	depresivost	zdravi	40	11.925	4.110
		anksiozni	40	18.775	5.993
		psihotični	80	17.312	6.723
N4	soc.nelagodnost	zdravi	40	15.775	4.627
		anksiozni	40	18.200	4.507
		psihotični	80	17.037	5.232
N5	impulsivnost	zdravi	39	17.615	3.446
		anksiozni	40	18.275	4.261
		psihotični	80	17.787	4.903
N6	vulnerabilnost	zdravi	39	10.718	4.013
		anksiozni	40	17.225	5.704
		psihotični	80	17.962	6.435
E1	toplina	zdravi	39	22.231	4.158
		anksiozni	40	19.775	4.311
		psihotični	80	19.237	4.626
E2	druželjubivost	zdravi	40	18.950	5.267
		anksiozni	40	16.600	6.164
		psihotični	80	17.037	4.980
E3	asertivnost	zdravi	39	13.692	4.311
		anksiozni	40	11.050	4.367
		psihotični	80	11.587	5.050
E4	aktivitet	zdravi	40	18.025	4.969
		anksiozni	40	16.175	5.448
		psihotični	80	15.500	4.305
E5	potr.za uzbudjenj	zdravi	39	15.519	5.875
		anksiozni	40	13.000	6.017
		psihotični	80	14.912	5.766
E6	pozitivne emocije	zdravi	40	20.475	4.373
		anksiozni	40	16.425	5.551
		psihotični	80	17.187	4.91
O1	fantazija	zdravi	39	16.974	5.392
		anksiozni	40	18.100	5.158
		psihotični	80	16.950	5.734
O2	estetika	zdravi	39	18.872	6.767
		anksiozni	40	18.400	4.960
		sch psihotični	80	19.200	5.330
O3	osećanja	zdravi	39	22.179	3.852
		anksiozni	40	21.250	4.465
		sch psihotični	80	19.787	4.988
O4	akcija	zdravi	40	14.475	4.070
		anksiozni	40	13.825	3.741
		psihotični	80	12.112	3.680
O5	ideje	zdravi	39	17.872	5.845
		anksiozni	40	17.575	5.670
		psihotični	80	17.887	6.023
O6	vrednosti	zdravi	39	20.949	3.706
		anksiozni	40	19.650	3.247
		sch psihotični	80	18.075	3.740
A1	poverenje	zdravi	39	19.795	4.520
		anksiozni	40	17.875	4.564
		psihotični	80	19.562	4.998
A2	iskrenost	zdravi	39	21.256	4.558
		anksiozni	40	21.800	4.874
		psihotični	80	21.650	4.968
A3	altruizam	zdravi	40	24.075	4.245

		anksiozni	40	24.500	3.494
		psihoticni	80	22.975	4.319
A4	popustljivost	zdravi	39	18.154	3.631
		anksiozni	40	17.275	4.930
		psihoticni	80	18.300	5.321
A5	skromnost	zdravi	40	17.325	4.393
		anksiozni	40	17.950	5.831
		psihoticni	80	18.875	5.112
A6	blaga narav	zdravi	40	21.100	3.249
		anksiozni	40	20.475	3.080
		psihoticni	80	21.500	3.962
C1	kompetencija	zdravi	39	22.308	3.888
		anksiozni	40	19.850	5.172
		psihoticni	80	19.212	5.537
C2	red	zdravi	39	19.359	4.896
		anksiozni	40	18.375	4.897
		psihoticni	80	17.525	4.647
C3	dužnost	zdravi	39	25.461	4.328
		anksiozni	40	24.125	3.480
		psihoticni	80	22.565	4.636
C4	postignuće	zdravi	39	21.205	5.507
		anksiozni	40	17.350	5.754
		psihoticni	80	18.387	5.350
C5	samo-disciplina	zdravi	40	21.350	5.526
		anksiozni	40	17.425	5.679
		psihoticni	80	17.750	6.080
C6	promišljenost	zdravi	39	18.846	4.234
		anksiozni	40	18.675	5.581
		psihoticni	80	17.300	5.040

Tabela 4.8.1.2: Aritmetičke sredine i standardne devijacije 3 grupe ispitanika na skalama modaliteta DELTA 10

		<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>
GEI	zdravi	40	1.937	.494
	anksiozni	40	2.495	.727
	psihoticni	80	2.609	.732
PD	zdravi	40	1.406	.381
	anksiozni	40	1.894	.679
	psihoticni	80	2.111	.804
P	zdravi	40	1.817	.554
	anksiozni	40	2.108	.587
	psihoticni	80	2.438	.865
EA	zdravi	40	2.315	.747
	anksiozni	40	2.501	.683
	psihoticni	80	2.645	.797
M	zdravi	40	2.325	.638
	anksiozni	40	2.654	.565
	psihoticni	80	2.506	.787
MT	zdravi	40	2.079	.668
	anksiozni	40	2.314	.761
	psihoticni	80	2.691	.807
FA	zdravi	40	2.094	.526
	anksiozni	40	2.378	.560
	psihoticni	80	2.548	.693
SA	zdravi	40	2.000	.557
	anksiozni	40	2.472	.636
	psihoticni	80	2.565	.672
SOD	zdravi	40	1.679	.487
	anksiozni	40	2.352	.689

D	psihoticni	80	2.140	.659
	zdravi	40	1.700	.376
	anksiozni	40	2.741	.840
	psihoticni	80	2.504	.956

Univarijantni testovi značajnosti razlika aritmetičkih sredina pokazuju da svi modaliteti DELTE (osim modaliteta Manije/M i Pojačane svesnosti/EA) i polovina faceta NEO-PI-R-a značajno razlikuju ispitivane grupe (tabela 4.5.1.1.). Grupe značajno diskriminišu četiri aspekta domena Neuroticizma (N1, N2, N3 i N6) i Savesnosti (C1, C3, C4 i C5), tri aspekta Otvorenosti (O3, O4 i O6) i Ekstraverzije (E1 E3, E4 i E6). Nijedan aspekt domena Saradljivosti statistički značajno ne diskriminiše tri grupe ispitanika u našem istraživanju.

Tabela 4.8.1.2: F testovi značajnosti razlika na NEO-PI-R facetima i DELTA 10 modalitetima između grupa ispitanika

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
N1	anksioznost	2	156	15.629	.000**
N2	hostilnost	2	156	6.194	.003**
N3	depresivnost	2	156	15.230	.000**
N4	socijalna nelagodnost	2	156	2.438	.091
N5	impulsivnost	2	156	1.587	.208
N6	vulnerabilnost	2	156	11.486	.000**
E1	toplina	2	156	6.113	.003**
E2	druželjubivost	2	156	2.295	.104
E3	asertivnost	2	156	3.629	.029*
E4	aktivitet	2	156	3.741	.026*
E5	potraga za uzbudjenjima	2	156	2.080	.128
E6	pozitivne emocije	2	156	7.854	.001**
O1	fantazija	2	156	2.074	.129
O2	estetika	2	156	.271	.763
O3	osećanja	2	156	.3.864	.023*
O4	akcija	2	156	.6.057	.003**
O5	ideje	2	156	.041	.960
O6	vrednosti	2	156	8.744	.000**
A1	poverenje	2	156	2.070	.130
A2	iskrenost	2	156	.136	.873
A3	altruizam	2	156	2.146	.120
A4	popustljivost	2	156	.617	.541
A5	skromnost	2	156	1.309	.273
A6	blaga narav	2	156	1.092	.338
C1	kompetencija	2	156	4.911	.009**
C2	red	2	156	1.977	.142
C3	dužnost	2	156	6.268	.002**
C4	postignuće	2	156	5.360	.006**
C5	samo-disciplina	2	156	6.072	.003**
C6	promišljenost	2	156	1.704	.185

GEI	egzekutivna disfunkcija	2	157	13.402	.000**
PD	perceptivne distorzije	2	157	13.913	.000**
P	paranoja	2	157	9.990	.000**
D	depresija	2	157	18.557	.000**
SO	somatoformna				
D	disregulacij	2	157	12.238	.000**
EA	pojačana svesnost	2	157	2.731	.068
MT	magijsko mišljenje	2	157	9.362	.000**
SA	socijalna anhedonija	2	157	10.847	.000**
FA	zaravnjen afekat	2	157	7.077	.001**
M	manija	2	157	2.321	.101

**p ≤ 0.01; * ≤ 0.05

Kanoničkom diskriminativnom analizom izdvojene su dve statistički značajne diskriminativne funkcije koje razlikuju 3 pomenute grupe ispitanika sa koeficijentom kanoničke korelacije od 0.721 (Wilks-ova lambda=0.219, $\chi^2(80)=168.375$; p=0.000) i 0.627 (Wilks-ova lambda=0.607, $\chi^2(39)=68.149$; p=0.003). Prva kanonička diskriminativna funkcija objašnjava 62,6% varijanse izmedju grupa, a druga funkcija objašnjava 37,4% varijanse.

Prvu diskriminativnu funkciju grade tri modaliteta DELTE i to Perceptivne distorzije/PD, Magijsko mišljenje/MT i Paranoja/P. Diskriminativni složaj ove funkcije bi se mogao interpretirati kao kognitivno-perceptivne aberacije. Prema psihološkom sadržaju ove funkcije i centroidima grupa jasno je da ova funkcija pravi diskriminaciju na dimenziji psihotično-nepsihotično. Najoštrije odvaja grupu psihotičnih i anksioznih ispitanika i to na 2,161 SD (tabela 4.8.1.4). Ispitanici bez psihijatrijskog poremećaja su na istom polu na kome su zdravi ispitanici. Na osnovu ove funkcije može se zaključiti da je psihološki složaj koji najsnažnije diferencira različite psihopatološke grupe odnosno odvaja psihotične od anksioznih ispitanika prisustvo atološke kognicije odnosno kognitivnih i perceptivnih aberacija.

Drugu diskriminativnu funkciju grad i pet modaliteta DELTE (depresija/D, Somatoformna disregulacija/SOD, Socijalna anhedonija/SA, Egzekutivna disfunkcija/GEI i Perceptivne distorzije/PD uz četiri faceta sa domena Neuroticizma (N1,N2,N3 i N6) kao i facet domena Ekstraverzije (E6) i dva faceta domena Savesnosti (C4 i C5). Dakle, ovaj složaj uključuje polovinu modaliteta dezintegracije uz sklonost ka doživljavanju negativnih afekata (N1,N2,N3,N6 i E6) kao i deficit kapaciteta za kontrolu i samousmeravanje u vidu odsustva ambicioznosti (C4-) i samodiscipline (C5-) Stoga smo ovu funkciju interpretirali kao afektivnu destabilizaciju. Ovaj kompozit

odvaja centroide grupa na 2,256 SD najoštrije razdvajajući anksiozne od ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja.

Tabela 4.8.1.3: Standardizacioni koeficijenti diskriminativnih funkcija

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
N1	anksioznost	-.195	.324
N2	hostilnost	-.042	.163
N3	depresivnost	.218	.465
N4	socijalna nelagodnost	.003	-.242
N5	impulsivnost	-.207	-.208
N6	vulnerabilnost	-.053	.044
E1	toplina	-.120	-.006
E2	druželjubivost	.214	-.050
E3	asertivnost	.056	-.403
E4	aktivitet	-.213	.076
E5	potraga za uzbudjenjima	.064	-.004
E6	pozitivne emocije	.049	-.097
O1	fantazija	-.114	.242
O2	estetika	.510	-.109
O3	osećanja	-.364	-.473
O4	akcija	-.446	.141
O5	ideje	-.126	.181
O6	vrednosti	-.089	-.325
A1	poverenje	.623	.337
A2	iskrenost	.067	.199
A3	altruizam	-.262	.127
A4	popustljivost	.156	-.069
A5	skromnost	-.014	-.325
A6	blaga narav	.179	-.050
C1	kompetencija	.086	.207
C2	red	-.169	.330
C3	dužnost	-.559	.016
C4	postignuće	.467	.002
C5	samo-disciplina	.049	-.258
C6	promišljenost	-.277	.255
GEI	egzekutivna disfunkcija	-.188	-.161
PD	perceptivne distorzije	.493	-.265
P	paranoja	.243	-.082
D	depresija	.295	.375
SOD	somatoformna disregulacij	-.512	.580
EA	pojačana svesnost	-.091	-.111
MT	magijsko mišljenje	.483	-.065
SA	socijalna anhedonija	.118	.088
FA	zaravnjen afekat	.130	-.045
M	manija	-.079	.223

Tabela 4.8.1.4: Matrica strukture kanoničkih funkcija

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
P	paranoja	.304*	.208
MT	magijsko mišljenje	.302*	.158
O6	vrednosti	-.288*	-.186
O5	akcija	-.245*	-.071
C3	dužnost	-.242*	-.160
FA	zaravnjen afekat	.230*	.225
O3	osećanja	-.197*	-.108
A3	alstruizam	-.188*	-.016
O1	fantazija	-.145*	.077
EA	pojačana svesnost	.144*	.108
C6	promišljenost	-.140*	-.028
N5	impulsivnost	-.131*	.054
C2	red	-.130*	-.104
A5	skromnost	.107*	.052
O2	estetika	.051*	-.032
D	depresija	.135	.580*
N1	anksioznost	-.045	.553*
N3	depresivnost	.126	.515*
N6	vulnerabilnost	-.032	.499*
SD	somatoformna disregulacija	.066	.478*
SA	socijalna anhedonija	.262	.414*
GEI	opšta egzekutivna disfunkcija	.256	.388*
E6	pozitivne emocije	-.106	-.382*
PD	perceptivne distorzije	.300	.335*
N2	hostilnost	-.068	.335*
C5	samo-disciplina	-.123	-.322*
C4	postignuće	-.059	-.317*
A1	toplina	-.177	-.262*
E3	asertivnost	-.065	-.255*
C1	kompetencija	-.164	-.229*
N4	socijalna nelagodnost	-.008	.218*
E2	druželjubovost	-.061	-.213*
M	manija	-.005	.204*
E4	aktivitet	-.154	-.193*
E5	potraga za uzbuđenjem	.066	-.184*
A1	poverenje	.085	-.170*
A6	blaga narav	.086	-.108*
A4	popustljivost	.063	-.074*
A2	iskrenost	.009	.051*
O5	ideje	.015	-.021*

Tabela 4.8.1.5: Centroidi grupa na kanoničkim funkcijama

<i>grupa</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-.929	-1.200
anksiozni	-1.139	1.056
psihotichni	1.022	.057

Ukupna tačnost klasifikacije na osnovu ove dve funkcije je 82,4% ispitanika (tabela 4.8.1.6.). I na ovom nivou analize uradili smo kros-validaciju jer nam pruža generalizabilniji i stabilniji nalaz (tabela 4.8.1.7).

Tabela 4.8.1.6: Uspešnost kategorizacija ispitanika na osnovu prediktora

<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
grupa	zdravi	anksiozni	psihotichni
zdravi	31(79,5%)	2(5,1%)	6(15,4%)
anksiozni	2(5,0%)	30(75,0%)	8(20,0%)
psihotichni	5(6,3%)	5(6,3%)	70(87,5%)

82,4% ispitanika je tačno klasifikovano

Dakle, na nivou užih dimenzija instrumenti bazične strukture ličnosti (NEO-PI-R i DELTA 10) ukupno tačno klasifikuju 61,0% ispitanika. Faceti i modaliteti najtačnije prepoznaju psihotične ispitanike, a zatim i ispitanike bez poremećaja i anksiozne. Najveća mogućnost greške je za grupu anksioznih ispitanika jer ih u trećini slučajeva prepoznaje kao psihotične (35%).

Tabela 4.8.1.6: Uspešnost kategorizacija kros-validiranih ispitanika na osnovu prediktora

<i>Predviđena pripadnost grupi</i>			
grupa	zdravi	anksiozni	psihotichni
zdravi	21(53,8%)	6(15,4%)	12(30,8%)
anksiozni	6(15,0%)	20(50,0%)	14(35,0%)
psihotichni	12(15,0%)	12(15,0%)	56(70,0%)

61,0% ispitanika je tačno klasifikovano

U odnosu na diskriminaciju na osnovu sa četiri dijagnostičke grupe vidimo da je ukupna klasifikaciona tačnost veća za 16,3%. Kada analiziramo klasifikacionu tačnost po pojedinačnim dijagnostičkim grupama, vidimo da nije došlo do značajnijeg povećavanja senzitivnosti za anksiozne i ispitanike bez poremećaja, ali je značajno popravljena klasifikaciona tačnost za grupu psihotičnih, odnosno smanjena je mogućnost klasifikatornih grešaka. Razlog tome je verovatno redukovani zahtev za finim nijansiranjem različite psihotične simptomatologije (koji smo postavili pred instrumente sa četiri grupe ispitanika). Dakle, bazične dimenzije ličnosti pokazuju zavidnu senzitivnost za prepoznavanje psihotične simptomatologije (samo na osnovu

informacije o dimenzijama ličnosti tačno ćemo prepoznati psihotičnog ispitanika u više od dve trećine slučajeva).

Kada poredimo sa analizom na širokim dimenzijama, vidimo da na nivou aspekata i modaliteta bazične dimenzije ličnosti (NEO-PI-R i DELTA-10) solidno prepoznaju i anksiozne ispitanike, odnosno nemamo više problem u „mešanju” anksioznih i psihotičnih, kao na nivou širokih dimenzija. Takođe, vidimo da NEO-PI-R i DELTA 10 najtačnije prepoznaju psihotične ispitanike (u 70% slučajeva), tačnije nego zdrave i anksiozne.

4.8.2 Diskriminativni potencijal bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI instrumenta (NEO-PI-R faceti, DELTA modaliteti, PAI kliničke skale)

Sledeći korak je da proverimo diskriminativni potencijal sva tri instrumenta na nivou užih dimenzija, odnosno NEO PI R-a na nivou faceta, DELTA 10 na nivou modaliteta i PAI kliničkih skala na tri dijagnostičke grupe. Drugim rečima, kanoničkom diskriminativnom analizom testirana mogućnost razlikovanja grupa ispitanika preko bazičnih dimenzija ličnosti (Velikih pet plus Dezintegracija) i kliničkog, patocentričnog inventara odnosno PAI-a i to na nivou užih dimenzija.

Tabela 4.8.2.1. Aritmetičke grupe i standardne devijacije 3 grupe ispitanika na PAI skalama

<i>skala</i>	<i>grupa</i>	<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>
SOM	zdravi	40	.518	.422
	anksiozni	40	1.298	.660
	psihotični	80	1.112	.576
ANX	zdravi	40	.778	.460
	anksiozni	40	1.858	.509
	psihotični	80	1.363	.639
ARD	zdravi	40	.791	.322
	anksiozni	40	1.473	.416
	sch psihotični	80	1.262	.505
DEP	zdravi	40	.595	.391
	anksiozni	40	1.421	.660
	sch psihotični	80	1.169	.586
MAN	zdravi	40	.977	.454
	anksiozni	40	1.216	.377
	sch psihotični	80	1.219	.561
PAR	zdravi	40	.970	.349
	anksiozni	40	1.206	.390
	sch psihotični	80	1.254	.520
SCZ	zdravi	40	.445	.338
	anksiozni	40	.831	.458
	sch psihotični	80	1.017	.554

BOR	zdravi	40	.803	.356
	anksiozni	40	1.417	.447
	sch psihotichni	80	1.308	.558
ANT	zdravi	40	.631	.330
	anksiozni	40	.693	.391
	sch psihotichni	80	.855	.547
ALC	zdravi	40	.348	.371
	anksiozni	40	.559	.489
	sch psihotichni	80	.598	.703
DRG	zdravi	40	.286	.275
	anksiozni	40	.343	.353
	sch psihotichni	80	.569	.538

Većina faceta sa domena Neuroticizma, Ekstraverzije i Savesnosti (po četiri od šest) kao i polovina faceta sa domena Otvorenosti statistički značajno razlikuje grupe ispitanika. Drugim rečima samo faceti domena Saradljivosti ne razlikuju grupe ispitanika. Dalje, svi modaliteti DELTE 10 (osim modaliteta Pojačane svesnosti /EA i Manije/M) takodje razlikuju ispitivane grupe. Od kliničkih PAI skala samo skale problema sa alkoholom (ALC) statistički značajno ne razlikuju grupe ispitanika (tabela 4.8.2.2.).

