

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**MREŽNA STRUKTURA DISFUNKCIONALNIH VJEROVANJA U PODLOZI
POREMEĆAJA LIČNOSTI**

Diplomski rad

Anamarija Lonza

Mentor: Dr.sc. Tanja Jurin, univ. spec. klin.

Zagreb, 2018.

Sadržaj

UVOD	1
Povijest klasifikacije poremećaja ličnosti	1
Dosadašnji pristupi klasifikaciji psihičkih poremećaja	3
Tretman poremećaja ličnosti	6
Novi pristup klasifikaciji psihičkih poremećaja	8
Komorbiditet poremećaja ličnosti	14
CILJ	15
PROBLEMI I HIPOTEZE	15
METODA	15
Postupak prikupljanja podataka	15
Sudionici	16
Mjerni instrumenti	16
Postupak analize podataka	17
REZULTATI I RASPRAVA	18
Anksiozni klaster	24
Dramatični klaster	26
Ekscentrični klaster	28
Ograničenja	29
ZAKLJUČAK	31
LITERATURA	32
PRILOZI	38
Prilog 1	38
Prilog 2	39
Prilog 3	42
Prilog 4	45
Prilog 5	48
Prilog 6	51

Mrežna struktura disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi poremećaja ličnosti

Network structure of dysfunctional beliefs underlying personality disorders

Anamarija Lonza

Poremećaji ličnosti predstavljaju dijagnostičke kategorije koje se empirijski pokazuju veoma problematičnima jer su u kliničkoj praksi granice među različitim poremećajima vrlo nejasne te je čest komorbiditet više dijagnoza, kao i dijagnoza nespecifičnog poremećaja ličnosti. Nedostaci kategorijalne klasifikacije i potreba za novom paradigmom postaju sve očitiji, što je vidljivo i u sporim, ali sigurnim promjenama u novijim verzijama DSM-a i MKB-a. Ovo istraživanje, provedeno na uzorku od 1016 sudionika u dobnom rasponu od 22 do 84 godine, koristi relativno novi pristup psihopatologiji, koji poremećaje konceptualizira kao sustave uzročno povezanih simptoma, kako bi rasvijetlilo mrežnu strukturu ove skupine poremećaja. Pritom polazi od kognitivne paradigme, odnosno disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi različitih poremećaja ličnosti, mjerenih Upitnikom osobnih vjerovanja. Osim toga, ispituje i položaj ukupnog rezultata na Upitniku anksioznosti, depresivnosti i stresa u mreži tih vjerovanja. Korištena metoda mrežne analize vjerovanja modelira kao čvorove mreže, dok bridovi predstavljaju njihove parcijalne korelacije. Rezultati pokazuju da se ukupan rezultat na DASS-21 prema očekivanjima povezuje s vjerovanjima poremećaja iz anksioznog klastera. Ispitivana vjerovanja ne odvajaju se u tri teorijski predviđena klastera (anksiozni, dramatični i ekscentrični), već u klaster koji više nalikuje crtama ličnosti predloženima u dimenzionalnom modelu ovih poremećaja, te ista pokazuju izrazita preklapanja među kategorijama, što daje dodatnu podršku potrebi za njihovom rekonceptualizacijom.

Ključne riječi: poremećaji ličnosti, kognitivna paradigma, komorbiditet, mrežni pristup, mrežna analiza

Personality disorders present empirically problematic categories of mental disorders, as the boundaries between different disorders are often fuzzy in clinical practice, leading to their pronounced comorbidity, as well as the prevalence of a "personality disorder not otherwise specified" diagnosis. The flaws of categorical classification and the need for a paradigm shift are becoming more and more apparent, as can be seen in the slow, but steady progress made in newer versions of the DSM and ICD. This study, conducted on a sample of 1016 participants aged 22-84, employs a relatively new approach to psychopathology, that conceptualizes disorders as systems of causally related symptoms, in order to shed some light on the network structure of these diagnostic categories. It rests on a cognitive paradigm, as it measures dysfunctional beliefs underlying various personality disorders, using the Personality Belief Questionnaire. It also examines the position of an overall result on the Depression Anxiety Stress Scale in the network of those beliefs. Results show that the score on the DASS-21, as expected, connects to the beliefs of anxious personality disorders. Moreover, they provide additional support to the need for the reconceptualization of personality disorders, by indicating marked overlap of beliefs between different categories, as well as an inability to obtain an expected three cluster solution.

Keywords: personality disorders, cognitive paradigm, comorbidity, network approach, network analysis

UVOD

Poremećaji ličnosti odnose se na „trajne obrasce unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji značajno odstupaju od očekivanoga u kulturi kojoj ta osoba pripada, koji su pervazivni i nefleksibilni, imaju početak u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, tijekom vremena su stabilni, te dovode do patnje ili oštećenja“ (APA, 2013). Iz ove definicije vidljiva su tri kriterija (tzv. „3 P“) koja nečije ponašanje mora zadovoljiti da bi se ustanovila dijagnoza poremećaja ličnosti – ono mora biti patološko, perzistirajuće i pervazivno (Begić, 2014). Radi se o osobama sklonima rigidnom i neprilagođenom ponašanju koje često vodi izraženim problemima u interpersonalnim odnosima. Iste se, međutim, po pomoć najčešće javljaju zbog drugih poremećaja, poput onih iz depresivnog i anksioznog kruga, dok teškoće u odnosima s drugima promatraju nezavisnima od svojeg ponašanja. Umjesto uvida u vlastiti doprinos tim problemima, sebe često vide kao žrtve drugih ili još šire, „sustava“ (Beck i sur., 2004).

Iako epidemiološka istraživanja ukazuju na to da se prevalencija svih poremećaja ličnosti u općoj populaciji kreće između 5 i 15% (Morgan i Zimmerman, 2018) te isti predstavljaju velike teškoće, kako za pojedinca, tako i za njegovu okolinu i društvo općenito (Tyrrer i sur., 2010), ovoj skupini poremećaja još uvijek se ne posvećuje dovoljno pažnje. Ovo je vidljivo u samim dijagnostičkim priručnicima koji uporno ignoriraju njihovu kompleksnost, pokušavajući nametnuti prisilnu kategorijalnu klasifikaciju, unatoč empirijskim dokazima koji ne podržavaju takav, previše simplistički, pogled na poremećaje ličnosti (Clark, 2007; Livesley, 2012, 2013; Widiger i Trull, 2007; prema Widiger, 2018).

Povijest klasifikacije poremećaja ličnosti

Premda je još Galen govorio o povezanosti Hipokratovih četiriju tekućina s crtama ličnosti u svojem opisu sangvinika, flegmatika, kolerika i melankolika, od kojih samo sangvinici nemaju patološke crte, poremećajima ličnosti se nije pridavao veći dijagnostički značaj sve do 19. stoljeća (Tyrrer, Reed i Crawford, 2015), kada se prvi put spominju pojmovi poput Pinelove „manije bez deluzija“ i Prichardovog „moralnog ludila“ (Jablensky, 2002). Međutim, prva formalna klasifikacija veže se za 1923. godinu i Kurta Schneidera, koji je opisao psihopatsku ličnost kao svaki oblik abnormalne ličnosti koja dovodi do patnje samog pojedinca ili njegove okoline (Livesley, 2018). Ovaj pojam nije se, dakle, odnosio na antisocijalni poremećaj ličnosti, već se koristio za opis različitih tipova patološke ličnosti, kao i za neke oblike neuroza. Iako se daljnji razvoj dijagnostičkih priručnika temelji u najvećoj mjeri na njegovoj tipologiji, čak je i Schneider podržavao dimenzionalni pristup, ističući kako njegovi tipovi ne predstavljaju diskretne kategorije, već pojedince na krajevima kontinuuma koji se

proteže od normalne do patološke ličnosti (Livesley, 2018). Unatoč tome, DSM (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje), kao i MKB (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema), u svakoj novoj verziji temeljili su dijagnozu poremećaja ličnosti na kategorijalnoj klasifikaciji. Izrada novog, petog izdanja DSM-a bila je popraćena priličnim kontroverzama upravo po tom pitanju, gdje je, nakon opsežnog rada radne skupine na prijedlogu dimenzionalnog modela poremećaja ličnosti, naposljetku isti u potpunosti odbačen te je donešena odluka da će se zadržati kategorije i dijagnostički kriteriji revidirane četvrte verzije DSM-IV-TR. Dakle, kriteriji za dijagnozu poremećaja ličnosti ostali su nepromijenjeni od 1994. godine, a trenutna klasifikacija i dalje uključuje podjelu na: paranoidni, shizoidni, shizotipni, antisocijalni, granični, histrionični, narcistični, izbjegavajući, ovisni te opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti, što ne predstavlja značajnu razliku u odnosu na DSM-III iz 1980. godine (Widiger, 2018). Oni se najčešće svrstavaju u tri odvojena klastera – ekscentrični ili A klaster (paranoidni, shizoidni, shizotipni), dramatični ili B klaster (antisocijalni, granični, histrionični, narcistični) i anksiozni ili C klaster (izbjegavajući, ovisni, opsesivno-kompulzivni) (APA, 2013). Deseta verzija MKB-a uključuje sličnu podjelu, s razlikom u postojanju kategorije emocionalno nestabilne ličnosti koja obuhvaća dva tipa, impulzivni i granični, te izostavljanju narcističnog i shizotipnog poremećaja ličnosti (koji spada u poremećaje vezane uz shizofreniju) (WHO, 2003).

No, neke pozitivne promjene ipak se naziru. S jedne strane, dimenzionalni pristup poremećajima ličnosti uključen je u treće poglavlje DSM-5, kao konceptualizacija koja zahtijeva dodatna istraživanja. Ovaj alternativni model opisuje šest poremećaja ličnosti (antisocijalni, izbjegavajući, granični, narcistični, opsesivno-kompulzivni i shizotipni) na temelju oštećenja u funkcioniranju ličnosti i patoloških crta ličnosti. Funkcioniranje ličnosti se pritom dijeli na dimenziju funkcioniranja *selfa* i dimenziju interpersonalnog funkcioniranja, na temelju kojih se donosi odluka o stupnju oštećenja na pet razina, dok je 25 crta ličnosti grupirano u pet domena (negativni afektivitet, odvojenost, antagonizam, dezinhibicija i psihoticizam) (APA, 2013), temeljenih u velikoj mjeri na petfaktorskom modelu ličnosti (Widiger, 2018). S druge strane, nedavno objavljena jedanaesta verzija MKB-a u potpunosti je odbacila kategorijalnu klasifikaciju te je, prema njoj, dijagnoza poremećaja ličnosti zamišljena u nekoliko koraka. U prvom koraku, potrebno je odrediti zadovoljava li osoba kriterij za poremećaj ličnosti općenito, potom se određuje ozbiljnost oštećenja na tri razine (blagi, umjereni i teški poremećaj ličnosti) i naposljetku se definira položaj osobe na pet dimenzija ličnosti (obilježja negativnog afektiviteta, disocijalna obilježja, obilježja dezinhibicije, anankastična obilježja, obilježja odvojenosti). Osim ovih pet dimenzija, zadržan je i tzv. uzorak

ponašanja graničnog poremećaja ličnosti (WHO, 2018). Vidljivo je da su četiri dimenzije istovjetne onim predloženima u DSM-5, dok su umjesto psihoticizma uključena anankastična obilježja, odnosno osobine koje najbolje odgovaraju opsesivno-kompulzivnom poremećaju ličnosti. Dva su osnovna razloga zašto je kategorijalni pristup toliko dugo odolijevao promjeni u kliničkoj psihologiji. Kao prvo, takav pristup konzistentan je s ljudskim kognitivnim sustavom, koji je evoluirao ka sklonosti organizaciji informacija u kategorije i korištenju heuristika, odnosno kognitivnih prečaca (Livesley, 2018). Heuristici su korisni jer omogućuju jednostavnost pogleda na svijet i ekonomičnost kognitivnog funkcioniranja, no jednako tako čine kognitivne procese prilikom donošenja odluka podložnima pristranosti (Kahneman, Slovic i Tversky, 1982), a klinički psiholozi nisu izuzetak te često svoje dijagnostičke odluke temelje na usporedbi pojedinca s prototipnim slučajem određenog poremećaja. Drugi razlog možemo pronaći u prevelikom oslanjanju na medicinski model u domeni psihičkih poremećaja, koji se temelji na pretpostavci o zajedničkom uzroku u podlozi opažljivih simptoma (Livesley, 2018; Borsboom i Cramer, 2013).

Dosadašnji pristupi klasifikaciji psihičkih poremećaja

Borsboom (2008) navodi nekoliko pristupa u kliničkoj psihologiji kojima se nastoji objasniti priroda psihičkih poremećaja, odnosno veza između simptoma kao opažljivih varijabli i poremećaja kao teorijskih konstrukata. Prethodno spomenuti medicinski model proizlazi iz *dijagnostičkog pristupa* poremećajima, koji se najčešće usvaja i kad je riječ o psihičkim poremećajima (Schmittmann i sur., 2013). Ovaj pristup smatra simptome indikatorima nekog stanja u podlozi koje, premda izravno neopažljivo, postoji nezavisno od tih simptoma. Točnije, pretpostavlja da postoji dublja razina od samih simptoma koji se javljaju zajedno. Ogledalo ovakvog pristupa su reflektivni modeli, poput teorije odgovora na zadatke ili modela latentnih klasa (Schmittmann i sur., 2013), u kojima se latentna varijabla uvodi kako bi se objasnilo kovariranje među indikatorima. Reflektivni modeli stoga zadržavaju pretpostavku o lokalnoj neovisnosti, prema kojoj su bilo koja dva indikatora uvjetno nezavisna s obzirom na latentnu varijablu (Lord i Novick, 1968; prema Cramer, Waldorp, van der Maas i Borsboom, 2010), odnosno pretpostavljaju da je sva sukladnost u variranju simptoma istog poremećaja uzrokovana isključivo tim poremećajem. Pristalice dijagnostičkog pristupa sklone su poticati daljnja istraživanja u svrhu potrage za dubljim uzrokom psihičkih poremećaja, u najvećoj mjeri usmjeravajući se na područje biologije, odnosno na neuralne mehanizme i genetske čimbenike (Borsboom, 2008). S druge strane postoji *konstruktivistički pristup* koji postulira da su psihičke poremećaje stvorili istraživači i kliničari na temelju pukog grupiranja simptoma. Klasifikacijske

sustave promatra kao relativno arbitrarne i socijalno konstruirane te drži da, osim homogenosti na razini simptoma, ne postoji homogenost ni na kakvoj dubljoj razini. U psihometrijskom smislu, konstruktivisti priznaju da neki skup simptoma ima visoku pouzdanost tipa unutarnje konzistencije, ali odbijaju pretpostavku o istoj latentnoj varijabli u podlozi tih simptoma (Borsboom, 2008). Ovaj pogled konceptualiziran je kroz formativne modele, poput analize glavnih komponenti ili klaster analize, u kojima se kompozitna varijabla (u ovom slučaju poremećaj) modelira kao funkcija indikatora (simptoma) (Schmittmann i sur., 2013). Konačno, u novije vrijeme razvija se sve više *dimenzionalni pogled* na psihičke poremećaje. On se također zasniva na reflektivnim modelima, ali, za razliku od dijagnostičkog, koji ih promatra kategorijalno, trudi se smjestiti osobu negdje na latentnom kontinuumu dimenzionalnog poremećaja na temelju opaženih simptoma. Prema ovom pristupu, poremećaj je samo ekstremni kraj kontinuuma koji se proteže i kroz normalnu populaciju pa se klinička populacija od normalne razlikuje samo u kvantitativnom, ali ne i kvalitativnom smislu (Borsboom, 2008). Iako dimenzionalni pristup dopušta veću heterogenost poremećaja, primjerice u određivanju njegove težine, ovakva heterogenost unidimenzionalne latentne varijable još uvijek ne dopušta heterogenost samih simptoma.

Navedeni pristupi pokazali su se u kliničkoj praksi prilično manjkavima. I dijagnostički i dimenzionalni pristup oslanjaju se na model latentne varijable, odnosno promatraju korelacije među indikatorima (simptomima) kao spuriozne, u smislu da iste ne odražavaju izravne uzročne veze među njima, već izviru iz činjenice da ti simptomi dijele latentnu varijablu u svojoj podlozi. Ova pretpostavka može se slikovito prikazati ako zamislimo indikatore kao termometre koji mjere zajednički uzrok, odnosno temperaturu; ti su indikatori vjerojatno u jako visokoj korelaciji, međutim, ako tu korelaciju promatramo držeći temperaturu konstantnom, ona će nestati (Borsboom, 2008). Tzv. *perspektiva zajedničkog uzroka* usvojena je najvećim dijelom po uzoru na medicinu, gdje tjelesne bolesti uistinu postoje nezavisno od svojih simptoma. Primjerice, osoba može imati glavobolju kao simptom tumora, ali jednako je tako moguće da ju ima neovisno o tumoru. U prvom slučaju, uklonimo li tumor kao jasan uzrok, glavobolja će nestati. S druge strane, psihički poremećaji ne mogu se utvrditi sami po sebi te ih je nemoguće dijagnosticirati nezavisno od njihovih simptoma – za primjer, nije moguće dobiti dijagnozu depresivnog poremećaja ako osoba ne pokazuje sniženo raspoloženje (Borsboom i Cramer, 2013). Također, kod psihičkih poremećaja postoji važan utjecaj veza među simptomima, što je u izravnom sukobu s pretpostavkom o lokalnoj neovisnosti. Ako opet uzmemo za primjer depresiju, nije za očekivati da povezanost simptoma nesanicice i umora u potpunosti možemo objasniti latentnom varijablom u pozadini (Cramer i sur., 2010). Nadalje,

model latentne varijable pretpostavlja da su simptomi međusobno zamjenjivi indikatori latentnog konstrukta (Fried i sur., 2015), što nije u skladu s istraživanjima koja pokazuju njihovu diferencijalnu povezanost s oštećenjima u funkcioniranju (Fried i Nesse, 2014), predisponirajućim rizičnim faktorima (Fried i Nesse, 2014) te neuralnim supstratima (Davidson i sur., 2002; Kapur i sur., 2012; prema Beard i sur., 2016). Primjerice, kod graničnog poremećaja ličnosti moguće je da povijest traumatskih iskustava i zlostavljanja primarno utječe na emocionalnu reaktivnost te osjetljivost na stres, dok iskustvo kontinuiranog obezvređivanja jače utječe na razvoj samoporažavajućih misli (Livesley, 2018). Konačno, istraživanja u području genetike pokazala su se neuspješnima u pronalasku jedinstvenog uzroka psihičkih poremećaja (Kendler, 2005; International Schizophrenia Consortium, 2009; Shi i sur., 2009; prema Kendler, Zachar i Craver, 2011) te se smatra kako je riječ većinom o malim poligenetskim efektima (Buckholtz i Meyer-Lindenberg, 2012) koji se ne pridržavaju uvijek tradicionalnih dijagnostičkih granica (Kendell i Jablensky, 2003; prema Wigman i sur., 2015).