Tabela 4.8.2.2: F testovi značajnost razlika aritmetičkih sredina grupa na pojedinačnim prediktorima

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
N1	anksioznost	2	156	15.629	.000**
N2	hostilnost	2	156	6.194	.003**
N3	depresivnost	2	156	15.230	.000**
N4	socijalna nelagodnost	2	156	2.438	.091
N5	impulsivnost	2	156	1.587	.208
N6	vulnerabilnost	2	156	11.486	.000**
E1	toplina	2	156	6.113	.003**
E2	druželjubivost	2	156	2.295	.104
E3	asertivnost	2	156	3.629	.029*
E4	aktivitet	2	156	3.741	.026*
E5	potraga za uzbudjenjima	2	156	2.080	.128
E6	pozitivne emocije	2	156	7.854	.001**
O1	fantazija	2	156	2.074	.129
O2	estetika	2	156	.271	.763
O3	osećanja	2	156	3.864	.023*
O4	akcija	2	156	6.057	.003**
O5	ideje	2	156	.041	.960
O6	vrednosti	2	156	8.744	.000**
A1	poverenje	2	156	2.070	.130
A2	iskrenost	2	156	.136	.873
A3	altruizam	2	156	2.146	.120
A4	popustljivost	2	156	.617	.541
A5	skromnost	2	156	1.309	.273
A6	blaga narav	2	156	1.092	.338
C1	kompetencija	2	156	4.911	.009**

C2	red	2	156	1.977	.142
C3	dužnost	2	156	6.268	.002**
C4	postignuće	2	156	5.360	.006**
C5	samo-disciplina	2	156	6.072	.003**
C6	promišljenost	2	156	1.704	.185
GEI	egzekutivna disfunkcija	2	157	13.402	.000**
PD	perceptivne distorzije	2	157	13.913	.000**
P	paranoja	2	157	9.990	.000**
D	depresija	2	157	18.557	.000**
SOD	somatoformna disregulacij	2	157	12.238	.000**
EA	pojačana svesnost	2	157	2.731	.068
MT	magijsko mišljenje	2	157	9.362	.000**
SA	socijalna anhedonija	2	157	10.847	.000**
FA	zaravnjen afekat	2	157	7.077	.001**
M	manija	2	157	2.321	.101
SOM	somatizacije	2	157	21.656	.000**
ANX	anksioznost	2	157	36.326	.000**
ARD	sa anksioznošću povezani poremećaji	2	157	25.342	.000**
DEP	depresivnost	2	157	22.984	.000**
MAN	maničnost	2	157	3.548	.031*
PAR	paranoidnost	2	157	5.492	.005**
SCZ	shizofrenija	2	157	18.545	.000**
BOR	karakteristike graničnosti	2	157	19.136	.000**
ANT	antisocijalne karakteristike	2	157	3.619	.029*
ALC	problemi sa alkoholom	2	157	2.531	.083
DRG	problemi sa drogama	2	257	6.788	.001**

Kanonička diskriminativna analiza je pokazala da postoje dve statistički značajne kanoničke funkcije koje razlikuju pomenute četiri grupe ispitanika sa koeficijentima kanoničke korelacije od 0.801 (Wilks-ova lambda = 0,153, $\chi^2(102)=245.699$; $p=0.000$) i 0.756 (Wilks-ova lambda=0.429, $\chi^2(50)=111.007$; $p=0.000$). Ove dve funkcije zajedno objašnjavaju ukupno 100% intergrupne varijanse.

Prva diskriminativna funkcija objašnjava 57,4% varijanse i grade je dve PAI skale (shizofrenije/SCZ i problema sa drogama/DRG), tri modaliteta DELTE (magijsko mišljenje/MT,paranoja/Pi perceptivne distorzija/PD) kao i facet vrednosti (O6) sa domena Otvorenosti NEO-PI-R-a (sa negativnim predznakom). Ova funkcija odvaja ispitanike sklone patološkim percepciji i „iskrivljenoj” obradi realnosti uključujući i magijsko mišljenje i paranoidne interpretacije realnosti, rigidnim i zatvorenim za promene i preispitivanje vrednosnih sistema i sudova koja donose. Ukratko se ova funkcija može opisati kao kognitivno-perceptivna aberacija uz rigidnost.

Očekivano, najviše skorove postižu psihotični ispitanici, a najniže anksiozni. Takodje, ova funkcija najoštrije odvaja psihotične ispitanike od anksioznih ispitanika (centroidi su udaljeni na 2,981 SD). Između su zdravi (bliže anksioznim). Ova funkcija zapravo odvaja psihotične od nepsihotičnih ispitanika pri čemu najvažniju

diskriminacionu ulogu imapatološka percepcija i kognicija uz rigidnost. Možemo reći da navedeni složaj dimenzija i simptoma opisuje psihotičnog pojedinca u našem istraživanju.

Drugu diskriminativnu funkciju (koja objašnjava 39,3% varijanse) grade šest PAI skala (anksioznosti/ANX, poremećaja povezanih sa anksioznošću/ARD, depresivnosti/DEP, somatizacije/SOM i karakteristika graničnosti/BOR, shizofrenije/SCZ), zatim sa NEO-PI-R domena Neuroticizma tri faceta (anksioznosti/N1, depresivnosti/N3 i vulnerabilnosti/N6) i četiri modaliteta DELTE (depresije/D, somatoformna disregulacija/SOD, socijalna anhedonija/SA i egzekutivna disfunkcija/GEI). Ova funkcija se može interpretirati kao afektivne destabilizacije. Ova funkcija odvaja osobu koja je emocionalno stabilna, nije sklona afektivnim destabilizacijama u smislu povišene strukturisane ili nestrukturisane anksioznosti, depresivnosti ili somatizacije. U odnosu na osobe sa različitim formama afektivne disregulacije ili patologije).

Dakle, prisustvo navedenog složaja psiholoških karakteristika odlikuje anksioznu grupu ispitanika koji i imaju najviše skorove. Očekivano ova funkcija najoštrije odvaja zdrave od anksioznih ispitanika na čak 3,176SD. Između ova dva pola pozicioniraju se psihotični ispitanici.

Dakle i u ovoj analizi imamo sličan nalaz, a to je da razlikujemo dve funkcije koje diferenciraju na dve ose (psihotično/nepsihotično i neurotično/emocionalno stabilno).

Tabela 4.8.2.3: Standardizacioni koeficijenti diskriminativnih funkcija

	<i>NEO faceti i DELTA modaliteti</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>
N1	anksioznost	.132	.058
N2	hostilnost	-.074	-.134
N3	depresivnost	.394	.171
N4	socijalna nelagodnost	-.118	-.414
N5	impulsivnost	-.209	-.228
N6	vulnerabilnost	.042	-.221
E1	toplina	.025	.041
E2	druželjubivost	.268	.218
E3	asertivnost	.340	-.526
E4	aktivitet	-.101	-.084
E5	potraga za uzbudjenjima	.126	-.116
E6	pozitivne emocije	-.161	-.120
O1	fantazija	-.201	.167
O2	estetika	.481	.050
O3	osećanja	-.483	-.348

O4	akcija	-.436	.121
O5	ideje	-.142	.123
O6	vrednosti	.044	-.366
A1	poverenje	.588	.276
A2	iskrenost	.231	.310
A3	altruizam	-.257	.175
A4	popustljivost	.174	-.220
A5	skromnost	.118	-.233
A6	blaga narav	-.018	-.044
C1	kompetencija	-.143	.160
C2	red	-.130	.245
C3	dužnost	-.357	-.362
C4	postignuće	.429	-.067
C5	samo-disciplina	-.039	.150
C6	promišljenost	-.162	.086
GEI	egzekutivna disfunkcija	-.028	-.228
PD	perceptivne distorzije	.232	.098
P	paranoja	-.004	-.064
D	depresija	-.008	-.002
SOD	somatoformna disregulacij	-.734	-.087
EA	pojačana svesnost	.203	-.177
MT	magijsko mišljenje	.331	.116
SA	socijalna anhedonija	.056	.242
FA	zaravnjen afekat	-.052	.208
M	manija	-.198	-.090
SOM	somatizacije	.509	.068
ANX	anksioznost	-.774	1.153
ARD	sa anksioznošću povezani poremećaji	-.443	.566
DEP	depresivnost	-.548	-.082
MAN	maničnost	.223	-.002
PAR	paranoidnost	.049	-.291
SCZ	shizofrenija	.767	-.356
BOR	karakteristike graničnosti	.971	.387
ANT	antisocijalne karakteristike	-.301	.182
ALC	problemi sa alkoholom	-.136	-.167
DRG	problemi sa drogama	.689	-.155

Tabela 4.8.2.4: Matrica strukture na kanoničkim funkcijama

		<i>F1</i>	<i>F2</i>
MT	magijsko mišljenje	.219*	.146
P	paranoja	.217*	.181
DRG	problemi sa drogama	.207*	.098
O6	vrednosti	-.206*	-.163
O4	akcija	-.183*	-.079
C3	dužnost	-.174*	-.140
ANT	antisocijalne karakter.	.146*	.080
A3	altruizam	-.143*	-.034
O3	osećanja	-.143*	-.098
O1	fantazija	-.118*	.036
C6	promišljenost	-.106*	-.037
N5	impulsivnost	-.105*	.021
EA	pojačana svesnost	.102*	.092
C2	red	-.092*	-.087

A5	skromnost	.079*	.049
A6	blaga narav	.075*	-.064
A4	popustljivost	.055*	-.044
O2	estetika	.042*	-.016
O5	ideje	.013*	-.013
ANX	anksioznost	-.075	.589*
ARD	sa anks. povezani por.	.019	.484*
DEP	depresivnost	.025	.475*
SOM	somatizacije	.054	.447*
BOR	graničnosti	.080	.418*
D	depresija	.057	.417*
N1	anksioznost	-.079	.377*
N3	depresivnost	.055	.371*
N6	vulnerabilnost	-.065	.341*
SOD	somatof. disregulacija	.012	.338*
SCZ	shizofrenija	.248	.324*
SA	socijalna anhedonija	.168	.317*
GEI	opšta egz. disfunkcija	.166	.299*
E6	pozitivne emocije	-.051	-.277*
PD	perceptivne distorzije	.204	.268*
C5	samo-disciplina	-.069	-.237*
C4	postignuće	-.020	-.226*
N2	hostilnost	-.079	.223*
E1	toplina	-.115	-.202*
PAR	paranoidnost	.110	.201*
E3	asertivnost	-.029	-.184*
FA	zaravnjen afekat	.159	.183*
C1	kompetencija	-.107	-.178*
MAN	maničnost	.062	.164*
E2	druželjubivost	-.029	-.154*
E4	aktivitet	-.103	-.152*
N4	socijalna nelagodnost	-.024	.149*
M	manija	-.021	.140*
ALC	problemi sa aloholom	.070	.129*
E5	potraga za uzbudj.	.066	-.119*
A1	poverenje	.079	-.107*
A2	iskrenost	.003	.036*

Tabela 4.8.2.5: Centroidi grupa na kanoničkim funkcijama

	<i>F1</i>	<i>F2</i>
zdravi	-.915	-1.845
anksiozni	-1.690	1.331
psihotichni	1.291	.234

Iz tabele 4.8.2.6. vidimo daje na osnovu skala sva tri instrumenta ukupno tačno klasifikovano 88,7% ispitanika.

Tabela 4.8.2.6: Uspešnost kategorizacija ispitanika na osnovu prediktora

grupa	<i>Predvidjena pripadnost grupi</i>		
	zdravi	anksiozni	psihotichni
zdravi	35(89,7%)	1(2,6%)	3(7,7%)
anksiozni	2(5%)	33(82,5%)	5(12,5%)
psihotichni	5(6,3%)	2(2,5%)	73(91,3%)

88,7% ispitanika je tačno klasifikovano

Kada smo uradili diskriminacionu analizu sa isključivanjem skorova svakog ispitanika koji se klasifikuje, opet na tri grupe ispitanika, vidimo da je ukupno tačno klasifikovano 66% ispitanika. Kros-validacijom vidimo da je sada pad veći nego na nivou širih dispozicija, što nam govori o tome da zapravo faceti i modaliteti samo prividno povećavaju klasifikacionu tačnost, ali je nalaz nestabilniji.

Dalje, vidimo da je uključivanje patocentričnog instrumenta poboljšalo ukupnu klasifikacionu tačnost za 5%. Sada sva tri instrumenta zajedno najtačnije klasifikuju psihotične ispitanike (72, 5%), a zatim i ispitanike bez psihijatrijskog poremećaja (66,7%). Najveća mogućnost greške je za anksiozne ispitanike koje tačno klasifikuje u nešto više od polovine slučajeva (52,5%) i za koje postoji najveća mogućnost greške da budu pogrešno prepoznati kao psihotični (u 37,5% slučajeva).

Dalje, kada uporedimo po pojedinim grupama gde je najveći doprinos vidimo da je uključivanje patocentričnog inventara poboljšalo klasifikacionu tačnost za sve ispitivane grupe. Poboljšanje je najviše za grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja (za 12,9%), a zatim i za anksiozne i psihotične ispitanike (za 2,5%). Na ovom nivou analize nemamo pad klasifikacione tačnosti za grupu psihotičnih, što nam ukazuje da kada uključimo ceo dijagnostički potencijal PAI kliničkih skala, instrument ima senzitivnost za psihotičnu simptomatologiju.

Tabela 4.8.2.7: Uspešnost kategorizacija kros-validiranih ispitanika na osnovu prediktora

grupa	<i>Predvidjena pripadnost grupi</i>		
	zdravi	anksiozni	psihotichni
zdravi	26(66,7%)	3(7,7%)	10(25,6%)
anksiozni	4(10,0%)	21(52,5%)	15(37,5%)
psihotichni	11(13,8%)	11(13,8%)	58(72,5%)

66,0% ispitanika je tačno klasifikovano

Kada uporedimo sa rezultatima dobijenim na četiri grupe ispitanika vidimo da je dodavanjem PAI-a ukupna klasifikaciona tačnost povećana u oba slučaja za 5%.

Rezime

Kada smo analizu uradili na tri grupe ispitanika, vidimo da je dodavanje patocentričnog PAI inventara instrumentima za merenje bazičnih dimenzija ličnosti poboljšalo za 6,3% ukupnu klasifikacionu tačnost na nivou širokih dimenzija, odnosno 5% na nivou dimenzija nižeg reda (što je veoma sličan rezultat koji smo dobili na četiri grupe ispitanika). Da podsetimo, na četiri grupe ispitanika inkrementalni doprinos PAI-a bio je 8,2% na nivou širokih dimenzija i 5% na nivou užih dimenzija.

Na nivou širokih dimenzija uvođenjem PAI-a poboljšali smo klasifikacionu tačnost za zdrave i anksiozne, ali ne i psihotične ispitanike (imamo čak pad od 5%). Ipak, na nivou užih dimenzija dobili smo poboljšanje klasifikacione tačnosti za sve tri ispitivane grupe.

Dakle, vidimo da, kada smo redukovali zahtev koji smo postavili pred instrumente u smislu senzitivnosti za različite grupe psihotičnih poremećaja, nije došlo do pada klasifikacione tačnosti za grupu psihotičnih ispitanika na nivou užih dimenzija. Ipak, vidimo da uvođenje PAI-a nije ni značajnije povećalo senzitivnost za ovu vrstu mentalnih poremećaja, baš kao i senzitivnost za anksioznu simptomatologiju (povećanje klasifikacione tačnosti za ove dve grupe je svega 2,5%). Zapravo najveći doprinos PAI-a je u detektovanju „zdrave ličnosti” (povećanje od 12,9%) odnosno u diferenciranju ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja u odnosu na ispitanike sa heterogenim psihijatrijskim poremećajima.

4.9 Zajednička latentna struktura bazičnih dimenzija ličnosti, dezintegracije i PAI inventara

Analizirana je zajednička faktorska struktura sva tri instrumenta (PAI, NEO-PI-R-a I DELTA 10) i to na nivou skala, faceta i modaliteta u čiju proveru zajedničke faktorske strukture prostora ličnosti i psihopatologije. Zapravo, tražili smo odgovor na pitanje da li će PAI nosi neke nove informacije koje će formirati novi faktor u bazičnom prostoru ličnosti ili će moći biti sveden na već postojeće dimenzije ličnosti.

Analiza je uradjena metodom glavnih komponenti. Guttman-Kaiser kriterijum je sugerisao zadržavanje 10 faktora, a SCREE kriterijum Catell-a četiri. Tek je petofaktorska solucija omogućila izdvajanje faktora koji su imali više od tri primarna zasićenja na varijablama (u ovoj soluciji nije izdvojen faktor Otvorenosti). Tako je odlučeno da se zadrži šest faktora, jer se u šestofaktorskoj soluciji javlja slab faktor Otvorenosti (bez obzira na činjenicu da je imao primarna zasićenja na samo dve varijable). Prezentovana su samo zasićenja jednaka ili viša od 0.35.

Izolovano je šest komponenta koje objašnjavaju 62,71% ukupne varijanse skorovo na skalama sva tri primenjena instrumenta. One su rotirane u promax poziciju.

Prvi faktor jasno predstavlja **Dezintegraciju** i objašnjava trećinu ukupne varijanse (32,46%) skorova objašnjene sa svih šest faktora zajedno. Primarna zasićenja ovim faktorom imaju svi indikatori/modaliteti DELTA 10 osim depresije/D koja se pomakla na II faktor odnosno Neuroticizam/N. Osim indikatora dezintegracije visoka primarna zasićenja ovim faktorom imaju i PAI skale shizofrenije, maničnosti i somatizacije.

Drugi faktor – Neuroticizam, objašnjava 11,05% varijanse i pored svih 6 pretpostavljenih indikatora, uključuje i modalitet depresivnosti/D sa DELTE i PAI skale anksioznosti, sa anksioznošću povezanih poremećaja, depresivnosti, paranoidnosti i karakteristika graničnosti. U sadržaj faktora Neuroticizma ulaze i aspekt niskog poverenja poverenje (A1-) sa domena Otvorenosti.

Treći faktor – Savesnost objašnjava 6,90% varijanse i osim svih šest pretpostavljenih indikatora (sa negativnim predznakom) uključuje i aspekt fantazije (O1) sa domena Otvorenosti i aspekt aktiviteta (E4) sa domena Ekstraverzije (sa negativnim predznakom).