Dijagnostički pristup u najvećoj se mjeri koristio i u klasifikaciji poremećaja ličnosti, što je dovelo do nekoliko ključnih problema (vidi Ofrat, Krueger i Clark, 2018). Zbog potrebe za utvrđivanjem nepreklapajućih klastera simptoma klasifikacijski sustavi ponekad su išli toliko daleko da su pribjegavali iskrivljavanju kliničke slike određenih poremećaja ličnosti. Primjerice, prilikom izrade DSM-III donešena je odluka da se prolazne psihotične epizode izostave iz popisa kriterija za granični poremećaj ličnosti, kako bi ga se jasnije moglo razlikovati od shizotipnog (Livesley, 2018). Iako je predviđeno da dijagnostičke kategorije predstavljaju odvojene entitete, istraživanja jasno ukazuju na značajan komorbiditet poremećaja ličnosti. Tako otprilike pola pacijenata koji zadovoljavaju kriterije za jedan poremećaj, dobije dijagnozu više poremećaja ličnosti, pri čemu je komorbiditet češći za poremećaje iz istog klastera (Skodol, 2005). Nadalje, dijagnostički kriteriji su još od DSM-III politetični, odnosno potrebno je zadovoljiti jedan manji broj kriterija od njihova ukupnog broja kako bi se dobila dijagnoza. Posljedica ove činjenice je velika heterogenost svakog od poremećaja. Primjerice, za dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti potrebno je zadovoljiti pet od devet kriterija, što znači da dvije osobe s istom dijagnozom mogu dijeliti jedan jedini simptom. Osim toga, ovakav dijagnostički sustav pretpostavlja da svaki simptom nosi jednaku težinu, što je u najmanju ruku upitno. Uz to, broj kriterija koji predstavlja prag za kategorijalnu dijagnozu je arbitraran i nije zasnovan na empirijskim dokazima (Ofrat, Krueger i Clark, 2018). Budući da su preklapanja među poremećajima jako česta, svi pojedinci koji zbog raznolikosti simptoma ne zadovoljavaju arbitrarni prag za neki konkretni poremećaj dobivaju dijagnozu nespecifičnog poremećaja ličnosti, što je ujedno i najčešća dijagnoza kod poremećaja ličnosti

(Verheul i Widiger, 2004). Konačno, većina kliničara slaže se da postojeće kategorije imaju ograničenu praktičnu kliničku vrijednost (Bernstein i sur., 2007). Zbog svega navedenog jasno je da područje zahtijeva temeljite promjene te da je potrebno, prije svega, posvetiti dovoljno pažnje istraživanjima ove skupine poremećaja, kako bi se prikupio dovoljan korpus empirijskih dokaza koji će voditi usvajanju nove, primjerenije paradigme.

Tretman poremećaja ličnosti

Kad je riječ o tretmanu poremećaja ličnosti, sve donedavno glavna je teorijska orijentacija u ovom području bila psihoanalitička (Chatham, 1985; Goldstein, 1985; Horowitz, 1977; Kernberg, 1975, 1984; Lion, 1981; Masterson, 1985; Reid, 1981; Saul i Warner, 1982; Waldinger i Gunderson, 1987; prema Beck i sur., 2004). Međutim, u novije vrijeme sve se više razvija kognitivno-bihevioralna konceptualizacija ovih poremećaja (Fleming i Pretzer, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming i Simon, 1990; McGinn i Young, 1996; Pretzer i Beck, 1996; prema Beck i sur., 2004). Terapeuti kognitivnog usmjerenja slažu se sa psihoanalitičarima u važnosti koja se pridaje identifikaciji i mijenjanju sržnih problema u podlozi poremećaja ličnosti, no za razliku od njih smatraju da se produkti ovih procesa nalaze najvećim dijelom u domeni svjesnoga (Ingram i Hollon, 1986; prema Beck i sur., 2004). Njihova temeljna orijentacija je fenomenološka jer vjeruju da percepcija i interpretacija situacije u najvećoj mjeri oblikuju pojedinačne emocionalne i bihevioralne odgovore na nju (Pretzer i Beck, 2005).

Osnovu te percepcije čine sheme, kognitivne strukture koje sadrže bazična vjerovanja koja ljudi imaju o sebi i svijetu oko sebe. Takve kognitivne sheme dalje utječu na emocije i motivaciju pojedinca te u konačnici vode razvoju različitih interpersonalnih strategija, odnosno ideji o tome što osoba treba učiniti kao odgovor na bazična vjerovanja (Pretzer i Beck, 2005). Interpersonalne strategije, odnosno ponašajni odgovori pojedinaca, zapravo predstavljaju bihevioralne obrasce koji se obično pripisuju različitim crtama ličnosti. Te su se strategije vjerojatno kroz evolucijsku povijest razvile jer su imale određenu vrijednost za razmnožavanje i preživljavanje, no iste u današnjoj okolini postaju pretjerane i neadaptivne te pojedincima koji ih pokazuju u ekstremnom obliku otežavaju svakodnevno funkcioniranje (Beck i sur., 2004). Primjerice, paranoidni poremećaj ličnosti može biti odraz strategije opreza zbog vjerovanja da je okolina opasna. Premda je u evolucijskoj prošlosti ovo mogla biti itekako adaptivna strategija, danas ona predstavlja izvor teškoća za pojedinca. Dakle, u usporedbi s drugim ljudima, sheme osoba s poremećajima ličnosti su pretjerano generalizirane, nefleksibilne te ih je teže kontrolirati ili mijenjati. Ako usporedimo njihove sheme sa shemama osoba koje boluju od drugih psihičkih poremećaja, ključna razlika je u tome da su kod njih takve maladaptivne

sheme aktivne neprestano i predstavljaju dio svakodnevne obrade podataka, dok se, primjerice, kod osoba oboljelih od depresije one javljaju samo tijekom depresivnih epizoda. Bazična vjerovanja u podlozi shema osoba s poremećajem ličnosti izrazito su ekstremna i rigidna, a javljaju se kao rezultat interakcije genetske predispozicije s jedne strane te izloženosti nepovoljnim utjecajima i specifičnim traumatskim događajima s druge (Beck i sur., 2004).

U kognitivnoj terapiji s vremenom su ustanovljeni specifični kognitivni profili osoba s različitim poremećajima ličnosti (za detaljniji prikaz vidi Beck i sur., 2004; str. 37). Ovi profili uključuju *bazična vjerovanja*, koja su osnova njihovih kognitivnih shema, *uvjetovana vjerovanja*, koja proizlaze iz bazičnih, a obično se javljaju u „ako...onda“ obliku, te *instrumentalna vjerovanja*, koja predstavljaju konačne upute kako se ponašati. Osim vjerovanja, za svaki poremećaj predstavljeno je kako vide sebe, a kako druge, koje raspoloženje prevladava, te koje su uobičajene strategije koje se koriste kao odgovor na postojeća vjerovanja. Primjerice, bazično vjerovanje u podlozi opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti da je važno sve odraditi savršeno i da su mane nepodnošljive prevodi se u uvjetovano vjerovanje poput „Ako nemam pravila, sve će se raspasti“ i dalje u instrumentalno vjerovanje „Nužno je držati se najviših standarda cijelo vrijeme“. Ove osobe sebe vide odgovornima za sve, a druge previše opuštenima i neodgovornima. Najčešće usvajaju strategiju pojačane kontrole nad vlastitim ponašanjem, ali i ponašanjem drugih koji su uključeni u izvršavanje njihovih ciljeva, te su sklone doživljavanju žaljenja, razočaranja i srdžbe prema sebi i drugima ako ne dosegnu postavljene perfekcionističke standarde. Kod paranoidnog poremećaja ličnosti, s druge strane, postoji bazično vjerovanje da drugi ljudi imaju skrivene motive, koje utječe na razvoj uvjetovanog vjerovanja „Ljudi će me iskoristiti ako im pružim priliku“ te instrumentalnog vjerovanja u obliku upute „Trebam cijelo vrijeme biti na oprezu“. Stoga ove osobe usvajaju upravo strategiju bivanja na oprezu i neprestane potrage za znakovima koji će otkriti namjere njihovih protivnika, a prevladavajuće raspoloženje je srdžba zbog pretpostavljenog iskorištavanja. Sebe vide kao pravedne osobe, ranjive na loše postupanje drugih, koje se, pak, percipira manipulativnima i u osnovi zlima (Beck i sur., 2004). Ova vjerovanja razvijena su za sve poremećaje u trenutnoj klasifikaciji, osim za granični i shizotipni. Naime, za granični poremećaj ličnosti vjeruje se da obuhvaća širok spektar disfunkcionalnih vjerovanja karakterističnih za različite druge poremećaje ličnosti, dok je shizotipni, prema kognitivnim terapeutima, više obilježen svojstvenošću u mišljenju nego idiosinkratičnim sadržajem (Beck i sur., 2004). Beck i Beck (1991) razvili su na temelju kognitivne teorije i kliničkih opažanja *Upitnik osobnih vjerovanja*, namijenjen upravo procjeni spomenutih vjerovanja kod različitih poremećaja ličnosti. Kognitivna terapija ima za cilj, dakle, modifikaciju ovih disfunkcionalnih

schema i vjerovanja koja predisponiraju takve osobe na probleme u njihovoj svakodnevici (Pretzer i Beck, 2005). Iz istraživanja učinkovitosti ove terapije u tretmanu poremećaja ličnosti vidljivo je da postoje brojni nekontrolirani klinički prikazi koji potvrđuju njezinu učinkovitost (Beck i sur., 2004), a u posljednje vrijeme podrška dolazi i iz kontroliranih studija koje su se, doduše, provodile uglavnom za granični poremećaj ličnosti te u manjoj mjeri za antisocijalni i izbjegavajući (Davidson, 2018).

Kognitivni pristup relativno je novi i obećavajuć pogled na poremećaje ličnosti, no čak i on usvaja ideju o prototipnim predstavnicima različitih kategorija poremećaja ličnosti. Iako se teorija čini smislenom i intuitivnom, postavlja se pitanje kako ista funkcionira u stvarnosti u kojoj jedna osoba ima simptome više poremećaja ličnosti, odnosno, u kakvoj su vezi bazična vjerovanja koja se nalaze u njihovoj podlozi. Temeljita rekonceptualizacija klasifikacije ovih poremećaja mogla bi, stoga, omogućiti i dublji uvid u same teorije koje ih nastoje objasniti.

Novi pristup klasifikaciji psihičkih poremećaja

Kao odgovor na teškoće prethodno spomenutih mjernih modela u posljednje se vrijeme javlja novi pristup konceptualizaciji psihičkih poremećaja. Radi se o mrežnom pristupu, koji poremećaje reprezentira kao sustave uzročno povezanih simptoma (Borsboom, 2008; Borsboom i Cramer, 2013). Mrežna perspektiva razlikuje se od konstruktivističkog pristupa jer grupiranje simptoma ne vidi arbitrarnim, te od dijagnostičkog i dimenzionalnog pristupa po tome što ih ne promatra kao mjeru latentnog konstrukta, već kao dijelove koji sačinjavaju poremećaj (Borsboom, 2008). Umjesto stavljanja naglaska na poremećaj kao latentnu varijablu u podlozi koja proizvodi simptome, ovaj pristup srž poremećaja vidi u izravnim vezama među simptomima. Oni nisu međusobno zamjenjivi indikatori latentne varijable, već utječu jedni na druge te tako dolazi do aktivacije čitave mreže simptoma, što se očituje kao poremećaj (Borsboom, 2017). Kao demonstraciju kako ova perspektiva pristupa poremećajima možemo zamisliti konstrukt paničnog poremećaja. DSM-5 za dijagnozu ovog poremećaja zahtijeva ponavljajuće i neočekivane panične napadaje, od kojih je barem jedan praćen jednomjesečnim periodom u kojem osoba (i) brine da će se napadaj ponoviti, (ii) brine o implikacijama napadaja (npr. srčani udar) ili (iii) posljedično mijenja svoje ponašanje (npr. prestaje izlaziti iz kuće) (APA, 2013). Dijagnostički pristup smatra da su simptomi povezani jer mjere isti latentni konstrukt (panični poremećaj), no intuitivno je jasno da je puno plauzibilnija ideja o izravnoj vezi među ovim simptomima – iskustvo paničnog napadaja uzrokuje brigu da će se isti ponoviti, što vodi izbjegavajućim ponašanjima poput nenapuštanja vlastitog doma (Borsboom, 2008). Važno je, međutim, napomenuti da pretpostavka o izravnim vezama među simptomima ne

podrazumijeva da između dva simptoma ne može biti i nekih dodatnih posredujućih procesa ili atributa koje nismo izmjerili ili ih je nemoguće izmjeriti. Dapače, unutar mrežne perspektive posve je prirodno i potrebno uvođenje uzročnih procesa pored samih simptoma, koji djelomično objašnjavaju njihovu povezanost (Cramer i sur., 2010).

Mrežni pristup kao teorijski pristup proučavanju psihopatologije zasniva se na relativno novoj metodi *mrežne analize* (vidi Epskamp, Cramer, Waldorp, Schmittman i Borsboom, 2012; Epskamp, Borsboom i Fried, 2017; Costantini i sur., 2017; Epskamp i Fried, 2018). Mrežna analiza je skup postupaka zasnovanih na modeliranju dinamičkih sustava koji omogućuje vizualizaciju kompleksnih odnosa među varijablama (Beard i sur., 2016). Mreža dobivena ovom metodom predstavlja skup *čvorova* povezanih skupom *bridova*. Čvorovi u području kliničke psihologije najčešće predstavljaju simptome poremećaja, dok bridovi reprezentiraju neki oblik povezanosti među tim simptomima (Borsboom i Cramer, 2013). Osim simptoma, kao čvorovi se mogu koristiti i druge varijable koje pokazuju varijacije na individualnoj razini, poput ponašanja, kognitivnih procesa, vjerovanja, shema ili psihofizioloških mjera (Jones, Heeren i McNally, 2017). Na grafičkom prikazu boja brida predstavlja smjer povezanosti (zeleno boja upućuje na pozitivnu korelaciju, a crveno na negativnu), a njegova debljina jačinu povezanosti (Epskamp i sur., 2012).

Kad je riječ o izgradnji psihopatološke mreže, usvojena su tri osnovna pristupa (Borsboom i Cramer, 2013). Mreža može biti zasnovana na *dijagnostičkim sustavima*, poput DSM-a, koji bi trebali sadržavati informaciju o uzročnoj strukturi poremećaja. Ovaj pristup djeluje tako da konstruira mrežu svih simptoma u nekom dijagnostičkom sustavu, povezujući one simptome koji predstavljaju kriterije za isti poremećaj (vidi Borsboom, Cramer, Schmittman, Epskamp i Waldorp, 2011; Tio, Epskamp, Noordhof i Borsboom, 2016). U ovom slučaju, priroda povezanosti kodirana je u tzv. matricu susjedstva ($k \times k$, gdje je k broj simptoma), u kojoj je veza predstavljena s 1 ako su dva simptoma međusobno povezana ili s 0 ako povezanost ne postoji. Nadalje, moguće je konstruirati mrežu na osnovi *procjena uzročnih veza među simptomima* od strane kliničara ili pacijenata (vidi Kim i Ahn, 2002; Frewen, Allen, Lanius i Neufeld, 2012; Frewen, Schmittmann, Bringmann i Borsboom, 2013; Ruzzano, Borsboom i Geurts, 2014). Konačno, treći pristup zasniva se na podacima o frekvenciji simptoma, odnosno na *empirijskom uzorku povezanosti među simptomima* kao osnovi za otkrivanje mrežne strukture. Ovaj, u najvećoj mjeri eksploratorni pristup, ujedno je i najčešći u istraživanju psihopatoloških mreža. Pritom možemo razlikovati mreže dobivene longitudinalnim nacrtom, koje omogućuju jasnije utvrđivanje uzročno-posljedičnih veza među simptomima (vidi Bringmann i sur., 2013; Bringmann, Lemmens, Hubiers, Borsboom i

Tuerlinckx, 2014; Wigman i sur., 2015; Bak, Drukker, Hasmi i van Os, 2016), i mreže dobivene transverzalnim nacrtom, koje proučavaju uzorak povezanosti simptoma dobiven na većoj skupini ljudi u jednoj vremenskoj točki (vidi McNally i sur., 2014; Goekoop i Goekoop, 2014; Boschloo i sur., 2015; Fried i sur., 2015; Boschloo, van Borkulo, Borsboom i Schoevers, 2016; Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx i Borsboom, 2016a; Heeren i McNally, 2016; Beard i sur., 2016; Werner, Štulhofer, Waldorp i Jurin, 2018). Ako nam je cilj izgradnja mreže vremenskih serija, veze u mreži definirat ćemo kao lag-1 korelacije (korelacije s vremenskim razmakom od jednog dana), odnosno putem autoregresivnog modeliranja vektora (Borsboom i Cramer, 2013). Međutim, puno češće se istraživanja psihopatoloških mreža zasnivaju na transverzalnim nacrtima. U njima se bridovi pretežno predstavljaju parcijalnim korelacijama, odnosno korelacijama između dvaju simptoma (čestice upitnika) koje se dobiju kada kontroliramo njihove povezanosti s drugim simptomima. U pozadini izračuna parcijalnih korelacija tipično se koriste polihoričke korelacije, budući da je riječ o varijablama koje nisu odmjerene na intervalnoj skali. One, naime, služe procjeni povezanosti varijabli za koje se pretpostavlja da su inače kontinuirane i normalno distribuirane, ali su izmjerene na ordinalnoj skali (Beard i sur., 2016). Ova klasa mrežnih modela uvelike se razlikuje od socijalnih mreža, u kojima bridovi predstavljaju vezu između entiteta koja je unaprijed poznata (Wasserman i Faust, 1994; prema Epskamp i Fried, 2017) (poput primjerice suradnje znanstvenika (Letina, 2014)), jer su bridovi parametri koje je potrebno procijeniti.

Mreže parcijalne korelacije spadaju u širu skupinu statističkih modela pod nazivom *pairwise Markov random fields (PMRF)*, koji se baziraju na uvjetnoj nezavisnosti. Naime, prisutnost brida u ovakvoj mreži označava da dva čvora nisu nezavisna kada se kontroliraju svi drugi čvorovi u tom setu podataka. Ovako dobivena mreža zapravo predstavlja multipli linearni regresijski model, u kojem se svaki od čvorova predviđa na temelju svih preostalih čvorova (Fried i Cramer, 2017). Ovdje se, međutim, javlja problem prevelikog broja parametara koje je potrebno procijeniti u odnosu na veličinu uzorka koja je uobičajena za istraživanja u psihologiji. Naime, u matrici parcijalnih korelacija često se dobivaju niske vrijednosti ovih korelacija, ali jako rijetko nulte vrijednosti istih, što povećava broj parametara i time vodi tzv. *overfittingu* i nestabilnim procjenama. Stoga se najčešće takve mreže procjenjuju koristeći LASSO (engl. *the least absolute shrinkage and selection operator*) metodu regularizacije (Costantini i sur., 2017). Ova metoda ograničava sumu apsolutnih vrijednosti parcijalnih korelacija te se posljedično neke od njih smanjuju i postaju točno 0 (Epskamp i Fried, 2017). Njena upotreba dovodi do maksimalizacije specifičnosti, odnosno isključenja lažno pozitivnih bridova iz mreže te tipično rezultira boljim rezultatima križne validacije i interpretabilnijom mrežnom strukturom.

Međutim, može se dogoditi da procjena rezultira lažno negativnima, odnosno isključi i bridove koji zapravo postoje, jer daje proriječenu mrežu koja ne mora nužno odražavati stvarnu sliku odnosa među varijablama (Epskamp, Kruis i Marsman, 2017).