Četvrti faktor – Ekstraverzija objašnjava 5,66% varijanse i slabije je definisan jer lošije replicira pretpostavljenu strukturu ove dimenzije. Dobijena empirijska struktura ovog faktora je drugačija od pretpostavljene jer uključuje četiri faceta Ekstraverzije (E2, E3, E5 i E6) dok aspekti toplina (E1) i aktiviteta (E4) „odlaze” na faktore Saradljivost odnosno Savesnost, a uključuje se sa negativnim predznakom aspekte iskrenost (A2-), popustljivost (A4-) i skromnost (A5-) sa domena Saradljivosti. U sadržaj Ekstraverzije ulazi i skala antisocijalnih karakteristika (ANT) sa PAI-a. Dobijena kofiguracija je slična dobijenim u ranijim istraživanjima na našoj populaciji (Knežević i sar., 2004) u

smislu grupisanja aktivitetaskih aspekata Ekstraverzije i odsustva skromnosti, iskrenosti i popustljivosti što očigledno pomera faktor u pravcu surgentnih aspekta Ekstraverzije.

Peti faktor – Saradljivost objašnjava svega 3,67% varijanse i zadržava samo tri svoja pretpostavljena faceta: poverenje (A1), altruizam (A3) i blagu narav (A6) dok faceti iskrenosti(A2), popustljivosti (A4) i skromnosti(A5) prelaze na faktor Ekstraverzije. U sadržaj ovog faktora ulaze faceti estetika(O2), osećanja(O3) i ideje(O5) sa faktora Otvorenosti i toplina (E1) sa domena Ekstraverzije, kao i skala zloupotrebe alkohola sa PAI-a sa negativnim predznakom (ALC -).

Šesti faktor- Otvorenost je najlošije repliciran (objašnjava svega 2,99% varijanse) i zadržava samo dva svoja pretpostavljena aspekta i to akciju (O4) i vrednosti (O6) dok su ostali aspekti „prešli” na faktore Saradljivost (tri aspekta) jedan aspekt na domen Savesnosti.

Tabela 4.9.1: Matrica sklopa (faktorska zasićenja NEO-PI-R, DELTA 10 i PAI skala)

	Skale	Komponente					
		1	2	3	4	5	6
N1	anksioznost		.783				
N2	hostilnost		.931				
N3	depresivnost		.645				
N4	socijalna nelagodnost		.794				
N5	impulsivnost		.687		.360		
N6	vulnerabilnost		.693				
E1	toplina					.544	
E2	druželjubivost	-.360		.321	.366		
E3	asertivnost		-.418		.529		
E4	aktivitet			-.503	.325		
E5	potraga za uzbudjenjima				.822		
E6	pozitivne emocije				.628		
O1	fantazija			.578	.429		
O2	estetika	.363				.705	
O3	osećanja		.681			.708	
O4	akcija						.792
O5	ideje	.490				.555	
O6	vrednosti	-.538					.591
A1	poverenje		-.375			.370	
A2	iskrenost				-.603	.452	
A3	altruizam					.638	
A4	popustljivost		-.452		-.512	.336	
A5	skromnost				-.652		
A6	blaga narav					.721	
C1	kompetencija			-.612			
C2	red			-.753			
C3	dužnost			-.558		.499	
C4	postignuće			-.599			
C5	samo-disciplina			-.772			
C6	promišljenost			-.615			
GEI	egzekutivna disfunkcija			.357			
PD	Perceptivne distorzije	.639					
P	Paranoja	.711					
D	Depresija		.385				

SOD	Somatoformna disregulacija	.746			
EA	Pojašana svesnost	.880			.372
MT	Magijsko mišljenje	.866			.305
SA	Socijalna anhedonija	.355			-.304
FA	Zarav njen afekta	.730	-.352		
M	Manija	.543			.370
SOM	Soamtizacije	.509	.400		
ANX	Anksioznost		.715		
ARD	Sa anksioznošću povezani poremećaji	.447	.615		
DEP	Depresivnost	.370	.453		
MAN	Maničnost	.583			.510
PAR	Paranoidnost	.376	.467		
SCZ	Shizofrenija	.722			
BOR	Karakteristike graničnosti	.315	.643		
ANT	Antisocijalnost	.420			.634 -.316
ALC	Problemi sa alkoholom				.343 -.356
DRG	Problemi sa drogama				

Najbolje su potvrđene dimenzije Dezintegracija, Neuroticizam i Savesnost. Medjutim, dimenzije Ekstraverzije, a posebno Saradljivost i Otvorenost pokazale su lošu reproducibilnost u odnosu na pretpostavljenu strukturu jer se njihov sadržaj najviše odmakao u odnosu na pretpostavljeni.

Najvažniji nalaz je da se nije izdvojio poseban PAI faktor odnosno dimenzija čiji bi sadržaj bio različit u odnosu na bazične dimenzije ličnosti.

Ako pogledamo šta se dogodilo sa skalama PAI-a u zajedničkom prostoru sa bazičnim dimenzijama ličnosti vidimo da su sadržaji PAI-a “pripali” pre svega faktorima Dezintegracije i Neuroticizma. Većina kliničkih PAI skala se podelila izmedju ova dva faktora (sve osim skala Antisocijalnih karakteristika, Problema sa alkoholom i Problema sa drogama). Skale Shizofrenije, Maničnosti i Somatizacije “pripale” su faktoru Dezintegracije. Dimenziji Neuroticizma pripala je skala anksioznosti, Poremećaja povezanih sa anksioznošću, Depresivnosti, Karakteristika graničnosti i Paranoidnosti. Skala Antisocijalnih karakteristika „prešla” je na faktor Ekstraverzije, a skala Problema sa alkoholom podelila se izmedju domen Saradljivosti i Ekstraverzije.

Kada pogledamo i sekundarna zasićenja vidimo da jednim delom svog sadržaja Dezintegraciji pripadaju i Depresivnost, Paranoidnost, Antisocijalnost i Poremećaji povezani sa anksioznošću, a da skala Somatizacije jednim delom pripada i domenu Neuroticizma.

Kada pogledamo korelacije izmedju ekstrahovanih faktora vidimo da su neke od korelacije izrazito visoke. Najviša korelacija dobija se izmedju izmedju faktora Dezintegracije i Neuroticizma, a zatim i izmedju Dezintegracije i Saradljivosti (sa negativnim predznakom) i izmedju Neuroticizma i Savesnosti (tabela 4.9.3).

Tabela 4.9.2: Matrica interkorelacija ekstrahovanih faktora

<i>Faktori</i>	<i>Dezintegracija-faktor</i>	<i>N-faktor</i>	<i>C-faktor</i>	<i>E-faktor</i>	<i>A-faktor</i>	<i>O-faktor</i>
Dezintegracija-faktor	1.000	.603	.313	-.062	-.452	-.016
N-faktor		1.000	.418	-.135	-.360	-.037
C-faktor			1.000	-.313	-.340	-.018
E-faktor				1.000	.230	.253
A-faktor					1.000	.151
O-faktor						1.000

Potvrdu da su faktorskom analizom dobro reprodukovani faktori Dezintegracije, Neuroticizma i Savesnosti vidimo iz tabele 4.8.4. u kojoj su prikazane korelacije izmedu dimenzija domena (formiranih perma teorijskim očekivanjima o tome koji bi indikatore trebalo da indikuju koji faktori) i ekstrahovanih faktora u našem istraživanju. Dezintegracija, neuroticizam i savesnost imaju visoke korelaciju (iznad 0.90) sa odgovarajućim empirijskim dimenzijama.

Takodje, utvrđeno je da faktor Ekstraverzije, a naročito Saradljivosti i Otvorenosti imaju izvestan otklon u odnosu na očekivane pozicije (dobijeni faktor A ima korelaciju od 0.58. sa hipotetskom dimenzijom Saradljivosti, a Otvorenost 0.61).

Table 4.9.3. Matrica interkorelacija hipotetskih i ekstrahovanih faktora

<i>Faktori</i>	<i>DELTA tot</i>	<i>N</i>	<i>E</i>	<i>O</i>	<i>A</i>	<i>C</i>
Dezintegracija-faktor	.963**	.548**	-.322**	-.064	-.409**	-.449**
N-faktor	.664**	.950**	-.450**	.069	-.391**	-.547**
C-faktor	.435**	.514**	-.422**	-.003	-.093	-.935**
E-faktor	-.125	-.200**	.842**	.349**	-.476**	.263**
A-faktor	-.430**	-.273**	.490**	.608**	.579**	.517**
O-faktor	-.031	.014	.295**	.610**	-.242**	-.026

DELTA tot: dezintegracija; N: neuroticizam; E: ekstraverzija; O: otvorenost; A: saradljivost; C: savesnost; *: $p \leq 0.05$; $p \leq 0.01$

Rezime

- Analiza zajedničke latentne strukture patocentričnog instrumenta (PAI) i mera bazičnih dimenzija ličnosti (NEO-PI-R I DELTA 10) govori u prilog šest faktora koji su dovoljni da na parsimoničan i komprehenzivan način objasne varijansu dobijenu na sva tri upitnika zajedno odnosno za celokupan prostor ličnosti i psihopatologije
- Dimenzije Dezintegracije, Neuroticizma i Savesnosti su uspešno replikovani, dok su na našem uzorku registrovana izvesna “mešanja” indikatora domena Ekstraverzije, a posebno Saradljivost i Otvorenosti odnosno priroda te tri dimenzije je u određenoj meri različita u odnosu na teorijski očekivane
- Dezintegracija se potvrdila kao latentni generator individualnih razlika odvojenih od “Velikih pet” pri čemu Dezintegracija i Neuroticizam najvećim delom pokrivaju sadržaje PAI-a
- Nije ekstrahovan poseban faktor koji bi obuhvatao sadržaje sa PAI-a što ukazuje da psihopatološki sadržaji koje meri PAI ne otvaraju nov prostor u bazičnoj strukturi ličnosti odnosno da PAI ne uvodi u sadržinskom smislu ništa novo što već nije opisano bazičnim dimenzijama ličnosti. To znači da se psihopatološki sadržaji koje meri PAI mogu svesti na bazičnu strukturu ličnosti definisanu sa šest širokih dimanzija (Velikih pet plus Dezintegracija).

5 ZAKLJUČCI

1. PAI upitnik za procenu ličnosti pokazuje u celini zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike na našem uzorku.
2. Dobijena je dvofaktorska struktura PAI instrumenta (na osnovu kliničkih skala) koja je visoko kongruentna sa originalnom faktorskom strukturom ekstrahovanom na američkom normativnom uzorku (Morey, 1991).
3. Bazične dimenzije ličnosti objašnjavaju najveći procenat varijanse na PAI skali anksioznosti (72.4%), a zatim i na PAI skali shizofrenije (69.5%), depresivnosti (67.8%), graničnosti (66.6%) kao i skali sa anksioznošću povezanih poremećaja (65.4%). Najmanji procenat varijanse bazične dimenzije ličnosti objašnjavaju na

- PAI skalama alkoholizma (18.4%) i antisocijalnih karakteristika (42.2%).
4. Potvrdili smo očekivanje o supstancijalnom unapredjenju diskriminativne validnosti PAI instrumenta u odnosu na instrumente za procenu bazičnih dimenzija ličnosti (NEO-PI-R I DELTA 10) jer u analizi na četiri dijagnostičke grupe (bez poremećaja, anksiozni, shizofreni i drugi psihotični ispitanici):
 - a. PAI manifestuje inkrementalnu validnost u odnosu na bazične dimenzije ličnosti i to od 8,2% na nivou širokih dimenzija i 5% na nivou dimenzija nižeg reda.
 - b. Poboljšanje klasifikacione tačnosti nije podjednako za sve četiri dijagnostičke grupe. Na nivou širokih dimenzija najveći inkrementalni doprinos PAI-a je u poboljšanju klasifikacione tačnosti za grupu ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja (12,8%) i neshizofrenih psihotičnih (12,5%), a zatim i anksioznih (7,5%), dok za grupu shizofrenih ispitanika nema inkrementalnog doprinosa (klasifikaciona tačnost ostaje ista). Na nivou užih dimenzija najveći inkrementalni doprinos je takodje za grupu ispitanika bez poremećaja (20.6%) i neshizofrenih psihotičnih (za 7,5%); klasifikaciona tačnost za grupu anksioznih ostaje ista, uz umanjenu senzitivnost za grupu shizofrenih (manja klasifikaciona tačnost za 7,5%).
 5. U analizi na tri dijagnostičke grupe (bez poremećaja, anksiozni i psihotični ispitanici):
 - a. PAI manifestuje inkrementalnu validnost u odnosu na bazične dimenzije i to od 6,3% na nivou širokih dimenzija i 5% na nivou užih dimenzija.
 - b. Poboljšanje klasifikacione tačnosti nije podjednako za pojedine dijagnostičke grupe. Na nivou širokih dimenzija najveći inkrementalni doprinos PAI-a je u detekciji anksioznih i ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja, ali dolazi do umanjene senzitivnosti za grupu psihotičnih (pad od 5%). Na nivou užih dimenzija najveći inkrementalni doprinos je za grupu ispitanika bez psihijatrijskih poremećaja (za 12,5%) i nešto manji za prepoznavanje anksiozne i psihotične grupe ispitanika (2,5%).
 6. Model sa šest bazičnih dimenzija ličnosti ekstrahovan u zajedničkom prostoru ličnosti i psihopatologije (operacionalizovan preko PAI, NEO-PI-R i DELTA 10

upitnika) je dovoljan da na komprehensivan i parsimoničan način opiše celokupan prostor ličnosti i psihopatologije.

7. PAI instrument meri sadržaje koji ne zauzimaju poseban i nov prostor u strukturi ličnosti već se može svesti na dobro elaborirane konstrukte ličnosti, a pre svega na bazične dispozicije Dezintegraciju i Neuroticizam. Ipak, PAI inventar sadrži i neke dodatne informacije o psihopatologiji jer bolje pokriva prostor tzv. Eksternalizujuće dimenzije psihopatologije

6 DISKUSIJA

Veliki broj novih instrumenata za psihološku procenu koji se svake godine publikuju postavlja pred kliničke psihologe u praksi pitanje koliko su ti novi instrumenti od koristi i da li oni mogu pružiti nove informacije o predmetu merenja. Svaki novi instrument mora proći ozbiljnu psihometrijsku proveru kojom će biti potvrđena njegova psihometrijska vrednost, ali i teorijsku odnosno konceptualnu proveru koja treba da odgovori na krucijalno pitanje – da li i/ili šta novo taj test donosi korisniku.

U ovom istraživanju, pokušali smo da odgovorimo na ta dva pitanja. Prvi put na našoj populaciji preveden je i proveren novi klinički instrument procene PAI- Personality Assessment Inventory (Morey, 1991), koji je i pored relativno novijeg datuma produkcije u najširoj upotrebi u drugim zemljama. Naime, novija istraživanja pokazuju da je PAI postao drugi ili treći najčešće upotrebljen instrument u forenzičkom i medicinskom kontekstu (Archer i sar., 2006; Bauchowitz i sar., 2005; Fabricatore i sar., 2006; Lally, 2003; Piotrowski i Belter, 1999).

Prvi cilj našeg istraživanja bio je provera psihometrijskih karakteristika PAI inventara na našoj populaciji. Rezultati su pokazali da PAI ima zadovoljavajuće metrijske karakteristike na nivou skala, pre svega kliničkih skala koje su i namenjene proceni psihopatoloških entiteta. Mere pouzdanosti, homogenosti i reprezentativnosti su zadovoljavajuće za sve kliničke skale.

Široko prihvaćeno stanovište jeste da je za samo-opisne mere neophodno da zadovoljavaju, bar minimalno, kriterijume za pouzdanost. Henson (2001) smatra da su visoke mere interne konzistentnosti posebno važne za psihologe-praktičare. Naime, ako se pokaže da ime skale tačno reflektuje mereni domen to dozvoljava kliničaru da interpretira navedenu skalu na direktniji način. Ukoliko klinički instrument (zapravo njegove skale) ima niske mere pouzdanosti kliničar ima pred sobom dilemu koji psihološki konstrukt ili konstrukte meri jer ime skale ne odražava konstrukt koji joj stoji u osnovi.

U našem istraživanju najniže koeficijente pouzdanosti imaju skale validnosti posebno skale Retkih ajtema i Negativne impresije, što odgovara rezultatima dobijenim i na originalnom američkom uzorku (Morey, 1991). Neki autori smatraju da loša pouzdanost skala validnosti PAI-a ne predstavlja veliki problem (Frazier, Naugle i

Haggerty, 2006) jer oni ni ne mere određene psihopatološke konstrukte. Medjutim, u praksi klinički psiholozi donose određene pretpostavke u pogledu validnosti dobijenog profila (na pr. da li je ispitanik nasumice popunjavao upitnik i sl.) i potencijalne agravacije i simulacije psihopatologije baš na osnovu skorova na tim skalama. Stoga predmet budućih istraživanja treba da bude pitanje da li skale validnosti PAI-a imaju adekvatnu empirijsku argumentaciju da bi se na osnovu njih donosile pouzdane i klinički relevantne odluke.

Na nivou skala PAI manifestuje zadovoljavajuće koeficijente pouzdanosti ako kao kriterijum uzmemo blaži kriterijum koji predlažu brojni istraživači (pr. Kaplan i Saccuzzo, 1997; Clark i Watson, 1995) i koji prihvataju kao zadovoljavajuće koeficijente u rasponu od 0.70 do 0.90. Naime, strožiji kriterijum koji je predložio Nunnally (1967), a koji kao kritičnu tačku uzima 0.90 je previsok za većinu kliničkih instrumenata procene koji su u najširoj upotrebi (kao što su MMPI-2, MCMI, NEO-PI-R itd.), pa tako i za PAI.

S druge strane, PAI na nivou subskala pokazuje izvesne poteškoće, što implicira dalje konceptualno preispitivanje nekoliko subskala jer su im nivoi pouzdanosti ispod dozvoljenih vrednosti. Ipak treba imati na umu da ni danas najzastupljeniji instrumenti procene, kao što je NEO-PI-R, nemaju zadovoljavajuće metrijske karakteristike na nivou faceta. Takodje, u poredjenju sa MMPI-2 instrumentom (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegan i Kaemmer, 1989) PAI manifestuje dosledno više koeficijente pouzdanosti. Stoga, generalan zaključak u pogledu empirijskih karakteristika PAI inventara, pre svega u pogledu skala namenjenih proceni psihopatoloških entiteta, može biti da su kliničari dobili „solidan“ instrument za procenu psihopatoloških fenomena, te da je namera autora da stvore „psihometrijski“ superiorniji instrument u odnosu na već postojeće, donekle i ispunjena.

Sledeći korak u proveri novog instrumenta bilo je i utvrđivanje njegove *latentne strukture*. Pitanje latentne strukture mernih instrumenata namenjenih proceni psihopatologije se može razmatrati sa više aspekata. Prvo, ekshovanje stabilnih latentnih dimenzija koje stoje u osnovi instrumenta je važno sa stanovišta praktičara jer daje odgovor na pitanje koje konstrukte instrument meri kroz različite uzorke. U našem istraživanju ekstrahovana je dvofaktorska struktura sa Internalizujućim i

Eksternalizujućim PAI faktorom koja je visoko je kongruentna sa faktorskom strukturom dobijenom na američkom normativnom uzorku (na 11 kliničkih skala), i manjem broju nezavisnih istraživanja (Hopwood i sar., 2008; Groves i Engel, 2007). Međutim, na našem uzorku nismo uspeli da uspešno replikujemo trofaktorsku soluciju koja je ekstrahovana iz američkog kliničkog uzorka i za koju jedna uticajna grupa autora (Hoezle i Meyer, 2009) tvrdi da se dosledno replikuje kroz različite uzorke. Ipak, problemi u replikaciji faktorske strukture na našem uzorku nisu izuzetak. Izvesna nestabilnost faktorske strukture opservirana je i u drugim istraživanjima. Naime pregled 19 nezavisnih istraživanja (Hoezle i Meyer, 2009) ukazuje na značajne diskrepance u dimenzionalnoj strukturi PAI inventara. Najveća saglasnost postiže se oko prvog faktora, originalno imenovanog kao Subjektivni distres i afektivna disregulacija (naš Internalizujućí PAI faktor), dok se u pogledu ostalih faktora registruju značajne razlike.