Prednosti mrežnog pristupa kao teorijske paradigme su mnogostruke. Za razliku od klasičnih psihometrijskih modela, gdje se simptomi najčešće agregiraju u ukupni rezultat koji odražava položaj osobe na latentnoj varijabli (Nuijten, Deserno, Cramer i Borsboom, 2016), mrežni model omogućuje određivanje centralnosti simptoma u mreži određenog poremećaja. Točnije, moguće je na temelju postojeće metode odrediti koji simptomi zauzimaju središnji položaj u mreži poremećaja, odnosno povezani su s velikim brojem drugih simptoma, a koji su pak više periferni. Mjere centralnosti u mrežnoj analizi temelje na najkraćoj duljini puta (engl. *shortest path length, SPL*), odnosno minimalnom broju bridova koje je potrebno prijeći da bi se došlo od jednog do drugog čvora (Borsboom i Cramer, 2013). SPL je u ponderiranoj mreži baziran na Dijkstrinom algoritmu (Dijkstra, 1959), koji minimalizira recipročnu vrijednost udaljenosti između dva čvora, pri čemu se u izračun udaljenosti mogu uzeti u obzir i broj bridova koji dijeli čvorove i ponderi (parcijalne korelacije) tih bridova (Opsahl, Agneessens i Skvoretz, 2010). Tri su najznačajnije mjere centralnosti čvora (Opsahl i sur., 2010). Prva, tzv. *stupanj čvora*, odnosi se na broj čvorova s kojima je neki čvor izravno povezan. Sljedeća mjera, *centralnost blizine* predstavlja recipročnu vrijednost sume svih najkraćih duljina puta između nekog čvora i svih ostalih čvorova u mreži, odnosno daje nam odgovor na pitanje koliko brzo taj čvor može „doći“ do ostalih. Konačno, *centralnost međusobnosti* predstavlja stupanj u kojem neki čvor leži na najkraćem putu između druga dva čvora. Mogućnost identifikacije centralnosti čvorova pokazala se korisnom u proučavanju psihopatologije. Primjerice, dosadašnja istraživanja pokazuju da su u mreži depresivnih simptoma središnji simptomi depresivno raspoloženje, gubitak interesa, umor i teškoće koncentracije (Cramer i sur., 2010; Fried i sur., 2015; Boschloo, van Borkulo, Borsboom i Schoevers, 2016), dok se u mreži simptoma PTSP-a kao visoko centralni ističu pojačana pobuđenost, teškoće koncentracije i traumatski snovi (McNally i sur., 2014). Heeren i McNally (2016) su, pak, pokazali da važnu ulogu u mreži socijalne fobije igra mjera pristranosti pažnje, a za zlouporabu droga se središnjim očituje korištenje supstance dulje od planiranog te interferencija s poslom i životom (Rhemtulla i sur., 2016). Nejednakost centralnosti simptoma otvara pitanje opravdanosti korištenja *cut-off* rezultata u dijagnostici, gdje jedna osoba s dovoljnim brojem perifernih simptoma može zadovoljiti kriterij za dobivanje dijagnoze, dok neka druga, s manjim brojem centralnih simptoma, neće doseći taj kriterij ni dobiti dijagnozu iako ima veću vjerojatnost da

razvije i druge simptome ako ne dobije pravovremeni tretman. Prema tome, mrežna perspektiva nosi važne implikacije za budućnost psihodijagnostičkih sustava.

Borsboom (2017) na temelju ovakve konceptualizacije predlaže i teoriju kojom bi se trebao objasniti razvoj samog poremećaja. Prema njemu, svojstva koja leže u uzročnim vezama među simptomima su latentna, sve dok vanjski okidač ne aktivira neki simptom, kada se aktivacija širi kroz čitavu mrežu simptoma putem njihovih veza. Ako je pojedinčeva mreža jako povezana, odnosno ako postoji prethodna osjetljivost, simptomi ulaze u fazu u kojoj, putem mehanizama povratnih veza, održavaju jedni druge pa mreža postaje samoodrživa te ostaje aktivna i nakon uklanjanja vanjskog okidača. Ovaj fenomen naziva se *histereza* i obilježje je prijelaza između faza u mnogim kompleksnim sustavima (van der Maas i Molenaar, 1992; prema Borsboom, 2017). Ovo je vidljivo, primjerice, u slučaju PTSP-a, koji traje dugo nakon što je traumatski događaj završio (McNally i sur., 2015), velike depresivne epizode nakon gubitka supružnika (Fried i sur., 2015) i učinaka zlostavljanja u djetinjstvu, koji perzistiraju i u odrasloj dobi (Isvoranu i sur., 2017). Iz ove teorije postaje jasno da simptomi koji se u mreži pokazuju središnjima, tj. povezanim s mnogim drugim simptomima, predstavljaju najveću opasnost za šireću aktivaciju mreže jer imaju veći uzročni utjecaj na ostatak mreže nego drugi simptomi (Borsboom i Cramer, 2013).

Mrežna analiza stoga otvara mogućnost izrade individualne mreže simptoma, koja bi predstavljala individualizirani pristup proučavanju razvoja, održavanja i tretmana poremećaja kod pojedinca (Borsboom i Cramer, 2013), a ponuđena teorija nosi određene implikacije za tretman, gdje intervencija može biti usmjerena na direktno mijenjanje stanja jednog ili više simptoma (pri čemu ima smisla raditi na simptomima koji su centralni), na uklanjanje okidača koji uzrokuju simptome, ili na promjenu same strukture mreže mijenjanjem veza među simptomima, što je intervencija na koju se često usmjerava kognitivno-bihevioralna terapija (Borsboom, 2017).

Mrežni pristup daje i novi smisao istraživanjima iz bihevioralne genetike. Cramer, Kendler i Borsboom (2011) pojašnjavaju jedan od mogućih razloga javljanja problema nedostajuće heritabilnosti (engl. *missing heritability*), odnosno nesklada između procjene visokog indeksa heritabilnosti i nemogućnosti identifikacije odgovornih genetskih polimorfizama u području psihopatologije. Budući da se genetska istraživanja većinom zasnivaju na modelu latentne varijable, ista nastoje povezati genetske polimorfizme sa sumom svih simptoma koji sačinjavaju neki poremećaj, što rezultira zahvaćanjem samo onog dijela genetske varijance koju simptomi (i njihove veze) međusobno dijele. Ako promatramo isto pitanje iz mrežne perspektive, legitimno je pretpostaviti da su same veze među simptomima

pod genetskim utjecajem, kao i da je gotovo nemoguće da je toliki broj različitih odnosa pod utjecajem istih gena (primjerice, veza između simptoma umora i nesanicice te veza depresivnog raspoloženja i suicidalnih misli). Stoga je pitanje u istraživanjima genetskih osnova psihičkih poremećaja potrebno preformulirati tako da se umjesto potrage za genima u podlozi poremećaja krene u potragu za genima koji uzrokuju određenu rizičnu strukturu mreže kod pojedinaca (Borsboom i Cramer, 2013).

Konačno, ovaj pristup našao je svoje mjesto i u objašnjavanju komorbiditeta, koji predstavlja značajan problem u kliničkoj psihologiji. Naime, komorbiditet poremećaja povezan je s većim smetnjama u svakodnevnom životu, većom potrebom za profesionalnom pomoći, slabijom prognozom i višim stopama suicida (Brown i sur., 1995; Albert i sur., 2008; Schoevers i sur., 2005; prema Cramer i sur., 2010). U psihopatologiji se on pokazuje gotovo kao pravilo, a ne iznimka (Borsboom i sur., 2011); među ljudima koji ispunjavaju dijagnostičke kriterije za jedan psihički poremećaj, oko 45% njih dobije i dodatne dijagnoze (Kessler i sur., 2005). Dosadašnja istraživanja komorbiditeta uglavnom su koristila model latentnih varijabli, proučavajući ga analizom povezanosti dviju kompozitnih mjera ili dviju dijagnoza (koje se smatraju dobrom zamjenom za latentnu varijablu u podlozi), odnosno promatrajući simptome kao pasivne indikatore latentnog stanja (poremećaja) (Borsboom i sur., 2011). Međutim, kao što je već spomenuto, mrežni model argumentira da očita prisutnost izravnih uzročnih veza među simptomima proturječi osnovnim pretpostavkama u podlozi modela latentnih varijabli, konkretno, pretpostavci o lokalnoj neovisnosti (Lord i Novick, 1968; prema Cramer i sur., 2010). Umjesto proučavanja komorbiditeta kao direktne veze između dvije latentne varijable, mrežna perspektiva predlaže analizu veza među samim simptomima bez prethodne pretpostavke da su oni uzrokovani psihičkim poremećajem. Pritom je sam poremećaj konceptualiziran kao klaster izravno povezanih simptoma. U mrežnoj analizi, klasteri simptoma mogu se utvrditi korištenjem određenih algoritama, među kojima je i tzv. *spinglass* algoritam, koji pronalazi klastere tako da broj i ponderirana snaga bridova unutar klastera budu veći od broja i snage bridova među čvorovima različitih klastera (Heeren i McNally, 2016). Unutar svakog poremećaja svi su simptomi međusobno povezani, dok među simptomima različitih poremećaja postoji manje veza i one su slabije. Međutim, kad promatramo veze između različitih poremećaja, možemo u nekim slučajevima primijetiti da određeni simptomi ne pripadaju jasno nijednom od poremećaja, već istodobno šalju i primaju efekte simptomima oba poremećaja. Radi se o tzv. premosnim simptomima (engl. *bridge symptoms*) i Cramer i suradnici (2010) smatraju da upravo ovi simptomi igraju ključnu ulogu u objašnjenju komorbiditeta među poremećajima. Ako se vratimo na temeljne postavke mrežne teorije u

psihopatologiji, upravo će ovakvi simptomi proširiti aktivaciju sa skupa simptoma jednog poremećaja na skup simptoma drugog poremećaja i tako dovesti do komorbidnog stanja. Sa stajališta mrežne analize kao metode, visoka vrijednost već spomenute centralnosti međusobnosti može se smatrati dobrim pokazateljem predstavlja li neki simptom prenosnicu između poremećaja. Važno je uvidjeti da hipoteza o zajedničkom javljanju dijagnoza u funkciji broja dijeljenih simptoma ne vrijedi za bolesti na koje se može primijeniti medicinski model. Točnije, činjenica da, primjerice, rak i tuberkuloza dijele neke simptome ne bi trebala imati utjecaja na njihovu stopu komorbiditeta jer svaka od bolesti ima svoj nezavisni uzrok (Fried i sur., 2016b). S druge strane, Borsboom i suradnici (2011) pokazali su u svojem istraživanju da empirijske stope komorbiditeta psihičkih poremećaja uistinu jesu negativno povezane s udaljenošću tih poremećaja u mreži simptoma DSM-a.

Komorbiditet poremećaja ličnosti

Kao što je već više puta spomenuto, komorbiditet je jedan od najznačajnijih problema kad je riječ o poremećajima ličnosti. Pokazuje se da broj diferencijalnih dijagnoza po poremećaju ličnosti varira od tri do sedam te da, u prosjeku, svaki poremećaj ličnosti pokazuje značajno preklapanje s 50% preostalih (Bornstein, 2010). Iako je mrežni pristup više puta korišten za proučavanje normalne ličnosti (vidi npr. Cramer i sur., 2012; Costantini i sur., 2015), samo je jedno istraživanje do sada koristilo istu metodu za proučavanje poremećaja ličnosti i ono se bavilo procjenom centralnosti simptoma graničnog poremećaja ličnosti (Richetin, Preti, Costantini i De Panfilis, 2017). Budući da su poremećaji ličnosti kao čitava kategorija još uvijek dosta nejasni i pokazuju izrazita preklapanja, kao zanimljivo istraživačko pitanje javlja se potreba za proučavanjem mrežne strukture simptoma različitih poremećaja iz ove kategorije. Cilj ovog istraživanja bio je upravo proučiti moguću podlogu komorbiditeta kategorija poremećaja ličnosti korištenjem postupka mrežne analize. Značajno je da je pritom teorijsko polazište bila kognitivna teorija poremećaja ličnosti te su umjesto samoprocjene simptoma korištene samoprocjene vjerovanja za koja se smatra da su u podlozi različitih poremećaja ličnosti. Budući da empirijski nalazi pokazuju da mjera ovih vjerovanja značajno korelira s mjerama depresivnosti i anksioznosti (Butler, Beck i Cohen, 2007) te da bi psihološka patnja i uznemirenost mogla utjecati na opće povišenje profila na istoj, prvenstveno s ciljem kontrole spomenutog efekta korištena je u ovom istraživanju i mjera depresivnosti, anksioznosti i stresa. Dodatno se kao pitanje od interesa nametnuo i položaj iste mjere u mreži vjerovanja, jer prijašnja istraživanja ukazuju na najviše korelacije mjera depresivnosti i anksioznosti s vjerovanjima u podlozi ovisnog poremećaja ličnosti (Butler, Beck i Cohen, 2007).

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je proučiti mrežnu strukturu disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi različitih poremećaja ličnosti.

PROBLEMI I HIPOTEZE

Problem 1: Ispitati koliko klastera u mrežnoj strukturi tvore disfunkcionalna vjerovanja u podlozi poremećaja ličnosti.

Hipoteza 1: Čestice namijenjene mjerenju disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi anksioznih, dramatičnih i ekscentričnih poremećaja ličnosti tvorit će tri odvojena klastera u mreži.

Problem 2: Ispitati položaj mjere psihološke patnje i uznemirenosti u mreži disfunkcionalnih vjerovanja poremećaja ličnosti.

Hipoteza 2: Čestica koja mjeri ukupan rezultat na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) imat će najveću parcijalnu korelaciju s disfunkcionalnim vjerovanjima u podlozi anksioznih poremećaja ličnosti, osobito ovisnog, te će se grupirati u klaster s istima.

Problem 3: Ispitati preklapanja disfunkcionalnih vjerovanja poremećaja ličnosti za tri teorijski pretpostavljena klastera izradom triju odvojenih mreža.

Hipoteza 3: Budući da ne postoje istraživanja koja su se bavila ovim problemom, hipoteza je eksploratorne prirode. Zbog istaknutog preklapanja poremećaja ličnosti unutar istog klastera, očekuje se statistički značajno preklapanje disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi različitih poremećaja ličnosti, ali zbog izrazite složenosti mreže nismo u mogućnosti predvidjeti specifičan uzorak povezanosti.

METODA

Postupak prikupljanja podataka

Radi želje za zauzimanjem dimenzionalne perspektive, odnosno ideje da svi ljudi imaju u nekoj mjeri izražena disfunkcionalna vjerovanja u podlozi poremećaja ličnosti, dok su kod pojedinaca s tim poremećajima ona ekstremno izražena, istraživanje je provedeno na općoj populaciji. Podaci su prikupljeni putem online ankete metodom snježne grude, odnosno lančanim prosljeđivanjem pojedinim osobama, te podjelom na društvenim mrežama (*facebook*, *reddit*), pri čemu je njihovo prikupljanje trajalo od sredine ožujka do početka svibnja 2018. godine. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno te sudionici nisu dobili nikakvu naknadu za sudjelovanje (bilo novčanu ili u obliku povratnih informacija). Istima je rečeno da se

istraživanjem žele ispitati vjerovanja koja imamo o sebi, drugima i svijetu, kao i neke mjere psihičkog zdravlja, te da rješavanjem ankete stoga imaju priliku saznati nešto novo o sebi. Budući da je jedan od uvjeta koji treba biti zadovoljen kad je riječ o poremećajima ličnosti perzistiranje simptoma kroz život, kriterij sudjelovanja u istraživanju bila je dobna granica od 22 godine. Na ovaj način željelo se izbjeći dominantno studentski uzorak te doći do starijih sudionika koji su mogli tijekom svojeg životnog vijeka produbiti disfunkcionalna vjerovanja koja upućuju na ove poremećaje.

Sudionici

Konačni uzorak istraživanja činilo je ukupno 1016 sudionika u dobnom rasponu od 22 do 84 godine ($M=31.03$; $SD=10.210$), od čega 69.1% žena ($N=702$). Sudionici su većinom bili nestudenti (63%), a najveći broj njih imao je završen visoki stupanj fakultetskog obrazovanja (30.2% diplomski, 6.7% postdiplomski studij). Postotak dovršenosti ankete iznosio je 61%, a dodatne analize pokazale su da se sudionici koji su odustali od ispunjavanja ankete ($N=644$) razlikuju statistički značajno od preostalog uzorka po tome da su u prosjeku bili mlađi, niže razine obrazovanja i češće muškog spola. Detaljniji prikaz osnovnih socio-demografskih karakteristika konačnog uzorka vidljiv je u *Prilogu 1*.

Mjerni instrumenti

U prvom dijelu online ankete prikupljeni su određeni sociodemografski podaci (spol, dob, razina obrazovanja, socio-ekonomski status, radni status, status veze).

Kao mjera disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi deset različitih poremećaja ličnosti korištena je skraćena verzija Upitnika osobnih vjerovanja (engl. *Personality Belief Questionnaire – short form*; PBQ-SF) (Butler, Beck i Cohen, 2007). Svaki od deset poremećaja ličnosti zastupljen je u upitniku s po sedam čestica, a riječ je o vjerovanjima u podlozi izbjegavajućeg (npr. *Trebao/la bih izbjegavati neugodne situacije pod svaku cijenu.*), ovisnog (npr. *Biti napušten/a bila bi najgora stvar na svijetu.*), opsesivno-kompulzivnog (npr. *Ne podnosim greške, nedostatke i mane.*), pasivno-agresivnog (npr. *Pravila su proizvoljna i guše me.*), antisocijalnog (npr. *Trebam napraviti sve s čim se mogu izvući.*), narcističnog (npr. *Drugi ljudi bi trebali zadovoljavati moje potrebe.*), histrionskog (npr. *Trebao/la bih biti u centru pažnje.*), shizoidnog (npr. *Više volim raditi stvari sam/a nego s drugima.*), paranoidnog (npr. *Drugi ljudi imaju skrivene motive.*) i graničnog poremećaja ličnosti (npr. *Ne mogu se nositi s problemima kao drugi ljudi.*). Odgovor na pitanje koliko osobno vjeruju u svaku od čestica daje se na skali od 5 stupnjeva (0 – uopće ne, 4 – u potpunosti), stoga se rezultat na svakoj subskali

kreće u teorijskom rasponu 0-28. Radi se o skraćenoj verziji originalnog upitnika u opsegu od 126 čestica, koja je dobivena identifikacijom čestica s najvišim koeficijentima diskriminativne valjanosti na kliničkom uzorku. Pritom skala za granični poremećaj ličnosti predstavlja kombinaciju vjerovanja u podlozi drugih poremećaja ličnosti za koja se pokazalo da najbolje razlikuju pacijente s ovom dijagnozom (Butler, Brown, Beck i Grisham, 2002). U kraćoj verziji upitnika pet vjerovanja preklapa se s vjerovanjima drugih poremećaja, a dva su zadržana iz dulje verzije posebno kao mjera graničnog poremećaja pa upitnik ima ukupno 65 čestica. Mjera je pokazala zadovoljavajuću pouzdanost (Cronbachov alfa koeficijent u rasponu od .81 do .92 za pojedine subskale) i konstruktnu valjanost na novom kliničkom uzorku (Butler, Beck i Cohen, 2007). PBQ-SF preveden je za potrebe ovog istraživanja na hrvatski jezik standardnom metodom dvostruko-slijepog prijevoda uz pomoć dva nezavisna engleska govornika. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije subskala upitnika kretala se od .73 za vjerovanja shizoidnog poremećaja do .89 za vjerovanja paranoidnog poremećaja, a mjere deskriptivne statistike za pojedine čestice mogu se vidjeti u *Prilogu 2*.

Sudionici su ispunili i DASS-21 (engl. *Depression Anxiety Stress Scale*), koji predstavlja kratku mjeru depresivnosti, anksioznosti i stresa (Antony, Bieling, Cox, Enns i Swinson, 1998; Henry i Crawford, 2005). U upitniku se od sudionika traži da procijene u kojoj su mjeri doživljavali simptome depresivnosti (npr. *Osjetio/la sam kao da život nema smisla.*), anksioznosti (npr. *Bio/la sam uplašen/a bez opravdanog razloga.*) i stresa (npr. *Bilo mi je teško opustiti se.*) u posljednjih tjedan dana na skali od četiri stupnja (0 – uopće se nije odnosilo na mene, 3 – gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene). Upitnik ima 21 česticu te se teorijski raspon odgovora kretao 0-63 za cijeli upitnik, odnosno 0-21 za pojedine subskale. Istraživanje Henryja i Crawforda (2005) pokazalo je da mjera ima izvrsnu pouzdanost tipa unutarnje konzistencije, u iznosu od .93, a ista vrijednost Cronbachovog alfa koeficijenta dobivena je i u ovom istraživanju.

Konačno, sudionici su odgovorili na dva pitanja vezana uz psihičko zdravlje koja su se ticala korištenja usluga psihoterapije i savjetovanja te povijesti psihijatrijskog liječenja.