Može se postaviti pitanje zbog čega dimenzije višeg reda PAI instrumenta nisu identične kroz različite uzorke. U literaturi se mogu pronaći različita objašnjenja koja se tiču samih uzoraka, ali i metodoloških odluka u procesu faktorizacije instrumenta. Što se tiče uzoraka, jedan od potencijalnih razloga za nestabilnost dimenzionalne strukture PAI-a je heterogenost uzoraka na kojima je PAI proveravan te su dobijane i različite strukture. Tako pregled istraživanja pokazuje da su u odredjenom broju istraživanja korišćeni homogeni uzorci (sa odredjenim psihopatologijom) na pr. zavisnost od alkohola (Schinka, 1995) ili poremećaj ishrane (Tasca i sar., 2002). Neka istraživanja su radjena na nekliničkim uzorcima (na pr. Deisinger, 1995), a druga na kliničkim uzorcima sa heterogenom psihopatologijom. Autori testa (Morey, 1997; Morey i Glutting, 1994) sugerisali su da se na kliničkim i nekliničkim uzorcima dobijaju različite dimenzionalne strukture. Po njima normativni uzorci po pravilu ispoljavaju manji broj psihopatoloških fenomena od kliničkih uzoraka što korespondira sa nižom stopom prihvatanja ajtema koji odražavaju psihopatološke probleme. Potencijalna posledica je da su skale simtpoma niže korelirane i da faktori imaju manju verovatnoću pojavljivanja. Međutim, potpuno suprotno tvrdi O'Connor (2002) dokazujući u svom istraživanju dimenzionalnih struktura 37 mera ličnosti i psihopatologije (o ovom istraživanju je već bilo reči) i koji dokazuje da se nezavisno od uzorka (klinički ili nromalni ispitanici) uvek ekstrahuju veoma slične dimenzije.

Drugi mogući razlog nestabilnosti dimenzionalne strukture PAI-a kroz različite uzorke jesu metodološke odluke koje su donete u procesu faktorizacije instrumenta, a koje se tiču broja skala uključenih u faktorsku analizu (da li su uključene sve skale ili samo kliničke skale). S obzirom da smo pratili strategiju samih autora instrumenta (radili smo faktorizaciju i na 22 i na 11 kliničkih skala), a da nismo uspjeli da replikujemo trofaktorsko odnosno četvorofaktorsko rešenje, ovaj argument možemo odbaciti.

Važno pitanje i jeste koji protokoli se uključuju u analizu. Prvobitna odluka Morey-a da u normativni uzorak uključi i nevalidne protokole možda je uticala da se ekstrahuje komponenta koja ističe nemarnost i nevalidnost protokola (ova komponenta je izdvojena u američkom kliničkom uzorku). Većina drugih istraživača isključila je nevalidne protokole iz istraživanja. Međutim, u našem istraživanju i pored toga što smo koristili originalnu proceduru Morey-a (kriterijum odbacivanja protokola bio je da ne nedostaje više od 33 ajtema, bez obzira na validnost) pri prvobitnom pokušaju faktorizacije svih 22 skala (uključujući i skale validnosti) nismo uspjeli da izdvojimo Morey-ev faktor Nemarnosti. Takođe možemo se zapitati šta zapravo stoji u osnovi ovog faktora koji je nazvan Nemarnost, izdvojen samo na kliničkim ispitanicima, a koji je ekstrahovao autor? Dobijeni faktor svakako nije psihopatološki koncept. Još je neobičnije što se na kliničkom uzorku ne izdvaja faktor koji po svom sadržaju obuhvata *socijalnu izolaciju i osetljivost* odnosno vulnerabilnost u socijalnim relacijama, dakle nešto što bismo mogli interpretirati kao patološke aspekte introverzije, a taj faktor autori dobijaju na normativnom uzorku??? Jedino logično objašnjenje može biti, i tu se slažemo sa Hopwood-om i Moser-om (2011) da je autor testa ekstrahovao preveliki broj faktora, a da je faktorska struktura PAI-a zapravo jednostavnija.

Ipak, pojavljuje se konsenzus, a što smo potvrdili i na našem uzorku, da u osnovi 11 kliničkih PAI skala, namenjenih proceni psihopatoloških entiteta, stoje dve osnovne dimenzije koje su veoma slične širokim dimenzijama psihopatologije (Krueger, 1999; Krueger i Markon, 2006a, 2006b). Takvu ideju su prvi izneli Ruiz i Edens (2008) u svom istraživanju PAI-a na 1099 zatvorenika. Naime, Ruiz i Edens-a (2008) su se u svom istraživanju takođe bavili nestabilnošću strukture PAI-a pri čemu su pokušali da svoje rezultate smeste i u određeni konceptualni okvir. Ruiz i Edens (2008) na velikom uzorku zatvorenika (N=1099) izdvajaju, uključujući u analizu 13 PAI skala relevantnih

za psihopatologiju (11 kliničkih i dve dodatne skale: suicidalnosti i agresivnosti), dvo-dimenzionalni model koji reprezentuje Internalizujuću i Eksternalizujuću dimenziju. Internalizujuća dimenzija psihopatologije odražava generalni psihološki distres ili negativan afektivitet i njeni primarni markeri su različiti modaliteti anksioznosti i depresivnost te ova dimenzija zapravo obuhvata tendenciju ispoljavanja psihopatologije „ka unutra“; Eksternalizujuća dimenzija obuhvata tendenciju ispoljavanja patologije „ka spolja“ i manifestuje se kao agresivnost, problemi u ponašanju, zloupotreba različitih supstanci i druge ekspresije dezinhibicije.

Veoma slično razmišljanje pokazali su i Hopwood i Moser (2011) koji su u svom istraživanju na studentima, konfirmatornom faktorskom analizom potvrdili superiornost simplifikovane dvofaktorske strukture PAI-a u odnosu na kompleksnija faktorska rešenja. Štaviše, dokazali su da je dvodimenzionalna struktura PAI-a invarijantna kroz polove, kao i različite etičke grupe (koje žive u SAD-u). Koliko nam je poznato, naše istraživanje je prvo koje je potvrdilo dvofaktorsku strukturu PAI-a na heterogenom kliničkom uzorku. Hopwood i Moser (2011) u svom istraživanju na studentima daju još snažniju potvrdu mogućnosti konceptualizovanja PAI faktora kao Internalizujuće i Eksternalizujuće dimenzije psihopatologije s tim što su ovi autori uključili u analizu manji broj PAI skala.

U svakom slučaju, nestabilnost faktorskih struktura PAI kroz različite uzorke je sa stanovišta merenja prilično problematična. Naime, korisnik testa mora imati uverenje da test meri iste konstrukte u različitim uzorcima da bi imao poverenje u podatke koje na osnovu njega dobija.

Dalje, izdvojene latentne dimenzije PAI instrumenta mogu se interpretirati i u širem kontestu. Naime, traganje za latentnom strukturom jednog patocentričnog instrumenta može se posmatrati kroz teorijsko-konceptualno pitanje *identifikovanja bazičnih dimenzija koje leže u osnovi različitih psihopatoloških ispoljavanja*. Kao što je već rečeno, traganje za dimenzionalnom strukturom instrumenata namenjenih proceni psihopatologije je jedna od čestih strategija istraživača u potrazi za latentnim dimenzijama koje stoje u osnovi psihopatoloških manifestacija, a sa ciljem „mapiranja“ prostora psihopatologije manjim brojem širih dimenzija. U istraživanjima se najčešće koristi MMPI-2 pri čemu se dosledno dobija trofaktorska solucija sa Internalizujućom, Eksternalizujućom i dimenzijom Poremećaja mišljenja. Dakle u tom kontestu naše

istraživanje je na tragu podataka da se latentni prostor psihopatologije može mapirati sa širokim Internalizujućim i Eksternalizujućom dimenzijom. Slično kao i u faktorizaciji MMPI-2 Eksternalizujući faktor PAI-a obuhvatio je osim antisocijalnih karakteristika i zloupotrebu supstanci i maniju (u našem istraživanju skala manije, a u istraživanju MMPI-2 hipomanična aktivacija) (Sellbom i sar., 2008). Međutim, u našem istraživanju nije se izdvojio poseban faktor Poremećaja mišljenja. Za razliku od MMPI-2 na kome taj faktor formiraju skale persekutorne ideacije i aberantnih iskustava, PAI skale Shizofrenije i Paranoidnosti pripale su Internalizujućoj dimenziji. Razlog za to verovatno leži u činjenici da PAI skale shizofrenije i paranoidnosti ne pokrivaju dovoljno prostor kognitivo-aberantnih doživljavanja koji su krucijalni aspekt ovog faktora. O ovom nedostatku PAI-a biće detaljnije reči u daljem tekstu.

U našem istraživanju dobijamo veoma slične rezultate Ruiz-u i Evens-u (2008). Internalizujući PAI faktor u našem istraživanju zasićuju, kao što je već rečeno, skale anksioznosti, depresivnosti, sa anksioznošću povezni poremećaji, somatizacije, karakteristika graničnosti, shizofrenije i paranoidnosti, a Eksternalizujući faktor zasićuje skale antisocijalnosti, alkoholizma i maničnosti (primarno) i paranoidnosti, graničnosti i shizofrenije (sekundarna zasićenja). Dakle, skale koje imaju značajna zasićenja na oba faktora su zapravo kompleksne, pa je tako skala graničnosti povezana i sa Eksternalizujućom i sa Internalizujućom dimenzijom jer kliničke manifestacije ovog poremećaja uključuju i aspekte negativnog afektiviteta (depresivni simptomi, povišena anksioznost naročito u situacijama separacije) ali i manifestacije dezinhibicije (impulsivno, samo-destruktivno ponašanje, proboji agresivnosti, sklonost zloupotrebi supstanci). Slično objašnjenje možemo dati i za manje očiglednu multidimenzionalnu prirodu skale paranoidnosti jer iako ona na prvi pogled pripada „eksternalizujućem spektru“ (brojna istraživanja potvrđuju povezanost između PAR skale i potencijala za agresivno ponašanje; Morey, 2007) klinička slika paranoidnosti praćena je i snažnim negativnim afektom, strahom i anksioznošću koji stoje u osnovi sumnjičavosti, tajnovitosti i hostilnosti paranoidnih pacijenata. Skala shizofrenije takodje je multidimenzionalna i održava multidimenzionalnost samih shizofrenih simptoma koji uključuju poremećaj svih sistema ličnosti uključujući i afektivitet i kontrolu. Dakle, u pokušaju da se mapira dimenzionalnost širokog spektra psihijatrijskih poremećaja kliničarima je jasno da „mešovita“ priroda poremećaja (konceptualizovanih savremenim

dijagnostičkim klasifikacijama) postoji, čak i kada je manje očigledna. Stoga ideja o konceptualizovanju i deskripciji psihopatologije uz pomoć dimenzija zapravo nudi precizniji opis aktuelno prisutne psihopatologije i odražava empirijsku prirodu samih poremećaja.

Zašto je važno imati kvantitativne, dimenzionalne modele psihopatologije i zašto je važno imati klasifikaciju koja će se bazirati na empirijskim vezama između poremećaja, a ne na osnovu „očigledne“ sličnosti sindroma? Zato što takvi sistemi mogu pomoći u istraživanju genetskih i neurobioloških osnova koja stoje u osnovu psihopatologije jer sindromi koji se zajedno klasterišu najverovatnije dele i zajedničku etiologiju. Takav empirijski sistem bi takodje mogao pomoći razvijanju direktno ciljanih intervencija koje će se usmeravati na faktore rizika i patološke procese koji su zajednički povezanim poremećajima. Aktuelno postojeća meta-struktura psihopatologije (sindromskih poremećaja i poremećaja ličnosti) se širi uljučivanjem i poremećaja koji se odlikuju psihoticizmom i izolovanošću (deachment) tako da neki autori (pr. Markon, 2010) govore o posebnom faktoru Poremećaja mišljenja i faktoru Patološke introverzije. Kendler i sar. (2010) identifikuju četiri genetska i tri sredinska faktora koji stoje u osnovi seta sindromalnih i subsindromalnih poremećaja sa obe ose DSM klasifikacije, dakle i sindromskih i poremećaja ličnosti. Neki autoraju smatraju da faktori Poremećaja ličnosti i Patološke introverzije su subdomeni Internalizujuće dimenzije (i da tu pripadaju shizoidni, paranoidni, shizotipalni i izbegavajući poremećaj ličnosti kao i manija), odnosno da se subdimenzije internalizujućeg spektra (Keyesa i sar., 2013).

Kakva je relacija dimenzija psihopatologije i bazičnih dimenzija ličnosti? Zapravo je to pitanje koliko varijanse sa PAI skala može biti objašnjeno NEO-PI-R-om i DELTOM, odnosno 5-dimenzionalnim i 6-dimenzionalnim modelom ličnosti. U našem istraživanju bazične dimenzije ličnosti šestodimenzionalnog modela (“Velikih pet” plus Dezintegracija) sistematski objašnjavaju oba faktora psihopatologije ekstrahovana na PAI inventaru. Dezintegracija sistematski unapređuje objašnjenje i predikciju i Internalizujuće i Eksternalizujuće dimenzije psihopatologije, pri čemu veći doprinos Dezintegracija daje objašnjenju Eksternalizujuće dimenzije psihopatologije (11,6%). Drugim rečima, Dezintegracija kao bazično svojstvo ličnosti je u osnovi oba faktora psihopatologije, dok NEO dimenzije imaju diferencijalno-dijagnostički značaj.

Naime, za Internalizujuću dimenziju prediktivno su najznačajniji Neuroticizam i Introverzija, a za Eksternalizujuću dimenziju Agresivnost i Ekstraverzija. Dimenzije Otvorenost i Savesnost u našem istraživanju nisu se pokazale kao statistički značajni prediktori za faktore psihopatologije ekstrahovane sa PAI inventara.

Ako bazični prostor ličnosti operacionalizujemo sa pet bazičnih dimenzija vidimo da se Internalizujuća dimenzija može objasniti visokim Neuroticizmom uz Introverziju, odnosno visokom emocionalnom nestabilnošću na introvertnom polu. S druge strane Eksternalizujuću dimenziju objašnjava u bazičnom petofaktorskom prostoru ličnosti Agresivnost i Ekstraverzija.

Dobijeni rezultati veom su slični ranije dobijenim rezultatima koji su doveli u vezu dimenzije psihopatologije i bazične dimenzije ličnosti. Istraživanje Sellbom, Ben-Porath i Bagby-a (2008) je imalo za cilj utvrđivanje teorijskih i empirijskih veza između ličnosti i psihopatologije i to preko pokušaja mapiranja MMPI-2RC skale u petofaktorski model ličnosti na uzorku psihijatrijskih pacijenata (N=271). Izdvojili su tri bazična faktora psihopatologije koje stoje u osnovi MMPI-2 RC skale smatrajući ih gradivnim elementima hijerarhijske strukture psihopatologije: Internalizujući, Eksternalizujući i faktor Poremećaja mišljenja. Kada su date faktore povezali sa Petofaktorskim modelom dobili su da je Internalizujući faktor bio snažno i pozitivno povezan sa Neuroticizmom, snažno i negativno sa Ekstraverzijom i umereno i negativno sa Savesnošću. S druge strane Eksternalizujući faktor je bio snažno i negativno povezan sa Saradljivošću umereno sa Savesnošću i umereno pozitivno sa Neuroticizmom. Na nivou faceta ovi faktori višeg reda pokazali su jasne različite korelacije sa aspektima N i C domena posebno. U okviru N domena Internalizujući faktor je bio povezan sa facetima anksioznost/N1, depresivnosti/N3, socijalna nelagodnost/N4 i vulnerabilnost/N6, a Eksternalizujući faktor je bio povezan sa hostilnošću/N2 i impulsivnošću/N5. U okviru C domena Internalizujući faktor je bio u negativnoj korelaciji sa aspektima kompetencija/C1, postignuće/C4 i samo-disciplinom/C5, a Eksternalizujući je bio negativno koreliran sa sumpromišljenost/C6 i dužnost/C3 facetima. Internalizujući je bio umereno negativno koreliran sa svim aspektima E diomena osim aktiviteta/E4 dok je eksternalizujući bio pozitivno koreliran samo sa facetom potrga za uzbuđenjima /E5. Nasuprot tome, Eksternalizujući faktor je u negativnoj korelaciji sa svima A aspektima, a Internalizujući samo sa aspektom skromnosti/A5 (pozitivna

korelacija). U ovom istraživanju autori su izdvojili i poseban faktor poremećaja mišljenja koji je bio u korelaciji sa samo dva aspekta i to su vrednosti /O6 i poverenje/A1 oba u negativnoj smeru.

Kotov i sar. (2010) u velikoj meta-analitičkoj studiji ispitivali su povezanost "Big five" i "Big three" modela ličnosti i najviše zastupljenih mentalnih poremećaja (anksioznih, depresivnih, poremećaje zloupotrebe supstanci). Dobili su da su sve dijagnostičke grupe visoke na Neuroticizmu i niske na Savesnosti. Veći broj poremećaja ima i nizak E posebno distimija i socijalna fobija. Poremećaji zloupotrebe supstanci su u slabijoj vezi sa neuroticizmom, ali kod ove dijagnostičke grupe dobija se povišenje na dezinhibiciji(C-) i nesaradljivosti (A-).

Chiemelwski i sar. (2012) je svom istraživanju pokazao da je Neuroticizam esencijalni prediktor Internalizujuće dimenzije psihopatologije (izdvojen sa MMPI-2 upitnika), a A i E dimenzije glavni prediktori eksternalizujućih problema, dok je Savesnost previdjela relativno malu proporciju varijanse u eksternalizujućim poremećajima. Otvorenost u ovom istraživanju nije pokazala smislaone veze sa psihopatologijom.

I u našem istraživanju, baš kao i u prethodnim nismo pronašli značajnu vezu između dimenzija psihopatologije i dimenzije Otvorenosti. Ipak, u ranijim istraživanjima pronadjena je veza između Otvorenosti i shizotipije (Ross, Luty i Bailey, 2004) kao i između Otvorenosti i bipolarnih poremećaja (Tackett, Quiltz, Selbom, Rector i Bagby, 2008).

Ako prostor ličnosti definišemo sa šest bazičnih dimenzija (uvedemo Dezintegraciju kao dodatnu dimenziju) Internalizujuću dimenziju objašnjava Neuroticizam i Dezintegracija na introvertnom polu, a Eksternalizujuća dimenziju objašnjava Dezintegracija, Agresivnost i Ekstraverzija. Izgleda da je za Internalizujuću dimenziju psihopatologije distinktivno svojstvo prisustvo emocionalne nestabilnosti, a distinktivno svojstvo Eksternalizujućih poremećaja jeste niska Saradljivost odnosno Agresivnost. Međutim, u našem istraživanju potvrdili smo da važnu ulogu u obe dimenzije psihopatologije ima Dezintegracija pri čemu je njeno prisustvo promptnije u Eksternalizujućoj dimenziji. Važnu ulogu igra i dimenzija Estraverzije koja je na negativnom polu u Internalizujućoj dimenziji a na pozitivnom u Eksternalizujućoj.

Drugim rečima za Internalizujuću dimenziju distinktivno svojstvo je prisustvo Introverzije, a za Eksternalizujuću prisustvo Ekstraverzije.