Postupak analize podataka

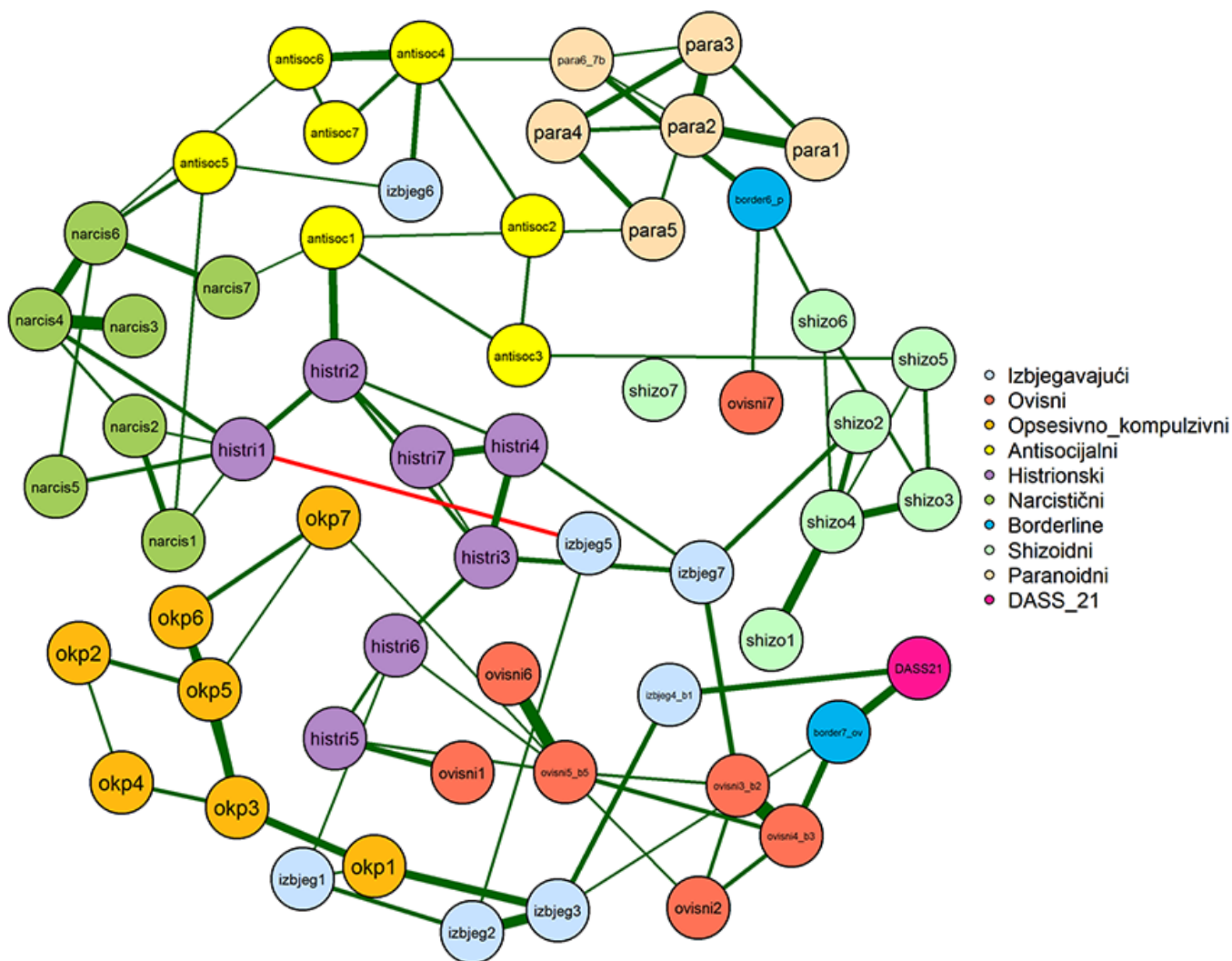
U konačne analize uključeni su oni sudionici kojima je nedostajalo manje od 10% ukupnih podataka, odnosno 1001 sudionik s kompletnim podacima te 15 sudionika kojima je nedostajao odgovor na posljednja dva pitanja o psihičkom zdravlju. Analize razlika između sudionika koji su dovršili anketu i onih koji su odustali od njenog ispunjavanja, kao i analize deskriptivne statistike provedene su u računalnom programu za statističku obradu podataka

SPSS. S druge strane, mrežna analiza, točnije identifikacija kolinearnih čvorova, vizualizacija mreže i mjera centralnosti, ispis veličina mjera centralnosti i veličina bridova te utvrđivanje klastera putem *springlass* algoritma, provedena je u programskom jeziku *R*, korištenjem paketa *qgraph* (Epskamp i sur., 2012), *igraph* (Csardi i Nepusz, 2006) i *networktools* (Jones, 2018).

REZULTATI I RASPRAVA

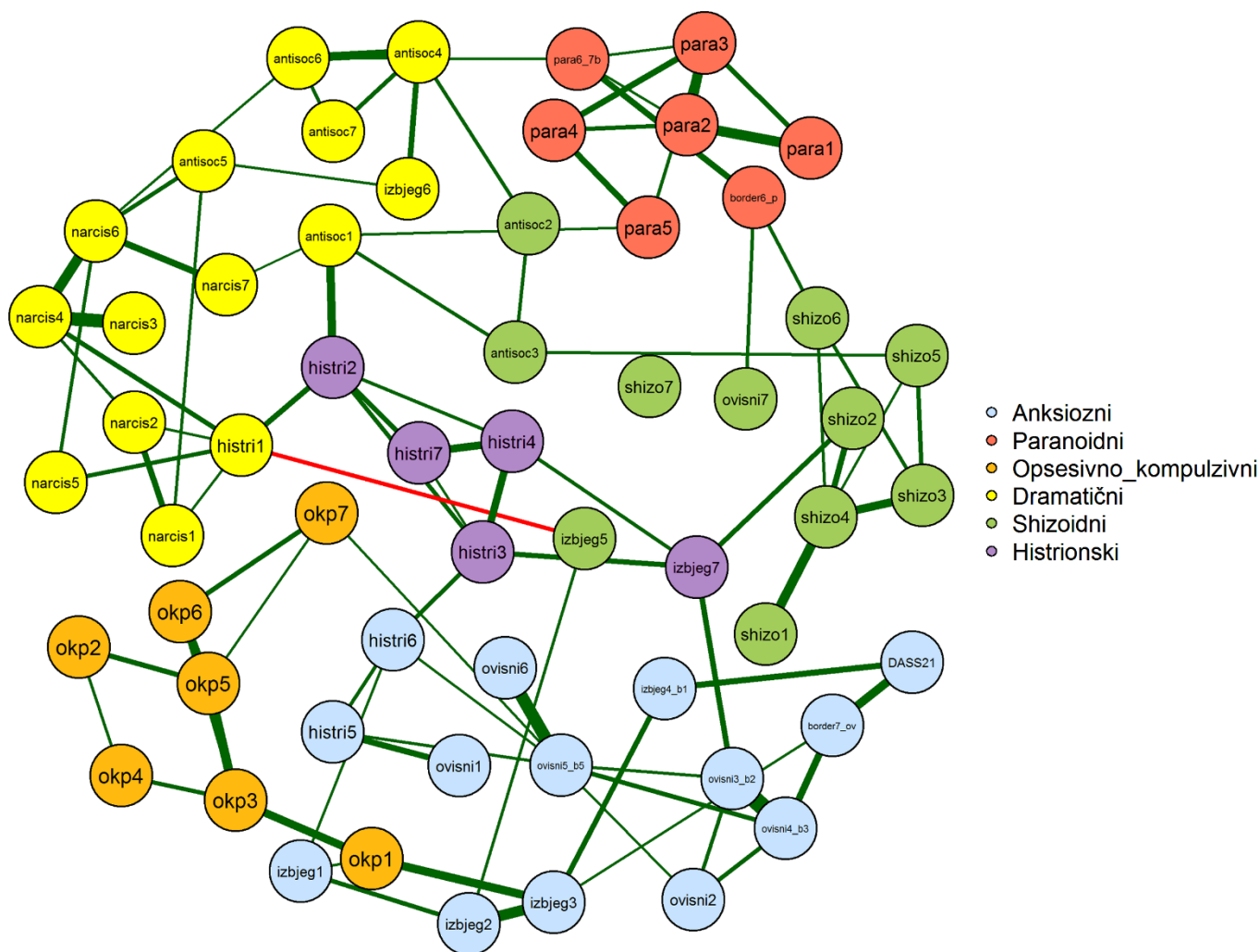
Kako bismo provjerili prvu i drugu hipotezu, procijenjena je regularizirana mreža parcijalnih korelacija u kojoj su čvorove predstavljale čestice disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi svih poremećaja, osim pasivno-agresivnog, te čestica ukupnog rezultata na upitniku DASS-21. Vjerovanja u podlozi pasivno-agresivnog poremećaja ličnosti nisu uključena u konačnu mrežu iz nekoliko razloga: (i) prvotne su analize pokazale da se ova vjerovanja „raspadaju“ u cjelovitoj mreži, (ii) isti je poremećaj isključen iz novijih klasifikacija, te (iii) nemamo snažno teorijsko uporište o njegovoj prirodi.

Prije procjene parametara mrežne strukture bilo je potrebno utvrditi jesu li neki od čvorova kolinearni, odnosno postoje li čvorovi koji međusobno visoko koreliraju te su u sličnim korelacijama s ostalim čvorovima. Takvi čvorovi najvjerojatnije mjere isti konstrukt te bi u mrežnoj analizi nepovoljno djelovali na procjenu veličine parcijalnih korelacija i vodili pristranim procjenama centralnosti (Costantini, 2014). U cjelovitoj mreži disfunkcionalnih vjerovanja pokazalo se da dvije čestice u podlozi paranoidnog poremećaja ličnosti (*Ljudi će me iskoristiti ako im pružim priliku.* i *Trebam cijelo vrijeme biti na oprezu.*) pokazuju visoku kolinearnost jer koreliraju iznad .50 (točnije, .69), te imaju manje od 25% različitih korelacija s drugim varijablama pa su ove čestice agregirane u jedan čvor koji je predstavljao njihov prosjek. U konačnoj mreži bilo je stoga ukupno 58 čvorova. Mreža na *Slici 1.* vizualizirana je pomoću Fruchterman-Reingold algoritma, koji smješta jače povezane čvorove bliže jedan drugome (Fruchterman i Reingold, 1991), a zbog jednostavnijeg prikaza uključeni su samo oni bridovi veći od .10. Detaljniji prikaz veličina bridova (parcijalnih korelacija) u mreži dostupan je od autorice, a iste su se kretale od -.14 (*histri1 (Trebao/la bih biti u centru pažnje.)*) i *izbjeg5 (Trebao/la bih izbjegavati situacije u kojima privlačim pažnju ili biti neprimjetan/na koliko god je to moguće.)*) do .44 (*ovisni3_b2 (Slab/a sam i stalno trebam druge.)*) i *ovisni4_b3 (Bespomoćan/na sam kad sam prepušten/a sam/a sebi.)*).