Kada poredmo naše rezultate sa malobrojnim istraživanjima odnosa I/E dimenzija sa bazičnim dimenzijama ličnosti (Krueger i Markon, 2006) potvrđuje se povezanost Neuroticizma sa Internalizujućom dimenzijom, ali nismo potvrdili njeno prisustvo i u Eksternalizujućoj dimenziji. Međutim, pokazali smo važnost Dezintegracije za obe dimenzije psihopatologije. Očigledno kada izdvojimo Dezintegraciju kao posebnu dimenziju jedan deo prostora koji je zajednički Neuroticizmu i Dezintegraciji zapravo pripada Dezintegraciji.

Konačno, glavni cilj našeg istraživanja bio je provera inkrementalne validnosti PAI instrumenta u odnosu na mere bazične strukture ličnosti operacionalizovane sa šest bazičnih dimenzija. Teorijski gledano, pokušali smo da kompariramo diskriminativni potencijal jednog patocentričnog inventara ličnosti koji se zasniva na kategorijalnom određivanju psihopatoloških entiteta i dva inventara namenjena proceni bazične strukture ličnosti koji su zasnovani na dimenzionalnom shvatanju. Osnovno pitanje bilo je: da li i kojoj meri PAI emituje relevantne informacije koje su u vezi sa psihopatološkim statusom ispitanika, a da pri tome te informacije nisu već sadržane u instrumentima namenjenim merenju tzv. bazične strukture ličnosti? Očekivanje koje smo postavili bilo je da će PAI poboljšati opštu diskriminativnost instrumenata namenjenih proceni bazičnih crta ličnosti za 5%. Drugim rečima očekivali smo da će PAI objasniti barem minimalan deo varijanse u grupama formiranim na osnovu kliničkih dijagnoza, preko onog dela koji već objašnjavaju instrumenti namenjeni merenju bazične strukture ličnosti. Očekivanje je potvrđeno jer je PAI popravio opštu diskriminativnost NEO-PI-R-a i DELTE 10 za 8,2% na nivou širokih dimenzija, odnosno 5% na nivou užih dimenzija. Postignuto je i poboljšanje klasifikacione tačnosti (na nivou širokih dimenzija) za sve dijagnostičke grupe osim za grupu shizofrenih. Na nivou užih dimenzija postignuto je poboljšanje klasifikacione tačnosti za grupu zdravih i drugih psihotičnih, ali ne i shizofrenih i anksioznih.

Kada analiziramo poboljšanje klasifikacione tačnosti po pojedinim ispitivanim grupama vidimo da je najveće postignuto poboljšanje klasifikacione tačnosti za grupu ispitanika bez poremećaja (i na nivou širih i na nivou užih dimenzija). Stoga možemo

zaključivati da je stvarni doprinos PAI-a zapravo u diferenciranju patološko-normalno odnosno *finijem diferenciranju ispitanika sa veoma heterogenom psihopatologijom u odnosu na ispitanike bez simptomatologije*. PAI dobro diferencira psihološko zdravlje u odnosu na psihopatologiju, ali pokazuje izvesne teškoće u finijem nijansiranju psihopatologije posebno shizofrene psihopatologije.

Naime, PAI ne samo da ne doprinosi poboljšanju klasifikacione tačnosti za grupu shizofrenih ispitanika (na nivou širih dimenzija klasifikaciona tačnost za grupu shizofrenih ostaje ista), već na nivou užih dimenzija registrujemo pad klasifikacione tačnosti (kada bazičnim dimenzijama dodamo PAI) za 7,5%. Ovaj nalaz je ozbiljan problem za patocentričan instrument koji pretenduje da omogući kliničarima precizniju i objektivniju dijagnostičku i prevashodno diferencijalno-dijagnostičku procenu. Koji su mogući razlozi?

Jedno moguće objašnjenje za empirijski nalaz da PAI ne popravlja diskriminativnost za grupu shizofrenih ispitanika odnosno da PAI skale namenjene proceni tih psihopatoloških entiteta (pre svega skale shizofrenije i skala paranodinosti) ne prepoznaju značajan procenat shizofrenih ispitanika, leži u sadržaju PAI skala za procenu psihotičnosti. Naime, PAI skale nisu dovoljno obuhvatne, tako da neki relevantni sadržaji koji određuju shizofrenu simptomatologiju zapravo nisu uključeni u operacionalizaciju tih skala. Iz tog razloga PAI skale namenjene merenju psihotičnih ili shizofrenih simptoma ne pokrivaju dobro prostor „shizofrene simptomatologije.“ Zaista, kada analiziramo sadržaj tri subskale skale Shizofrenije (Psihotična doživljavanja, Socijalno otudjenje i Poremećaj mišljenja) vidimo sledeće:subskala Poremećaj mišljenja konstruisana je sa ciljem da pokrije kognitivnu insuficijenciju karakterističnu za sch ispitanike, a koja nije već pokrivena pozitivnim i negativnim simptomima shizofrenije i obuhvata: inkohherentnost u mišljenju, oslabljen ili patološki izmenjen asocijativni tok, ali i blaže poremećaja u formi mišljenja u vidu poremećaja u koncentraciji, odlučivanju i pamćenju. Blaže forme poremećaja mišljenja nisu specifične za psihotične poremećaje i ta vrsta teškoća može biti posledica i intezivne anksioznosti (na pr. kod paničnog poremećaja) ili depresivnosti. Stoga ova skala zapravo ne pokriva prostor psihotičnih doživljavanja karakterističnih za shizofrene pacijente već najvećim delom konfuznost i teškoće u održavanju pažnje i koncentracije. Čak i sami autori PAI-a pozivaju na oprez prilikom interpretiranja dobijenih visokih skorova na ovoj subskali, ističući da ukoliko

nije registrovano povišenje cele skale Shizofrenije ispitivač ne treba da pripisuje povišenje na subskali Poremećaj mišljenja shizofrenoj simptomatologiji. Stoga smatramo da je ova skala najlošije konceptulizovana skala PAI upitnika, odnosno da su autori propustili da pokriju prostor kognitivnih aberacija koje su najkrucijalnija odlika psihotičnih, a posebno shizofrenih poremećaja. To je veliki problem za jedan patocentričan instrument koji će se koristiti u praksi sa ciljem diskriminacije psihotičnih poremećaja.

Dalje, pažljivijim analiziranjem vidimo da je subskala, koja je imenovana kao Psihotična doživljavanja, zapravo namenjena proceni specifičnih kognitivno-perceptivnih aberacija i koje se kreću u rasponu od blažih neuobičajenih percepcija i magijskog mišljenja do sumanutosti i halucinacija. Zapravo SCH skala ima dve subskale koje pokrivaju socijalnu alijenaciju shizofrenih ispitanika i aberantna doživljavanja (neuobičajene percepcije i senzacije, magijsko mišljenje i druge neuobičajene ideje uključujući i sumanute ideje), ali očigledno taj sadržaj nije dovoljno obuhvatan da bi dobro diferencirao odnosno prepoznao shizofrene ispitanike. Dakle, sadržaj subskala Psihotična doživljavanja i Socijalna izolacija predstavljaju veoma redukovane indikatore psihotične i posebno shizofrene simptomatologije. Ovo je veoma važan nalaz za buduće korisnike PAI instrumenta u kliničkom kontekstu i poziva na opreznost donošenja dijagnostičkih zaključaka na osnovu profila PAI-a pre svega u domenu shizofrene simptomatologije, ali i psihotičnih poremećaja uopšte.

Drugo, vidimo da najveći deo prepoznavanja shizofrenih ispitanika dimenzionalni instrumenti duguju DELTI 10 koja je zastupljena sa značajno većim brojem ajtema i od čega skoro polovina pripada modalitetima koji pokrivaju prostor nečega što bismo mogli najšire nazvati shizofrenim aberacijama kognicije.

Ipak da bismo bili fer prema PAI instrumentu jasno je da smo pred instrument (zapravo pred sve instrumente koje smo upotreбили) postavili veoma zahtevan zadatak jer smo proveravali njihovu efikasnost u diferencijaciji veoma sličnih dijagnostičkih grupa (psihotičnih poremećaja). Naime, pred kliničara se u praksi često postavlja diferencijalno-dijagnostički zadatak u smislu dijagnostikovanja procesne, sch psihoze i njenog diferenciranja od drugih oblika psihoza. Zbog toga smo i primarno proveravali efikasnost diskriminacije self-report mera da fino diferenciraju psihotične poremećaje. S obzirom da je to zaista zahtevan zadatak u smislu prepoznavanja i diferenciranja

shizofrenih od drugih ispitanika uradili smo i analizu kojom smo ublažili zahtev postavljen pred instrumente. Naime, proverili smo diskriminativni potencijala sva tri instrumenta, kao i inkrementalni doprinos PAI-a, ali smo spojili ispitanike iz dve psihotične grupe. Zapravo proverili smo koliki je doprinos PAI-a u detekciji psihotične simptomatologije, uopšte. Kada smo analizu uradili na tri grupe ispitanika, videli smo da je dodavanje patocentričnog PAI inventara instrumentima za merenje bazičnih dimenzija ličnosti poboljšalo za 6,3% ukupnu klasifikacionu tačnost na nivou širokih dimenzija, odnosno 5% na nivou dimenzija nižeg reda (što je veoma sličan rezultat koji smo dobili na četiri grupe ispitanika). Dalje, sada sa redukovanim zahtevom koji smo postavili pred instrumente u smislu senzitivnosti za različite grupe psihotičnih poremećaja, nije se ponovio nalaz o stagnaciji odnosno padu klasifikacione tačnosti za (sada jedinstvenu) grupu psihotičnih ispitanika. PAI se pokazao uspešniji u detekciji psihotične simptomatologije uopšte, jer se sada, najveća klasifikaciona tačnost postiže upravo za grupu psihotičnih ispitanika (72,5% psihotičnih ispitanika će biti pravilno detektovano). Ipak, uvođenje PAI-a nije značajnije ni povećalo senzitivnost za ovu vrstu mentalnih poremećaja, jer je poboljšalo za 2,5% u odnosu na instrumente za procenu bazičnih dimenzija ličnosti.

Ovakav nalaz sadrži i jednu veoma važnu teorijsku implikaciju koju bi i praktičari, tradicionalno sa preferencijom za patocentrične instrumente, trebalo da imaju na umu. Bazične dimenzije ličnosti odnosno self-report mere za njihovu procenu, gotovo podjednako uspešno prepoznaju psihotičnu simptomatologiju i ispitanika kao i često upotrebljeni patocentrični instrumenti. Naravno, treba imati na umu, da je tu suštinski važan doprinos instrumenta za procenu dimenzije Dezintegracije. Naime, ako se predispozicija ka velikom segmentu psihopatologije (Dezintegracija) artikuliše kao bazična dimenzija ličnosti vidimo da instrument namenjen merenju psihopatoloških entiteta (PAI) ne donosi puno novih informacija, jer je očigledno da su one već sadržane u bazičnoj strukturi ličnosti.

Dalje, kada pogledamo rezultate dobijene na 4 grupe ispitanika, naše istraživanje pokazuje da i instrumenti namenjeni proceni bazičnih dimenzija i zajedno sva tri instrumenta (i na nivou širih i na nivou užih dimenzija) najbolje prepoznaje ispitanike bez psihijatrijskog poremećaja. Dosledno, najveća klasifikaciona tačnost postignuta je za ovu grupu ispitanika. Za instrumente namenjeni proceni univerzalnih

dimanzija ličnosti to je i očekivan nalaz, ali za patocentričan instrument očekivanja su da je senzitivniji za patologiju nego za „normalnost“.

Takodje, dosledno se ponavlja i nalaz (dakle bez obzira da li smo predikciju vršili na osnovu bazičnih dimenzija ličnosti ili sva tri instrumenta zajedno) da se najlošija klasifikaciona tačnost dobija za grupu drugi psihotični. Dakle, bez obzira da li smo predikciju radili na osnovu bazičnih dimenzija ličnosti ili smo dodali i patocentričan instrument najveće greške su se dešavale u klasifikovanju drugih (neshizofrenih) ispitanika. Mogući razlog za klasifikacione greške jeste u definisanju kategorije ispitanika drugi psihotični odnosno prisustvu tzv. „privremenih dijagnoza“ koje su česta praksa u dijagnostikovanju prvih psihotičnih epizoda kao kratkih, nespecificovanih, prolaznih psihotičnih epizoda. Među njima vrlo verovatno ima značajan broj onih ispitanika koji će ispoljiti (ili već ispoljavaju) simptome shizofrenog poremećaja i koji suštinski i pripadaju toj kategoriji, ali u praksi ne dobijaju dijagnozu sch poremećaja nekoliko godina od početka bolesti. To potvrđuju i rezultati longitudinalnih empirijskih istraživanja koji pokazuju da 20% do 37% akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja vremenom dobijaju dijagnozu shizofrenije (Taylor, 1994). Takodje, ova grupa je i u našem istraživanju dijagnostički najheterogenija u smislu svrstavanja u ovu grupu svih „netipičnih“ pacijenata. Čak 9 različitih dijagnoza imaju ispitanici koji su svrstani u ovu grupu, a dijagnoze se kreću od perzistentnih poremećaja sa sumanutošću, preko akutnih i prolaznih psihotičnih epizoda pa do shizoafektivnih psihoza u kojima je shizofrena simptomatologija važan deo kliničke slike. Dakle, jasno je da je heterogenost psihopatologije koju ova grupa ispoljava jedan od razloga neuspeha u iznalaženju zajedničkog „algoritma“ za njihovu identifikaciju i tačnu klasifikaciju.

Kada smo ublažili diferencijalno-dijagnostički zadatak (spojivši dve grupe psihotičnih ispitanika u jednu) dobili smo povećanje klasifikacione tačnosti za sve tri grupe ispitanika, kao i pobošljanje ukupne klasifikacione tačnosti. Ovaj nalaz govori u prilog inkrementalne validnosti PAI-a i na nivou opšte klasifikacione tačnosti i na nivou klasifikacione tačnosti za pojedine dijagnostičke grupe. Dakle, iako dobijena inkrementalna validnost nije visoka možemo reći da ipak postoji doprinos, istina mali, patocentričnog instrumenta u diferenciranju i na osi normalno-patološko i u diferenciranju različitih oblika psihopatoloških ispoljavanja.

Pokušali smo i da odgovorimo na pitanje čime PAI postiže tu inkrementalnu validnost, ili drugim rečima, koji sadržaj psihopatologije PAI pokriva, a koji je ostao izvan modela Velikih pet plus Dezintegracija. Naši rezultati pokazuju da je to zapravo prostor psihopatologije koji se imenuje kao Eksternalizujući. Naime kada poredimo koliki procenat varijanse bazične dimenzije ličnosti objašnjavaju u svakoj od PAI skala vidimo da najmanji procenat varijanse bazične dimenzije ličnosti objašnjavaju na i antisocijalnih karakteristika (42.2%) i skali problema sa alkoholom (18.4%). Dobijeni nalaz u skaldu je sa rezultatima istraživanja koja pokazuju da postoji specifični genetski faktori (vulnerabilnost) koji su zajednički za poremećaje zavisnosti i antisocijalni poremećaj ličnosti. Šta nam to govori? Prvo, da PAI poseduje skale koje pokrivaju deo psihopatologije koji izgleda ostaje izvan instrumenta namenjenih proceni šest bazičnih dimenzija ličnosti (eksternalizujući). Eventualno, možemo ići i korak dalje i zaključiti da je razlog tome zapravo to što šestodimenzionalnom modelu ličnosti nedostaje sedmi faktor ili dimenzija *poštenje/iskrenost* (u originalu honesty-humility) HEXACO modela (Ashton MC i sar., 2004; Lee K, Ashton MC, 2004), a koja očigledno predstavlja važnu dispozicija za razumevanje određenih oblika psihopatologije. Naime dimenziju *poštenje/iskrenost* na negativnom polu opisuju dispozicije kao što su manipulativnost, pohlepa, sklonost iskorišćavanju drugih i sl. Ova dimenzija je povezana sa nekim socijalno averzivnim konstruktima ličnosti, kao što su psihopatija, makijavelizam i narcizam, a koji su u literaturi poznati pod imenom The Dark Triad of Personality (Paulhus i Wiliams, 2002; Lee i, Ashton, 2005; Ashton, 2005). Jasno je da su navedeni konstrukti blisko povezani sa antisocijalnošću i sa zloupotrebom alkohola. U svakom slučaju, na osnovu našeg istraživanja, možemo dodati da dezintegracija predstavlja značajan ali ne i iscrpan doprinos te da ipak ne pokriva sve relevantne informacije o psihopatologiji izvan prostora „velikih pet“ opisanih petofaktorskim modelom. Daljim istraživanjima potrebno je konceptualizovati obuhvatniji (sedmodimenzionalni model) koji bi imao moć da opiše i objasni celokupan univerzum psihopatoloških ispoljavanja. Medjutim, jasno je da i šestodimenzionalni model poseduje veliku snagu za konceptualizaciju psihopatologije, jer šest dimenzija opisuju više od polovine varijanse na gotovo svim PAI kliničkim skalama. Jasno je da smo našim istraživanjem dali još jedan empirijski argument tezi da se prostor psihopatologije može objasniti bazičnim despozicijama ličnosti ako se univerzum ličnosti dovoljno obuhvatno definiše.

Sledeće pitanje koje možemo postaviti jeste šta na osnovu naših rezultata možemo zaključiti o ličnosti osoba koje karakterišu različiti psihički poremećaji?

Vidimo da bazične dimenzije ličnosti dobro diferenciraju patološko od normalnosti pa čak i modalitete patološkog. Ekstremnost u Dezintegraciji najviše karakteriše shizofrene, a zatim i druge psihotične ispitanike u odnosu na ispitanike bez poremećaja ali i anksiozne, nepsihotične pacijente. Dakle, psihotičnost ispitanika u našem istraživanju karakteriše ekstremnost opšte dezintegrisanosti praćena impulsivnošću (C-), rigidnošću (O-) i u manjoj meri introverzijom (E-). Neurotične ispitanike (anksiozne) karakteriše ekstremnost u afektivnoj nestabilnosti (N) na introvertnom polu (E-) ali i, u manjoj meri, dezintegracija. Na osnovu tih rezultata vidimo da je dezintegracija dispozicija koja je najekstremnije izražena kod shizofrenih, a zatim i drugih psihotičnih ispitanika, ali da je prisutna i kod nepsihotičnih, anksioznih ispitanika, naravno, u manjem stepenu. Dezintegracija se pokazala važnom dimenzijom za sve oblike psihopatologije. Time potvrđujemo da se Dezintegracija distribuira kroz različite kliničke populacije (i psihotične i nepsihotične) i da predstavlja univerzalnu dimenziju. Ono što razlikuje neurotične od psihotičnih ispitanika u našem istraživanju na nivou širokih dimenzija ličnosti je ekstremnost Dezintegracije uz odsustvo Neuroticizma kod psihotičnih i ekstremnost Neuroticizma uz manje izraženu Dezintegraciju kod neurotičnih. Dakle, izraženo prisustvo Neuroticizma kao da je diferencijalno-dijagnostički kriterijum isključivanja dekompenzacije psihotičnog nivoa. Ako uključimo i dimenzije psihopatologije izvedene sa PAI instrumenta, psihotičnog ispitanika karakteriše prisustvo Eksternalizujuće dimenzije, opšte Dezintegracije (DELTA tot), niske Otvorenosti (O-) i niskog Neuroticizma (N-). Ovaj složaj odvaja i razlikuje psihotičnog od neurotičnog odnosno anksioznog ispitanika. Neurotičnog ispitanika karakteriše prisustvo Internalizujuće dimenzije psihopatologije uz izraženu afektivnu nestabilnost (N) i u manjoj meri introverziju (E-) i dezintegraciju (DELTA tot).

Koji linearni složaj opisuje psihološki zdravog ispitanika? Dakle, odsustvo izražene dezintegracije uz dobru kontrolu (C), ekstraverziju (E) i otvorenost prema novim iskustvima (O) je složaj koji opisuje ispitanika bez psihijatrijskog poremećaja.

Analiza na nivou užih dimenzija daje malo precizniju sliku. Složaj koji odlikuje shizofrenog ali i psihotičnog ispitanika u našem istraživanju čine modaliteti dezintegracije (perceptivne distorzije, magijsko mišljenje, paranoja) uz rigidnost prema vrednostima (facet O6). Nepsihotičnog, anksioznog ispitanika karakteriše složaj crta neuroticizma kojima se priključuju modaliteti dezintegracije i to somatoformna disfunkcija, depresivnost, socijalna anhedonija i disegzekutivnost. Dakle, i na nivou užih dimenzija, samo specifičnije, dezintegracija (zapravo različiti njeni modaliteti) karakteriše i psihotične i nepsihotične poremećaje odnosno ekstremnost određenih modaliteta dezintegracije diferencira neurotično-psihotično.

Portret neurotičnog ispitanika u našem istraživanju jezikom bazičnih dimenzija ličnosti glasi: socijalno izolovane inhibirane osobe koje su sklone anksioznosti, napetosti, uznemirenosti, senzitivne i sklone emocionalnim destabilizacijama u stresogenim okolnostima kao i depresivnim stanjima (uključujući i patološke depresivne epizode), konverzijama i sa teškoćama u pažnji, koncentraciji i drugim funkcijama. Ova funkcija kao da „daje portret” ispitanika sa dijagnozom anksioznog poremećaja

Dalje, u našem istraživanju dobili smo neočekivan nalaz da se dimenzija Saradljivosti (A) ne prikazuje kao važna dimenzija u diskriminisanju psihopatoloških entiteta (za razliku od ranijih istraživanja) i na nivou bazičnih dimenzija, ali i kada je uključen celokupan potencijal sva tri instrumenta u identifikovanje različitih grupa ispitanika. U istraživanjima psihopatologije pokazalo se da jedimenzija Saradljivost, posebno na svom negativnom polu (imenovanom kao antagonizam) jedna od bazičnih dimenzija ličnosti. Jedno od mogućih objašnjenja jeste nestabilnost indikatora dimenzije Saradljivost na uzorcima na našoj populaciji što je potvrđeno i u drugim istraživanjima naših autora (Knežević i sar., 2004).

Kada smo uključili celokupan potencijal baterije testova koju smo primenili, tj. kada su patocentričan instrument i instrumenti namenjeni merenju tzv. bazičnih dimenzija ličnosti „udružili snage“ dobili smo kvalitativno slične informacije o različitim psihopatološkim entitetima.

Na nivou užih dimenzija, dobijamo još precizniju sliku. Shizofrene ispitanike karakteriše složaj modaliteta dezintegracije (Perceptivne distorzije, Paranoja, Socijalna anhedonija, Magijsko mišljenje i Egzekutivna disfunkcija) uz PAI skalu shizofrenije i rigidnost za vrednosti (sa domena Otvorenosti).

Dakle, opet vidimo da je diskriminativna moć domena Otvorenosti mala i u našem istraživanju. Zapravo linerani složaj koji odvaja psihotične ispitanike uključuje sa NEO-PI-R samo aspekt vrednosti (O6), što je u skladu sa nekim ranijim istraživanjima - da se kod shizofrenih ispitanika pronalaze najniži skorovi na ovom facetu (na pr. Bagby i sar. 1997). Talav nalaz se interpretira time da su shizofreni pacijenti manje otvoreni za preispitivanje svojih socijalnih, političkih i religioznih uverenja (Quirk i sar, 2003), odnosno dogmatičniji su i konzervativniji što je verovatno deo kognitivne rigidnosti karakteristične za sch pacijente. Naime iako je prvobitno teorijsko očekivanje bilo da će shizofreni ispitanici imati više skorove na domenu Otvorenosti (na pr. Berenbaum i Fujita, 1994) jer manifestuju ekscentričnu percepciju za koju postoje dokazi o povezanosti sa O dimenzijom, istraživanja su upravo pokazala suprotno. Bagby i sr. (1997) pokazuju da se kod shizofrene grupe ispitanika dobijaju za gotovo jednu standardnu devijaciju niži skorovi na aspektima Vrednosti i Akcija sa O domena u odnosu na bipolarnu i pacijente sa unipolarnom depresijom. Tien i sar. (1992) pokazali da su kod shizotipalnih ishizoidnih poremećaja ličnosti se takodje dobijaju niži skorovi na O domenu. Naše istraživanje pokazuje diskriminativnu moć faceta vrednosti sa O domena. Koja su moguća objašnjenja za to? Naime, moguće je da su shizofreni ispitanici digmatičniji i konzervativniji zbog doživljaja dezorganizacije, nesigurnosti i teškoća u aspraktnom mišljenju, ili dogmatizam može imati funkciju u pokušaju sprečavanja relapsa i gubitka kontrole te na taj način ograničavaju svoja iskustva i razmišljanja. Dalje, možemo postaviti i pitanje da li možda sadržaj ovog aspekta O domena zapravo „pokriva“ nepodložnost preispitivanju sopstvene kognicije i rigidnost koja je zajednička i za vrednosne sudove i za sumanutosti? Dalje, da li je možda ovaj aspekt deo Dezintegracije, a ne domena Otvorenosti? U prilog takvim razmišljanjima idu i rezultati nekih istraživanja koji pokazuju značajnost domena Otvorenosti za domen psihopatologije jer se pokazalo da O dimenzija ima visoko zasićenje merama psihopatologije kao što je subskala Ekscentričnih percepcija sa SNAP upitnika ili DAPP skala Potrage za stimulusima (prema Markon i sar., 2005).

Dalje, anksiozne ispitanike karakteriše očekivano anksiozno-depresivna simptomatologija (PAI skale Anksioznosti i Poremećaja povezanih sa anksioznošću i skala Depresivnosti), više aspekata Neuroticizma i modaliteti Depresivnosti i Somatoformne disregulacije sa DELTE. Dakle, opet potvrđujemo prisustvo dezintegracije i kod psihotičnih i kod neurotičnih ispitanika pri čemu su za psihotične ključni modaliteti dezintegracije oni koji se odnose na kognitivno-perceptivne aberacije, destabilizaciju različitih psiholoških sistema i defekt socijalnih aspekata ličnosti, a za neurotične ispitanike ključni modaliteti su depresivnost i somatoformne disregulacije, dakle afektivna disregulacija.

Na osnovu analize naših rezultata možemo zaključiti da je informativnost primenjenih instrumenata u vezi psihopatoloških entiteta, i to patocentričnog instrumenta i baterije koja uključuje i dimenzionalne instrumente, veoma slična, ali da Dezintegracija zapravo igra ključnu ulogu u detekciji i diferenciranju psihotičnosti i shizofrene simptomatologije. Solidna preciznost bazičnih dimenzija ličnosti u diferenciranju shizofrenih ispitanika rezultat je ključnog doprinosa Dezintegracije. Naime, ranija istraživanja, i u našoj sredini (Šaula-Marojević, 2007; Djurić-Jočić i sar., 2004) pokazuju da je petofaktorski model, odnosno NEO-PI-R, slab instrument u razlikovanju psihopatoloških grupa posebno nijansiranju ličnosnih predispozicija koje stoje u osnovi različitih psihopatoloških manifestacija (Djurić-Jočić i sar., 2004). Osetljivost NEO-PI-R-a je bila nulta za psihotične ispitanike jer NEO-PI-R nije uspeo da prepozna praktično nijednog psihotičnog ispitanika. U magistarskom radu Šaula-Marojević (2007) pokazuje da NEO-PI-R uspešno prepoznaje 20,7% shizofrenih, 31,3% afektivnih i nijednog ispitanika iz grupe drugi psihotični na nivou domena, a da uvođenje skorova sa DELTE značajno povećava klasifikacionu tačnost sve sve tri grupe psihotičnih. U našem istraživanju bazične dimenzije ličnosti (Velikih pet i Dezintegracija) tačno prepoznaju 40% shizofrenih odnosno 17,5% drugih psihotičnih ispitanika (na nivou širih dimenzija) odnosno 52,5% shizofrenih i 22,5% drugih psihotičnih (na nivou užih dimenzija) što je značajno poboljšanje klasifikacione tačnosti i rezultat je uključivanja Dezintegracije.

Ovakav nalaz obara i čest argument da samo-opisne tehnike nisu podesne za procenu dezintegracije odnosno psihotičnosti. Naravno, jedan od mogućih izvora ipak prisutnih klasifikacionih grešaka može biti i posledica nemogućnosti shizofrenih

ispitanika da imaju potpuni uvid u narušenost sopstvenog asocijativnog toka ili testa realiteta, ali registrujemo klasifikacione greške i za nepsihotične grupe ispitanika. Time jasno potvrđujemo mogućnost donošenja kliničkih odnosno dijagnostičkih odluka i na osnovu samo-opisnih tehnika.

Dalje, razmotrili smo i pitanje da li skorovi sa nivoa faceta uspješnije predviđaju kliničke dijagnoze od širokih domena. Većina istraživanja tvrdi da niži nivo odnosno nivo faceta poboljšava predikciju. Na prvi pogled to se dogodilo i u našem istraživanju. U našem istraživanju dobili smo gotovo impresivne podatke o klasifikacionoj tačnosti. Međutim, ako pokušamo da generalizujemo naše rezultate (kroz kros-validaciju čime smo značajno opet pooštrili kriterijum) vidimo da je povećanje klasifikacione tačnosti instrumenta na nižem nivou hijerarhije zapravo samo privid, jer se ne održava stabilno u drugim uzorcima. Zaključak je da možemo donositi zaključke i na osnovu širokih dimenzija, a da upotrebom nižih nivoa hijerarhije samo prividno povećavamo klasifikacionu tačnost. Ovakav nalaz sa stanovišta ekonomičnosti testiranja (u pogledu broja ajtema) je veoma značajan, jer znači da i upitnikom koji procenjuje bazične dimenzije dobijamo pouzdane i stabilne podatke.

Naše istraživanje je prevashodno imalo empirijski zadatak jer se bavilo proverom mogućnosti PAI-a da nam obezbedi dodatne informacije koje se odnose na psihopatološki status ispitanika, a da pri tom te informacije nisu već sadržane u instrumentima namenjenim merenju tzv. bazične strukture ličnosti. Međutim, osim tog pragmatičnog cilja rezultate našeg istraživanja možemo razmatrati i u sklopu konceptualno-teorijskih razmatranja komprehenzivnosti šestodimenzionalnog modela ličnosti i njegovog kapaciteta da obuhvati ključne psihopatološke klastere.

Jedan od pravaca razmišljanja jesu pitanja da li je prostor psihopatologije različit od prostora univerzalne, bazične strukture ličnosti? Da li postoje kvalitativne razlike ili se može razmišljati u pravcu širokog dimenzionalnog prostora koji obuhvata i univerzalnu strukturu ličnosti i psihopatologiju? Vidimo da su patocentričan instrument (koji pretenduje da bude mera psihopatologije) prilično slični u prepoznavanju patologije u odnosu na instrumente za procenu bazičnih dimenzija ličnosti. Dalje, zajednička faktorska analiza instrumenta namenjenog proceni psihopatoloških konstrukata (zasnovan na kategorijalnom određivanju) i inventara namenjenih proceni bazičnih dimenzija ličnosti (zasnovanog na dimenzionalnom modelu) produkovali su

zajedničku latentnu strukturu u kojoj zapravo nije bilo sadržaja izvan prostora bazičnih dimenzija ličnosti. „Velikih pet“ uz dezintegraciju su dovoljni da na sveobuhvatan i parsimoničan način opišu celokupan prostor i ličnosti i psihopatologije (barem onako kako je meri PAI). Još jedan zaključak se iz toga može izvesti, a to je da bez obzira da li upotrebljavamo dimenzionalne instrumente ili instrumente bazirane na kategorijalnom pristupu mi suštinski merimo isti prostor. Ovaj nalaz u skladu je i sa ranijim rezultatima istraživanja (na pr. O'Connor, 2002) koji je na širokom uzorku različitih mera i ličnosti i psihopatologije kroz različite uzorke pokazao da ne postoje razlike u dimenzionalnoj strukturi u osnovi tih instrumenata. Dakle, ne možemo govoriti o patološkim i nepatološkim dimenzijama ličnosti: celokupno ljudsko ponašanje pripada istom dimenzionalnom prostoru. U našem istraživanju dobili smo dokaz komprehenzivnosti šestofaktorskog dimenzionalnog modela ličnosti tj. njegovog kapaciteta da obuhvati ključne psihopatološke klastere.

Takodje, možemo razmotriti rezultat našeg istraživanja u svetlu razmatranja Dezintegracije kao bazične dimenzije ličnosti i njenog pozicioniranja u bazičnom prostoru ličnosti, kroz analizu zajedničkog latentnog prostora. Naime, naši rezultati su, očekivano, potvrdili replikabilnost petofaktorskog modela (uz izvesne manjkavosti o kojima će biti reči u daljem tekstu), ali je važniji nalaz o izdvajanju Dezintegracije kao široke dispozicija ličnosti koja ima svoj nezavisni sadržaj u odnosu na NEO-PI-R dimenzije. Naime, faktor dezintegracije se izdvojio kao prvi i najjači generator individualnih razlika i uz najbolju replikaciju pretpostavljenih indikatora. Još jači argument je činjenica da je faktor Dezintegracije objasnio čak trećinu ukupne varijanse skorova ispitanika u našem istraživanju što potvrđuje da se radi o najjačem generatoru individualnih razlika u prostoru ličnosti i psihopatologije definisanom sa šest bazičnih dimenzija.

Naravno, registrovali smo i izvesna odstupanja u odnosu na pretpostavljeni model ali ipak indikatori dimenzije Dezintegracije u našem istraživanju se potvrđuju kao bolje definisani i operacionalizovani. Ipak, odstupanja pozivaju na dalje eventualno preispitivanje nekih od njih. U našem istraživanju, samo se modalitet depresivnosti „prebacio“ na Neuroticizam (odnosno njegova varijansa je isljučivo objašnjena faktorom Neuroticizam, a ne očekivano Dezintegracijom), dok još tri indikatora

Dezintegracije imaju sekundarna zasićenja na faktorima izvan očekivanog i to su: Pojačana svesnost/EA (sekundarno zasićenje na faktoru Saradljivost), Zaravnjen afekat/FA (Neuroticizam) i Egzekutivna disfunkcija/GEI (Savesnost). Ovakvi rezultati se donekle razlikuju od ranijih istraživanja Dezintegracije (Šaula-Marojević, 2007, 2012). Zašto nam se modalitet depresivnosti „pomerio“ na faktor Neuroticizma? Jedno moguće objašnjenje je u skladu sa tradicionalnim konceptualizovanjem depresivnosti. Naime, iz perspektive dva veoma uticajna modela: petofaktorskog (Costa i Mc Crae, 1992) i Eysenck-ovog PEN modela (Eysenck, 1990) depresivnost je konceptualizovana kao jedan od krucijalnih aspekata Neuroticizma. Dalje, moguće objašnjenje jeste i da se depresivnost sastoji od različitih aspekata koji su specifično povezani sa neuroticizmom i dezintegracijom, pri čemu bi blaže kognitivne depresivne distorzije i afektivna disregulacija pripadala neuroticizmu, a depresivne sumanute ideje i psihotična depresivnost pripadale prostoru Dezintegracije. U našem uzorku nismo imali grupu afektivnih psihotičnih ispitanika, dakle nismo imali ispitanike sa psihotičnom depresivnošću, što je možda uticalo na dobijeni nalaz. Bez obzira, možemo zaključiti da se Dezintegracija u našem istraživanju izdvojila kao jedinstvena i nezavisna dispozicija od krucijalnog značaja za prostor bazične ličnosti i psihopatologije, čiji indikatori u celini nisu konvergirali ka nekoj od bazičnih pet dimenzija ličnosti.

Ipak, kada govorimo o nezavisnosti i snazi Dezintegraciju u odnosu na „Velikih pet“ ne treba prevideti i činjenicu da je Dezintegracija u odnosu na druge bazične dimenzije ličnosti bila zastupljena sa većim brojem ajtema, što je jednim delom moglo imati kao implikaciju „jačinu“ ovog faktora. I pored toga, i u ranijim istraživanjima na dobijeni su slični podaci (Šaula-Marojević, 2007) što ipak govori u prilog postuliranja Dezintegracija kao jedinstvenog svojstva ličnosti u odnosu na „Velikih pet“ .

Dalje, potvrdili smo snažnu konvergenciju sadržaja koji prema modelu predstavljaju modalitete Dezintegracije bez obzira na to da li oni potiču sa instrumenta koji je baziran na kategorijalnom shvatanju poremećaja (PAI) ili dimenzionalnom tretiranju psihozi-sličnog ponašanja (DELTA). Naime, već i pregled naziva skala PAI-a i modaliteta DELTE ukazuje na velika sadržinska preklapanja. Modaliteti Depresije, Manije, Paranoje i Somatoformne disregulacije imaju direktne pandane u PAI skalama Depresivnosti, Maničnosti, Paranoidnosti i Somatizaciji; modaliteti Egzekutivne disfunkcije, Perceptivnih distorzija i Magijskog mišljenja pokrivaju obuhvatnije

sadržaje koji su delimično obuhvaćeni skalom Shizofrenije sa PAI-a. Stoga je o potpuno očekivano što smo u našem istraživanju potvrdili snažnu kovergenciju tih sadržaja sa PAI-a ka dimenziji Dezintegracije u zajedničkom latentnom prostoru. Ipak, jasno je da Dezintegracija preciznije i obuhvatnije mapira prostor psihoticizma. S druge strane potvrđena je i divergencija sadržaja iz PAI-a koji prema modelu dezintegracije (Knežević i sar., 2008) ne pripadaju ovoj bazičnoj crti. To se pre svega odnosi na psihopatološke entitete povezane sa zloupotrebom supstanci i antisocijalnim karakteristikama (mada jednim delom antisocijalne karakteristike pripadaju crti Dezintegracije). Ipak, PAI skala Problema sa alkoholom (ALC) i Antisocijalnih karakteristika (ANT) napravile su očekivan otklon od dimenzije Dezintegracije i to ka dimenziji Ekstraverzije odnosno Agresivnosti (Saradljivost sa negativnim predznakom).

Što se tiše replikabilnosti petofaktorskog modela dobili smo očekivano dobru replikabilnost N, C i E faktora dok su se dimenzije A i posebno O pokazale nešto nestabilnijim u odnosu na ostale. Najverovatnije objašnjenje dobijenih odstupanja leži u veličini uzorka koji je bio manji od preporučenog s obzirom da je radjena analiza latentne strukture sa dosta velikim brojem varijabli (čak 51 varijabla) na relativno malom uzorku (160 ispitanika).

Ono što smo takodje potvrdili jeste da se u prostoru psihopatologije dimenzija Otvorenosti najlošije reprodukovala: svega dva aspekta (O4 i O6) su potvrdili svoju pretpostavljenu pripadnost faktoru Otvorenosti dok su tri aspekta prešla na faktor Saradljivosti, a jedan na faktor Savesnosti, dok značajna sekundarna zasićenja na faktoru Dezintegracije imaju čak tri faceta Otvorenosti pri čemu facet O6 ima gotovo podjednaka zasićenja na faktoru Dezintegracije i Otvorenosti. Sličan nalaz dobija se i u ranijim istraživanjima (Šaula-Marojević, 2007, 2012). U budućoj DSM-V klasifikaciji postignut je konsenzus kojim je dimenzija Otvorenosti je zamenjena dimenzijom Psihoticizma (APA, 2012).

I na kraju ostaje pitanje pragmatične primene dobijenih empirijskih podataka što je od velike važnosti za oblast kliničke psihologije i procene ličnosti. Ono što možemo sa sigurnošću reći jeste da su kliničari dobili nov i solidan instrument za procenu psihopatoloških konstrukata. Radi se o instrumentu sa zadovoljavajućim metrijskim karakteristikama koji sa svojim sadržajem korespondira sa potrebama kliničara u praksi.

Ono što prilikom donošenja dijagnostičkih sudova treba imati na umu jeste izvesna mana PAI inventara u identifikovanju shizofrenih ispitanika. U svakom slučaju, naše istraživanje je radjeno na malom i prigodnom uzorku, i zbog toga ima svoja značajna ograničenja. Ipak, na osnovu dobijenih rezultata smatramo da se PAI pokazao kao instrument koji „obećava“ i da bi bilo korisno pristupiti procesu njegove standardizacije u našoj sredini. PAI ima velike prednosti u odnosu na „konkurentske“ instrumente jer ima značajno manji broj ajtema (na pr. u odnosu na MMPI-2) i nije analogan dijagnostičkim kriterijumima međunarodnih klasifikacija bolesti (kao MCMI) već identifikuje mere ispitanika na psihopatološkim entitetima koji će ostati deo procene i komunikacije medju kliničarima bez obzira na promene u budućim klasifikacijama mentalnih poremećaja.

Ograničenja istraživanja

Glavno ograničenje našeg istraživanja odnosi se na veličinu uzorka posebno kada se ima u vidu da su korišćene multivarijantne statističke procedure koje zahtevaju veći broj ispitanika. Neka odstupanja rezultata od očekivanih (na primer nesavršena replikacija petodimenzionalnog modela) verovatno su posledica malog broja ispitanika. U svakom slučaju ovo istraživanje je pilot istraživanje sa novim instrumentom, radjeno na prigodnom uzorku i predstavlja tek prvi korak u istraživanju relativno novog instrumenta koje može dati početne naznake da vredi pristupiti standardizaciji PAI instrumenta i u našoj sredini.

Drugo važno ograničenje proističe iz činjenice da nismo koristili celokupni dijagnostički potencijal PAI instrumenta jer smo sve analize radili samo na kliničkim skalama, odnosno skalama za procenu psihopatoloških entiteta. Takva odluka je doneta primarno zbog nemogućnosti replikacije originalne faktorske strukture na svim skalama. Takođe, s obzirom da nam je cilj istraživanja bio poredjenje patocentričnog i „univerzalnih“ instrumenata, isključili smo iz analize sve skale koje nisu mere psihopatoloških konstrukata. Stoga je zadatak za buduća istraživanja ispitivanje dijagnostičke moći PAI instrumenta uzimajući u obzir njegov celokupni dijagnostički potencijal.

7 LITERATURA

- Allardyce, J., Suppes, T. i Van Os, J. (2007). Dimensions and the psychosis phenotype. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), 34-40.
- Almagor, M., Tellegan, A. i Waller, N.G. (1995) The Big seven Model; a cross-cultural replication and further exploration of the basic dimensions of natural language of trait descriptions, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2), 300-307.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 4th ed., text rev.
- American Psychiatric Association. DSM – V Development, www.dsm5.org
- Andersen, A.A. i Bienvenu, O.J. (2011). Personality and psychopathology. *International Review of Psychiatry*, 23, 234-247
- Andersen, B. (2000). Six Basic Dimensions and a Seventh factor of Generalized Dysfunctional Personality: A Diathesis System Covering all Personality Disorders. *Neuropsychobiology*, 41: 5-23.
- Andreasen, N.C., Arndt, S., Allinger, R., Miller, D., Flaum, M. (1995). Symptoms of schizophrenia: methods, meanings and mechanisms. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 341-351.
- Andresen, B. (2000). Six Basic dimensions of Personality and a Seventh factor of Generalized Dysfunctional Personality: A Diathesis System Covering all Personality Disorders. *Neuropsychobiology*, 41, 5-23.
- Asai, T., Sugimori, E., Bando, N. i Tanno, Z. (2011) The hierarchic structure in schizotypy and the five-factor model of personality. *Psychiatry Research* 185, 78-83.
- Ashton, M. C. and Lee, K. (2005). Honesty-humility, the Big Five, and the Five Factor Model, *Journal of Personality*, 7, 1321–53.
- Ashton, M. C. and Lee, K., Perugini, M., Szarota, P., de Vries, R.E., Di Blas, L. i sar. (2004). A six factor structure of personality descriptive adjectives: Solutions from psycholexical studies in seven languages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 353-366.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 150-166.
- Ashton, M. C., Lee, K. i Goldberg, L.R. (2004). A hierarchical analysis of 1, 710 English personality descriptive adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(5), 707-721.
- Ashton, M. i Lee, K. (2002). Six Independent Factors of Personality Variation: A response to Saucier. *European Journal of Personality*, 16, 3-75.

- Ashton, M.C. i Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, 15, 327-353.
- Bagby, R.M., Bindseil, K.D., Schuller, D.R., Rector, N.A., Young, T.L., Cooke, R.G., Seeman, M.V., Mccay, E.A. i Joffe, R.T. (1997). Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 70, 83-94.
- Bagby, R.M., Ryader, A.G., Ben-Dat, D., Bacchioli, J. i Parker, J.D.A. (2002). Validation of the dimensional factor structure of the personality psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 16 (4), 304-316.
- Bagge CL, Trull TJ. (2003). DAPP-BQ: factor structure and relations to personality disorder symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 19-32.
- Barick, M.R. i Mount, M.K. (1991). The Big five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, 1-26.
- Belter, R.W. i Piotrowski, C. (2001). Current status of doctoral level training in psychology testing. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 6, 717-726.
- Benet, V. i Waler, N.G. (1995). The Big Seven factor model of personality descriptions: Evidence for its cross-cultural generality in a Spanish sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 710-718.
- Benet-Martinez, V. i Waller, N.G. (1997). Further evidence for the cross-cultural generality of the Big Seven Model: indigenous and imported Spanish personality constructs, *Journal of Personality*, 65, 567-598.
- Ben-Porath, Y. i Tellegan, A. (2008). *MMPI-2 RF: Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Bentall, R.P. , Claridge, G. i Slade, P. (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: a factor analytic study with normal subjects, *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 363-375.
- Berenbaum, H. i Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 148-158.
- Bilder, R.M., Mukherjee, S., Reider, R.O. (1985). Symptomatic and neuropsychological components of defect state. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 409-419.
- Blais, M.A. (2010). The common structure of normal personality and psychopathology: preliminary exploration in a non-patient sample. *Personality and Individual Differences*, 48, 322-326.
- Blumberg, H.H. (2001). The common ground of natural language and social interaction in personality descriptions. *Journal of Research in Personality*, 35, 289-312.

- Boccaccini, Marcus T.; Brodsky, Stanley L. (1999). Diagnostic test usage by forensic psychologists in emotional injury cases, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 30(3), 253-259.
- Brod, J.H. (1997) Creativity and schizotypy. U: G. Claridge (Ed.). *Schizotypy: implications for illness and health*, 3-18. Oxford University Press
- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2005). Categorical vs dimensional classification of mental disorders in *DSM-V* and beyond. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 551-556.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. i Kaemmer, B. (1989). *Manual for administration and scoring Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Dahlstrom, W.G. i Kaemmer, B. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring (Rev.ed.)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press
- Camisa, K.M., Bockbrader, M.A., Lysaker, P., Rae, L.L., Brenner, C.A. I O'Donnell, B.F. (2005). Personality traits in schizophrenia and related disorders. *Psychiatry Research*, 133, 23-33.
- Caprara, G.V. i Cervone, D. (2003). *Ličnost: determinante, dinamika i potencijali*. Dereta, Beograd.
- Cardno, A.G., Jones, L.A., Murphy, K.C. Asherson, P, Scott, L.C., Williams, J., Owen, M.J. i McGuffin, P. (1996). Factor analysis of schizophrenic symptoms using the OPCRIT checklist. *Schizophrenia Research*, 22, 233-239.
- Catell, R. B. i Catell, H.E.P. (1995). Personality structure and the new fifth edition of 16PF. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 926-937.
- Catell, R.B. (1990). Advanced in Cattellian Personality Theory. U knjizi: L.A.Pervin (Ur.): *Handbook of Personality. Theory and research* (str. 101.110). New York, London, The Guilford Press.
- Chmielewski, M. i Watson, D. (2008). The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: Item-level factors of the schizotypal personality questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 117(2), May 2008, 364-376.
- Claridge, G. (1997). Theoretical background and issues. U: G. Claridge (ed.). *Schizotypy: implications for illness and health*, 3-18. Oxford University Press.
- Claridge, G., McCreery, C, Mason, O, Bentall, R., Boyle, G., Slade, P. i Popplewell, D. (1996). The facotr structure of schizotypal traits: a large replication study. *British journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.

- Clark, L. A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.
- Clark, L.A. (2005). Temperament as unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 505-521.
- Clark, L.A., Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Irish, S. (1996). The structure of maladaptive personality traits: convergent validity between two systems. *Psychological Assessment, 8*, 294-303
- Clark, L.A. i Livesley, W.J. (2002). Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: Convergence on the five-factor model. In P. T. Costa, Jr.; T. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality, 2nd Ed.* (pp. 161-176). Washington, D.C.: American Psychological Association. (Originally published in 1994).
- Cloninger, C.R. (2000). A Practical Way to Diagnosis Personality Disorder: A Proposal. *Journal of Personality Disorders, 14*, 2, 99-108.
- Cohen, R.J., Swerdlik, M.E. (1999). *Psychological Testing and Assessment (An Introduction to Tests and Measurement)*. Mayfield Publishing Company, Mountain View, California.
- Costa, P.T. i McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. i McCrae, R.R. (1997). Stability and Change in Personality Assessment: The Revised NEO PI Personality Inventory in the year 2000. *Journal of Personality Assessment, 68*, 86-94.
- Costa, P.T. i McCrae, R.R., (1992). *Revisited NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)-Professional Manual*. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Costa, P.T. i Widiger, T.A. (1994). *Personality disorders and five factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Van Leeuwen, K.V. i Mervielde, I. (2006). The structure of maladaptive traits in childhood: A step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 639-657.
- De Raad, B. (2009). Structural models of Personality. In Corr, P.J. i Matthews, G. (Eds.) *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Cambridge University Press.
- De Raad, B. i Barends, D.P.H. (2008). A new taxonomy of dutch personality traits based on comprehensive and unrestricted list of descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*, 347-364.
- De Raad, B., Perugini, M., Hrebíková, M. i Szarota, P. (1998). Lingua franca of personality: Taxonomies and structures based on psycholinguistic approach. *Journal of Cross Cultural Psychology, 29*, 212-232.

- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology, 41*, 417-440.
- Digman, J.M. (1996). The Curious history of the Five-Factor Model. U knjizi: J.S. Wiggins (Ed.). *The Five-Factor Model of Personality – Theoretical perspectives*, 1-21, New York, London: Guilford Press
- Djuric-Jocic, D., Dzamonja–Ignjatovic, T., & Knezevic, G. (2004). *NEO PI-R: Primena i interpretacija*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
- Durett, C. i Trull, T.J. (2005). An evaluation of evaluative Personality Terms: A comparasion of the Big seven and Five-Factro Model in Predicting psychopathology. *Psychological Assessment, vol 17, No 3*, 359-368.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1960). Classification and the problem od diagnosis. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology* (pp. 1-31). London: Pitman.
- Eysenck, H. J. (1977). Personality and factor analysis: A reply to Guilford. *Psychological Bulletin, 84*, 405-411.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.) *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66-98). New York, London: Guilford Press.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3? - Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences, 12*, 773-790.
- Eysenck, H.J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Eysenck, H.J. (1952). *The scientific study of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Eysenck, H.J. (1987). The Definition Of Personality Disorders and the Criteria Appropriate For Their Description. *Journal of Personality Disorders: 1,3*, 211-219.
- Eysenck, H.J. (1994). Normality-Abnormality and the Three-factor Model od Personality. U knjizi: Strack, S. I Lorr, M. (Eds): *Differentiating normal and abnormal personality*, Springer Publishing Company, New York, 3-26.
- Eysenck, H.J. i Eysenck, S.B.G. (1976). *Psyhoticizm as a dimension of personality*. Holder and Stghton, London.
- Fegelj, S. (2003). *Psihometrija (Metod i teorija psihološkog merenja)*. Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
- First, M.B., Bell, C.C., Cuthbert, B., Krystal, J.H., Malison, R., Offord, D.R. i sar. (2002). Personality disorders and relational disorders. U: Kupfer, D.J., First, M.B. i Reiger, D.A. (Eds.). *A research agenda for DSM-V* (str. 123-200). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Fitzgerald, P.B., de Catella, A.R., Brewer, K., Folia, K., Colling, J., Davey, P., Rolfe, T. i Kulkarni, J. (2003). A confirmatorz factor analytic evaluation of the pentagonal PANSS model. *Schizophrenia Research*, 61, 97-104.
- Forbush, K.T. i Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 97-108.
- Fossati, A., Raine, A., Carreta, ., Leonardi, B. i Maffei, C. (2003). Three-factor model of schizotypal personality: Invariance across age and gender. *Personality and Individual differences*, 35, 1007-1019.
- Furukawa, T., Shirou, H., Shin'ichi, Y., Masayasu, T., Nakanishi, M. I Toshihiko, H. (1998). Premorbid personality traits of patients with organic (ICD-10F0), schizophrenic (F2), mood (F3) and neurotic (F4) disorders according to the five-factor model of personality. *Psychiatry Research*, 179-187.
- Goldberg, L.R. (1990). An alternative "Description of Personality". The Big five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.
- Groves, J.A. I Engel, R.R. (2007). The German Adaptation and Standardization of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 49-56.
- Guerra, R.J., Nestor, P.G., O'Donnel, B.F. (2000). Personality traits in schizophrenia: Comparasion with a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 31-35.
- Harkness, A.R. i McNulty, J.L. (1994) The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the Pages of Diagnostic Manual nstead of a dictionary. Iz knjige: Strack, S.S. i Lorr, M. (Eds.) *Differentiating Normal and Abnormal Personality*, Spriger Publishing Company, New York.
- Harlan, E., & Clark, L. A. (1999). Short forms of the schedule for nonadaptive and adaptive personality (SNAP) for self- and collateral ratings: Development, reliability, and validity. *Assessment*, 6, 2, 131-145.
- Hathaway, S.R. i McKinley, J.C. (1967). *MMPI manual* (rev.ed.). New York: Psychological Corporation.
- Jackson. D.N. (1970). The dynamics of structured personality tests. *Psychological Review*, 78, 229-248.
- Jang, K.L., Livesley, W.J. (1999). Why do measures of normal and disordered personality correlate? A study of genetic comorbidity. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 10-17.
- John, O. (1990). The „Big five“ Factor Taxonomy: Dimensions of Personality in the Natural Language and Questionnaires. In L.A: Pervin (Eds.) *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 66-98). New York, London: The Guilford Press.

- Jones. P. i Tarrant, C.J. (2000). Developmental precursors and biological markers for schizophrenia and affective disorders: Specificity and public health implication. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 286-291.
- Kendell, R.E. (1991). The major functional psychoses: Are they independent entities or part of a continuum? Philosophical and conceptual issues underlying the debate. U: Kerr, A. i McClelland (Eds), *Concepts of mental disorder; A continuing debate* (str. 1-16). London: Gaskell.
- Kentras, M., Smith, T.E., Hull, J., McKee, M., Terkelsen, K. I Capalbo, C. (1997). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder. A pilot project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 549-555.
- Kerry L. Jang and W. John Livesley (1999). Why do Measures of Normal and Disordered Personality Correlate? A Study of Genetic Comorbidity. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 13, No. 1, pp. 10-17.
- Keyes, K.M., Eaton, N.R., Krueger, R.F., Skodol, A.E. , Wall, M.M.; Grant G.B., Siever, L.J. i Hasin, D.S. (2013). Though disorder in the meta-structure of psychopathology, *Psychological Medicine*, on-line available on CJO2012. doi:10.1017/S0033291712002292K
- Knežević, G., Džamonja-Ignjatović, T. i Djurić-Jočić, D. (2004). *Petofaktorski model ličnosti*. Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
- Knežević, G., Savić, D., Opačić, G., Kutlešić, V. (2005). Konceptualna i metrijska rekonceptualizacija psihoticizma kao bazične crte ličnosti. *XI naučni skup: Empirijska istraživanja u psihologiji*, Beograd.
- Knežević, G., Savić, D., Kutlešić, V., Jović, V. Opačić, G i Šaula, B. (2012, u pripremi). Running Head: desintegration : A basic Personality Trait. Desintegration: A Reconceptualization of Psychoticism as a Basic Personality Trait.
- Knežević, G., Radović, B. i Opačić, G. (1997). Evaluacija „Velikih pet” modela ličnosti kroz analizu inventara ličnosti NEO-PI-R, *Psihologija*, 1-2,7-40.
- Knežević, G. (2011). Dezintegracija kao bazična crta ličnosti. *Usmena prezentacija na Institutu za psihijatriju Kliničkog centra Srbije*
- Kotov, R., Chang, AW, Fochtmann, L.J., Mojtabai, R, Carlson, G, Sedler, M.J. I Bromet, E.J. (2011). Schizophrenia in the Internalizing-Externalizing Framework: A third dimension? *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1168-1178.
- Kotov, R., Gamez, W. I Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G., & McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 411-424.

- Krueger, R.F. (1999). The Structure of Common Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Krueger, R.F. (2005). Continuity of Axes I and II: toward a unified model of personality, personality disorders and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 233-261.
- Krueger, R.F. i Markon, K.E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
- Krueger, R.F. i Tackett, J.L. (2003). Personality and Psychopathology: Working Toward the Bigger Picture. *Journal of Personality Disorders*, 17(2), 109-128.
- Krueger, R.F., Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A. (1996). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 216-227.
- Krueger, R.F., McGue, M. i Iacono, W.G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30, 1245-1259.
- Larstone RM, Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, Wolf H.(2002). The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality and traits delineating personality disfunction. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 25-37.
- Lee, K. and Ashton, M. C. (2006). Further assessment of the HEXACO Personality Inventory: two new facet scales and an observer report form, *Psychological Assessment* ,18, 182–91.
- Liddle, P.F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: a reexamination of positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. (1998). Phenotypic and Genetic Structure of Traits Delineating Personality Disorder. *Archive of General Psychiatry*, 55,10, 941-948.
- Livesley, W. J.(2001). Conceptual and taxonomic issues. U: Livesley, W. J. (Ed.). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment.*, 3-38. New York, NY, US: Guilford Press.
- Livesley, W.J. (1985). The classification of personality disorder: The choice of category concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43,137-147.
- Livesley, W.J. (1998). Suggestions for framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- Livesley, W.J. (2005). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 131-155.

- Livesley, W.J. i Jackson, D.N. (1986). The internal consistency and factorial structure of behaviors judged to be associated with DSM-III personality disorders. *American journal of Psychiatry*, 143, 1473-1474.
- Livesley, W.J. i Jackson, D.N. (2009). Dimensional Assessment of Personality Pathology – basic Questionnaire. Port Huron, MI: Research Psychologists Press.
- Livesley, W.J., Jackson, D.N. i Schroeder, M.L. (1992). Factorial structure of traits delineating personalitz disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 432-440.
- Livesley, W.J., Jang, K.L. i Vernon, P.A. (1998). Phenotypic and geentic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Livesley, W.J., Reiffer, L.I., Sheldon, A.E.R., West, M. (1987). Prototypicality ratings of DSM-II criteria for personality disorders. *Journal Nerv. Ment. Dis.*, 175, 395-401.
- Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments od psychological theory. *Psychological Reports*, 3, 635-694.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Psychodynamic approaches of depression: Whither shall we go? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74, 1-3.
- Maher, B.A. i Maher, W.B. (1994). Personality and Psychopathology: A Historical Perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1, 71-77.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. i Schutte, N.S. (2005). The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 2, 101-114.
- Markon, K. E. (2010).. Modeling psychopathology structure: a symptom-level analysis of Axis I and II disorders. *Psychological Medicine*, 40, 273-288.
- Markon, K.E., Krueger, R.F., Bouchard, T.J. i Gottesman, I.I. (2002). Normal and abnormal personality traits: Evidence for genetic and enviromental relationships in the Minnesota twin study of twins reared apart. *Journal of Personality*, 70, 661-694.
- Markon, Kristian E.; Krueger, Robert F.; Watson, David (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 1, 139-157.
- Maruta T, Yamate T, Limori M, Kato M, Livesley WJ. (2006). Factor structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire and its relationship with the Revised NEO Personality Inventory in a Japanese sample. *Comprehensive Psychiatr*, 47, 6, 528-533.
- Mason, O., Claridge, G. i Williams, L. (1997). Questionnaire measurement. In G. Claridge (Ed.). *Schizotypy: Implications for illness and health*, 19-37, Oxford: Oxford University Press.

- Mason, O., Claridge, G. i Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy, *Personality and Individual differences*, 18, 7-13.
- Mason, O., Claridge, G. I Williams, L. (1997). Questionnaire measurement. U : G. Claridge (Ed.). *Shizotypy: implications for illness and health*, 19-37. Oxford University Press
- Mc Crae, R.R. (2006). Psychopathology from the Perspective of the Five Factor Model. Iz knjige: Strack, S. (Eds.) *Differentiating Normal and Abnormal Personality*, Springer Publishing Company, New York.
- Mc Crae, R.R., Costa, P.T., de Lima, M.P., Simoes, A., Ostendorf, F., Angleitner, A. i sar., (1999). Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures. *Developmental Psychology*, 35, 466-477.
- McCrae RR, Terracciano A. (2005). 87 Members of the Personality Profiles of Cultures Project. Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 3, 547-561.
- McCrae, R. R. (2001). Trait psychology and culture: exploring intercultural comparison. *Journal of Personality*, 69, 819-46.
- McCrae, R. R. (2006). Psychopathology from the perspective of the five factor model. U: Strack, S. (Ed.). *Differentiating normal and abnormal personality*. (2 edition), Springer Publishing Company, New York.
- McCrae, R. R. and Allik, J. (Eds.) 2002. The Five-Factor Model of personality across cultures. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- McCrae, R. R. and Costa, P. T. (1985). Updating Norman's 'adequate taxonomy': intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 710-21.
- McCrae, R.R. and Costa, P.T. (1995). *Personality in adulthood. A five-factor theory perspective (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- McCrae, R.R. and Costa, P.T. (1995). Positive and negative valence within the five factor model. *Journal of Research in Personality*, 29, 443-460.
- McCrae, R.R. (1994). Psychopathology from the Perspective of Five factor model. U knjizi: Strack, S. I Lorr, M (Eds). *Differentiating Normal and Abnormal Personality*, str.pp. 51-64) Springer Publishing Company, New York.
- McCrae, R.R. (2009). The Five-Factor Model of personality traits: consensus and controversy. In: *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Philip J. Corr and Gerald Matthews, Cambridge University Press.
- McCrae, R.R. i John, O.P. (1992). An introduction to the five factor model and its applications. *Journal of Personality*, 61, 1-26.

- McCrae, R.R., Costa, P. T., Martin, T. A., Oryol, V. E., Rukavnishnikov, A. A., Senin, I. G., Hrebickova, M. and Urbanek, T. (2004). Consensual validation of personality traits across cultures, *Journal of Research in Personality*, 38,179–201.
- McCrae, R.R. and Costa, P.T. (2003). *Personality in adulthood: a Five-Factor Theory perspective*, 2nd end. New York: Guilford.
- McCreery, C. i Claridge, G. (1995). Out-of-the-body experiences and personality, *Journal of Society for Psychological Research*, 60, 129-148.
- Meehl, P. E. (1995). Bootstraps taxometrics: Solving the classification problem in psychopathology. *American Psychologist*, 50, 266-275.
- Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Millon, T., Krueger, R.F. i Simonsen, E. (2010). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. The Guilford Press, New York.
- Millon, T., Millon, C. i Davis, R. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- MKB -10, Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Dijagnostički kriterijumi za istraživanje (1998)*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
- Momirović, K I Kostić, P. (1998). Progresivna teorija ili pogrešni testovi: rezultati dobijeni analizom različitih verzija Eysenck-ovog upitnika EPQ. U: Momirović, K (Ed.). *Realnost psiholoških konstrukata*, Beograd, Srbija, Institut za psihologiju, Filozofski fakultet i Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd.
- Momirovic, K. (1998). *O realnoj egzistenciji psiholoških konstrukata* U: K. Momirovic (Ur.), *Realnost psiholoskih konstrukata* (pp. 120-128). Beograd, Srbija: Institut za psihologiju, Filozofski fakultet i Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Momirović, K., Wolf, B., Džamonja, Z. i Hošek, A. (1993). *Delta 4/D- Psihoticizam kod dece teorija i merenje*. Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
- Morey, L.C. (1991). *The Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C. (1996). *An interpretative guide to the Personality Assessment Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C. (1998). Teaching and learning the Personality Assessment Inventory (PAI) u knjizi: Handler, L. i Hilsenroth, M.J. (Eds.): *Teaching and Learning Personality Assessment* (pp.191-214). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Mullins-Sweatt, S.N. i Widiger, T.A. (2006). The Five-Factor Model of Personality Disorder – A translation across Science and Practice. Iz knjige: Krueger, R.F. i Tackett, J.L. *Personality and Psychopathology* (pp.39-70) The Guilford Press, New York, London.

- O'Connor, B.P. (2002). The Search for Dimensional Structure Differences Between Normality and Abnormality: A Statistical Review of Published data on Personality and Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 4, 962-982.
- O'Connor, B.P. i Dyce, J. A. (1998). A test of models of personality disorder configuration. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 3-16.
- Oldham, J.M. i Skodol, A.E. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorder*, 14, 17-29.
- Paulhus, D.L. I Williams, K.M. (2002). The Dark Triad of personality: narcissism, machiavellianism and psychopathy. *Journal of Research in personality*, 36, 556-563
- Paunonen SV, Keinonen M, Trzebinski J, Fristerling F, Frishenko-Roze N, KouznetsovaL, Chan DW. (1996). The structure of personality in six cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27, 3, 339-353.
- Paunonen, S.V. (2002). *Design and construction of the Supernumerary Personality Inventory*, Research Bulletin, 763. London, ON: University of Western Ontario.
- Peabody, D. and De Raad, B. (2002). The substantive nature of psycho lexical personality factors: a comparison across languages, *Journal of Personality and Social Psychology* 83, 983–97.
- Peralta V, Cuesta MJ. (2001) How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophrenia Research*, 49, 3, 269-285.
- Peralta V. i Cuesta, M.J. (2001). How many and witch are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophrenia research*, 49, 269-285.
- Peralta, V. I Cuesta , M.J. (1998). Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 44, 107-114.
- Peralta, V., Cuesta, M.J. i de Leon, J. (1994). An empirical analysis of latent structures underlying schizophrenic symptoms: a four syndrome model. *Biol. Psychiatry*, 36, 726-736.
- Piotrowski, C I Belter, R.W. (1999). Internship Training in Psychological Assessment: Has Managed Care had an Impact? *Assessment*, 6, 381-389.
- Quirk, Stuart W.; Christiansen, Neil D.; Wagner, Stephen H.; McNulty, John L.(2003). On the Usefulness of Measures of Normal Personality for Clinical Assessment: Evidence of the Incremental Validity of the Revised NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 15, 3, 311-325.
- Raine, A. (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotipal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin* 17, 555-564.

- Rawling, D, Williams, B, Haslam, N. i Claridge, G. (2008). Taxometric analysis supports a dimensional latent structure for schizotypy. *Personality and Individual differences*, 44, 1640-1651.
- Rawlings, D., Haslam, N, Williams, B I Claridge, G. (2008). Taxometric analysis supports a dimensional latent structure for shizotypy. *Personality and Individual differences*, 44, 1540-1651.
- Ross, S.R., Lutz, .J. I Bailey, S.E. (2002). Positive and negative symptoms and the five-factor model: A domain and facet level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 79, 53-72
- Rounsaville, B.J, Alarcon, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. U knjizi: Kupfer, D.J. First, M.B. i Regier D.E. (Eds). *Research agenda for DSM-V. Washington. DC. American Psychiatric Association.*
- Roysamb, E., Kendler, K.S., Tambs, K, Orstavik, R.E., Neale, M.C., Aggen, S.H., Torgersen, S. i Reichborn-Kjennerund, T. (2011). The joint structure of DSM-IV Axis I and Axis II Disorders. *Journal of Personality Psychology*, 120, 198-209.
- Saucier, G. i Goldberg, L.R. (1998). What is beyond the Big five? *Journal of Personality*, 66, 495-524
- Saucier, G. (2002). Gone too far- or not far enough? Comments on the article by Ashton and Lee (2001). *European Journal of Personality*, 16, 55-62.
- Saucier, G. i Goldberg, L.R. (1996). Evidence for the Big five in analyses of familiar English personality adjectives. *European Journal of Personality*, 10, 61-77.
- Saucier, G. i Goldberg, L.R. (2001). Lexical studies of indigenous personality factors: Premises, products and prospects. *Journal of Personality*, 69, 847-880.
- Šaula- Marojević, B. (2007). *Validacija konsrukta dezintegracije konativnih funkcija na kliničkoj populaciji*. Magistarska teza odbranjena na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Beogradu.
- Saulsman,L.M. I Page, A.C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
- Schroeder, M.L., Wormworth, J.A. i Livesley, W.J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationship to the Big five dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 4, 1, 47-53.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S. i Bagby, R.M. (2008). Personality and psychopathology: mapping the MMPI-2 restructured clinical (RC) scales onto the five factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 22, 291-312.
- Serreti, A., Rietschel, M., Lattuada, E., Krauss, H., Schulze, T.G., Muler, D.J., Maier, W. I Smeraldi, E. (2001). Major psychosis symptomatology: Factor analysis of 2,241 psychotic subjects. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neroscience*, 251, 193-198.

- Serretti, A. I. Olgiati, P. (2004). Dimensions of major psychoses: a confirmatory factor analysis of six competing models. *Psychiatry Research*, 127, 101-109.
- Siever, L. I. Davis, K. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Slade, T. I. Watson, D. (2006). The structure of common DSM-IV and ICD-X mental disorders in the Australian general population. *Psychological Medicine*, 36, 1593-1600.
- Strack, S. I. Lorr, M. (Eds) (1994). *Differentiating normal and abnormal personality*, Springer Publishing Company, New York.
- Stuart, G.W., Pantelis, C., Klimidis, S. I. Minas, I.H. (1999). The three-syndrome model of schizophrenia: Meta-analysis of an artifact. *Schizophrenia Research*, 39, 233-242.
- Tackett, J.L., Silberschmidt, A.L., Krueger, R.F. i Sponheim, S.R. (2008). A dimensional model of personality disorder incorporating DSM cluster A characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 117,2,454-459.
- Tien, A.Y., Costa, P.T. I Eaton, W.W. (1992). Covariance of personality, neurocognition and schizophrenia spectrum traits in community. *Schizophrenia Research*, 7, 149-158.
- Tromp NB, Koot HM. Dimensions of Normal and Abnormal Personality: Elucidating DSM-IV Personality Disorder Symptoms in Adolescents. *Journal of Personality* 2010; 78(3):839-864.
- Trull, T.J. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 262-282.
- Tyrer, P i Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1593-1597.
- Van der Gaag, M, Cuijpers, A, Hoffman, A, Remijsen, M, Hijman, R, de Haan, L, van Meijel, B, van Harten, P.N, Valmaggia, L, de Hert, M I Wiersma (2006). The five-factor of the Positive and Negative Syndrome Scale I: Confirmatory factor analysis fails to confirm 25 published five-factor solutions. *Schizophrenia Research*, 85, 273-279.
- Van der Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., White, I., Murray, R. (1999). A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological Medicine*, 29, 595-606.
- Van der Os, J., Jones, F.P., Harvey, I., Sharm, P., Lewis, S., Bebbington, P. Toon., B., Williams, M., Murray, M. (1996). Psychopathological syndromes in the functional psychoses: association with course and outcome., *Psychological Medicine*, 26, 161-176.
- Vollebergh, W.A.M., Iedema, J, Bijl, R.V., de Graaf, R., Smith, F. I Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 597-603.
- Vollema, M.G. I Hoijtink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 565-575.

- Vollema, M.G. i van der Bosch, R.J. (1995). The multidimensionality of syhizotypy, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 19-31.
- Watson, D. & Clark, L. A. (2006). Clinical diagnosis at the crossroads. *ClinicalPsychology: Science and Practice*, 13, 3, 210–215.
- Watson, D. (2003a). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnoramal Psychology*, 112,2, 298-305.
- Watson, D. (2003b). Subtypes, Specifiers, Epicycles, and Eccentrics: Toward a More Parsimonious Taxonomy of Psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 233–238.
- Watson, D. (2003c). To dream, perchance to remember: Individual differences in dream recall. *Personality and Individual Differences*, 34, 1271-1286.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114,4, 522-536.
- Watson, D., Clark, L.A., Chmielewski, M. (2008). Structures of Personality and Their Relevance to Psychopathology: Further Articulation of a Comprehensive Unified Trait Structure. *Journal of Personality*, 76, 6, 1545-1585.
- Westen D, Shedler J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156, 273–285.
- Westen D, Shedler J. (1999a) Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258–272.
- Westen, D. i Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorder*, 14, 109-126.
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 810-822.
- Widiger, T. A. i Frances, A.J. (1985). The DSM-III personality disorders: perspectives from psychology. *Archives of General psychiatry*, 42, 615-623.
- Widiger, T. A. i Frances, A.J., (2002). Toward a dimensional model for the personality disorders. U: Costa, P.T.,i Widiger, T. A. (Ed.):. *Personality disorders and the five-factor model of personality* (Second edition), 23-44. Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders--fifth edition, *Journal of Abnormal Psychology*, 114,4, 494-504.
- Widiger, T.A, Costa P.T I Mc Crae, R.R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five factor model. Iz knjige: Widiger, T.A. i Costa, P.T. (Eds.) *Personality disorders and five-factor model of personality* (2and edition), 431-456. Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, 10(2), 103-106.
- Widiger, T.A. i Costa, P.T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 78-91.
- Widiger, T.A. i Smith, G.T. (2008). Personality and psychopathology. Iz : Johns, O.P, Robins, R.W. i Pervin, L.A. (Eds). *Handbook of personality: Theory and research*. The Guilford Press, New York, London.
- Widiger, T.A. i Trull, J.T. (1992). Personality and psychopathology: An application of the Five-factor model. *Journal of Personality*, 60 (2), 363-393.
- Widiger, T.A.(1998). Four out of five ain' t bad. *Archives of General psychiatry*, 55, 865-866.
- Widiger, T.A.(2002) Values, politics and science in the construction of DSMs. Iz knjige: Sandler, J. (Ur.) *Descriptions and prescriptions: Values, mental disorders and DSMs*, (pp.25-41) Baltimor: John Hopkins University Press.
- Widiger, T.A., Simonsen, E., Krueger, R.F., Livesley, J.W. i Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19, 315-338.
- Widiger, T.A., Trull, T.J., Clarkin, J.F., Sanderson, C., & Costa, P.T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed., pp. 89-99). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A.Costa Jr., Paul T. (2002). Five-factor model personality disorder research. U: Costa, P.T. i Widiger, T.A. (Eds.). *Personality disorders and the Five-factor model of personality* (Second edition). American Psychological Association, Washington, DC.
- Widiger,T.A. i Samuel,D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology*,114, 494-504.
- Widiger,T.A. i Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110-130.
- Wiggins, J.S. (1996). *The Five-factor Model of Personality-Theoretical Perspectives*: New York: The Guilford Press.

Wolf, A.W., Schubert, D.S.P., Petterson, M.B., Grande, T.P., Brrocco, K.J. and Pendleten, I. (1988). Associations amog major psychiatric diagnosis. *Journal of Consalting and Clinical Psychology*, 56 (2), 292-294.

8 BIOGRAFIJA AUTORA

Dušanka Vučinić Latas rođena je 26.08.1971. godine u Beogradu. Studije psihologije završila je na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Beogradu 1998. godine. Magistarski rad sa temom “Psihometrijsko istraživanje koncepta emocionalne inteligencije i njegove operacionalizacije Baron-ovim instrumentom za merenje koeficijenta emocionalne inteligencije” odbranila je 2006. godine. Specijalizaciju iz medicinske psihologije na Medicinskom fakultetu u Beogradu završila je sa odličnom ocenom 2007.godine i stekla zvanje specijaliste medicinske psihologije. Kroz niz edukacija, seminara i specijalističkih treninga dodatno se edukovala iz oblasti psihoterapije (analitička psihoterapija, grupna analiza i racionalno-emotivna terapija) kao i psihodijagnostike. Od 1999. do 2012. godine radila je na Institutu za psihijatriju Kliničkog centra Srbije, a od 2012. godine radi kao klinički psiholog u Bolnici za psihijatriju Kliničko-bolničkog centra “Dr Dragiša Mišović-Dedinje” u Beogradu. Učestvuje u praktičnoj nastavi iz oblasti psihodijagnostike za studente psihologije Filozofskog fakulteta u Beogradu, kao i mentor specijalizantima medicinske psihologije Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Osim psihodijagnostike bavi se psihoanalitičkom psihoterapijom. Autor je i koautor više radova u domaćim i stranim publikacijama ili prezentovanih na stručnim skupovima.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а Душанка Вучинић Латас

број индекса _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Додатна ваљаност Инвентара за процену личности (РАI) у објашњењу неких психопатолошких ентитета

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 1.10.2013.

Душанка Латас

Прилог 2.

**Изјава о истоветности штампане и електронске
верзије докторског рада**

Име и презиме аутора Душанка Вучинић Латас

Број индекса _____

Студијски програм _____

Наслов рада Додатна ваљаност Инвентара за процену личности (PAI) у
објашњењу неких психопатолошких ентитета

Ментор dr Goran Knežević

Потписани/а Dušanka Vučinić Latas

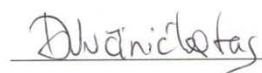
Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској
верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног
репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског
звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум
одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне
библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 1.10.2013



Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Додатна ваљаност Инвентара за процену личности (PAI) у објашњењу неких психопатолошких ентитета

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 1.10.2013.