Slika 1. Mrežna struktura disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi poremećaja ličnosti i ukupnog rezultata na DASS-21 ($N=1016$)

Kako bi se utvrdio broj klastera koje tvore ova vjerovanja, korišten je *spinglass* algoritam te je izabrano najstabilnije rješenje, koje se može vidjeti na *Slici 2*. U konačnom ishodu, imena klastera odabrana su prema česticama koje sačinjavaju većinu ili čitav klaster. Rezultati pokazuju da se disfunkcionalna vjerovanja u podlozi različitih poremećaja ličnosti ne grupiraju u tri distinktna klastera, odnosno anksiozni, ekscentrični i dramatični, kako bi se očekivalo prema teorijskoj kategorijalnoj klasifikaciji. Hipoteza koju smo postavili stoga nije potvrđena.



Slika 2. Klasteri disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi poremećaja ličnosti dobiveni *spinglass* algoritmom ($N=1016$)

Umjesto takve raspodjele dobiva se ukupno šest klastera. Klaster dramatičnih poremećaja ličnosti se donekle replicira, izuzev vjerovanja u podlozi histrionskog poremećaja koja se izdvajaju u zaseban klaster. Isto vrijedi i za klaster anksioznih poremećaja ličnosti, gdje se vjerovanja u podlozi opsesivno-kompulzivnog poremećaja izdvajaju od onih ovisnog i izbjegavajućeg. Konačno, vjerovanja u podlozi paranoidnog i shizoidnog poremećaja odvajaju se u zasebne klastera i stoga ne tvore zajednički klaster ekscentričnih poremećaja ličnosti.

Zanimljivo je primijetiti da dobiveni klasteri prilično dobro oslikavaju novopredložene dimenzije iz DSM-5 i MKB-11, koje se u velikoj mjeri poklapaju i s petfaktorskim modelom ličnosti, što vjerojatno odražava pojavu da su kod pojedinih poremećaja ličnosti određene dimenzije osobito izražene. Čestice vjerovanja antisocijalnog i narcističnog poremećaja ličnosti, koje tvore zajednički klaster, mogle bi se opisati dimenzijom ugodnosti, odnosno njenim suprotnim polom, koja je predstavljena dimenzijom antagonizma iz DSM-5 (APA,

2013), odnosno disocijalnim obilježjima iz MKB-11 (WHO, 2018). U istu dimenziju, i statistički i sadržajno, dobro se uklapa i vjerovanje izbjegavajućeg poremećaja koje se odvojilo od ostalih („Bilo kakvi znakovi napetosti u odnosu pokazuju da se taj odnos pokvario. Stoga ga moram prekinuti.“). Vjerovanja u podlozi shizoidnog poremećaja ličnosti, kao i sedma čestica vjerovanja ovisnog („U osnovi sam sâm/a osim ako se ne vežem za jaču osobu.“) te peta čestica vjerovanja izbjegavajućeg („Trebao/la bih izbjegavati situacije u kojima privlačim pažnju ili biti neprimjetan/na koliko god je to moguće.“) uklapaju se u dimenziju introverzije, odnosno odvojenosti (APA, 2013; WHO, 2018). Pritom je manje jasno zašto bi dva vjerovanja u podlozi antisocijalnog poremećaja spadala u ovako definiran klaster. Nadalje, vjerovanja u podlozi opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti u potpunosti se odvajaju u zaseban klaster, koji bi mogao predstavljati dimenziju savjesnosti, odnosno anankastična obilježja iz novoobjavljene 11. verzije MKB-a (WHO, 2018) ili suprotni pol dimenzije dezinhibicije iz DSM-5 (APA, 2013). Ostala vjerovanja u podlozi poremećaja ličnosti iz anksiozne skupine tvore četvrti klaster, zajedno s ukupnim rezultatom na DASS-21 kao mjeri psihološke patnje i uznemirenosti te dvije čestice u podlozi histrionskog poremećaja (*Užasno je kad me ljudi ignoriraju. i Treba mi pažnja drugih da bih bio/la sretan/na.*), koji bi se mogao opisati dimenzijom neuroticizma, odnosno negativnog afektiviteta (APA, 2013; WHO, 2018). Što se tiče posljednja dva klastera, njihova interpretacija je manje jasna. Vjerovanja u podlozi paranoidnog poremećaja ličnosti mogla bi se povezati s dimenzijom psihoticizma iz DSM-5 (APA, 2013), koja je definirana odvojenošću od realiteta, dok su se vjerovanja u podlozi histrionskog poremećaja smjestila između, do sada poznatog dramatičnog i anksioznog klastera te bi se mogla opisati ekstremnom ekstraverzijom koja je motivirana negativnom slikom o sebi uz izražen neuroticizam. Ovakvi nalazi u skladu su s rezultatima meta-analize Saulsman i Pagea (2004) koja je ukazala na negativnu povezanost shizoidnog poremećaja ličnosti, a pozitivnu histrionskog s ekstraverzijom, pozitivnu povezanost izbjegavajućeg i ovisnog poremećaja s neuroticizmom, negativnu povezanost antisocijalnog i narcističnog poremećaja s ugodnosti, te pozitivnu povezanost opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti sa savjesnošću. U mreži je vidljivo da se vjerovanja koja dodatno opisuju i granični poremećaj ličnosti grupiraju s vjerovanjima onog poremećaja za kojeg su prvotno osmišljena, odnosno s paranoidnim, ovisnim ili izbjegavajućim. Premda se objašnjenje ovih klastera čini plauzibilnim, dobiveno klasterско rješenje potrebno je uzeti s dozom opreza. Budući da se radi o prilično velikoj mreži s puno čvorova, a time i bridova koje je potrebno procijeniti, moguće je da veličina uzorka u ovom istraživanju nije dovoljna za dobivanje stabilnih rezultata koji će se replicirati i na novom uzorku. U području metodologije mrežne analize trenutno je u procesu razvoj metoda procjene

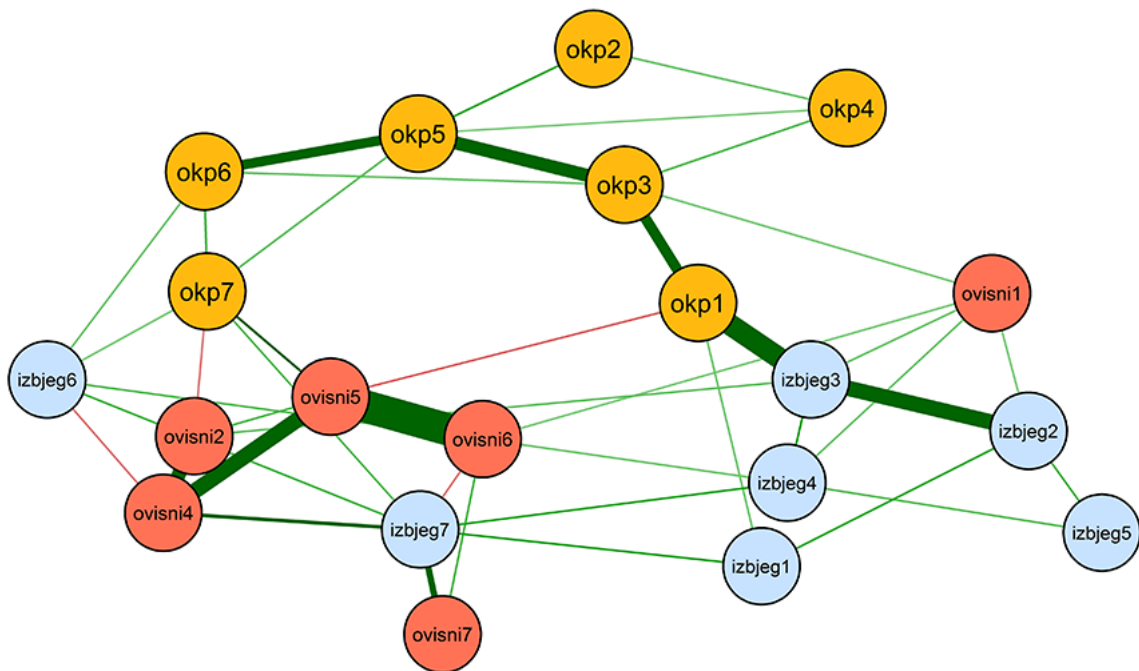
stabilnosti klusterskih rješenja, koje će, jednom kad postanu dostupne, moći bolje ukazati na vrijednost ovog nalaza.

Odgovorom na drugi istraživački problem potvrđena je druga hipoteza, odnosno ukupni rezultat na DASS-21 grupira se s vjerovanjima u podlozi anksioznih poremećaja ličnosti, točnije, vjerovanjima u podlozi ovisnog i izbjegavajućeg poremećaja ličnosti. Ovaj nalaz u skladu je s istraživanjem Butlera i suradnika (2007) koje je pokazalo da mjere depresivnosti i anksioznosti, BDI-II (engl. *Beck Depression Inventory-II*) i BAI (engl. *Beck Anxiety Inventory*), pokazuju najveće korelacije s ukupnim rezultatom na subskali vjerovanja ovisnog poremećaja ličnosti, a DAS (engl. *Dysfunctional Attitudes Scale*), mjera osjetljivosti na depresiju, najveću korelaciju s ukupnim rezultatom na subskalama vjerovanja izbjegavajućeg i opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti. Takav nalaz je očekivan, s obzirom na to da se radi o skupini poremećaja ličnosti koja možda jedina zadovoljava kriterij osobne patnje, te koja pokazuje visoke stope komorbiditeta s depresivnim i anksioznim poremećajima (Oldham i sur., 1995; Tyrer, Gunderson, Lyons i Tohen, 1997; Coid, Yang, Tyrer, Roberts i Ullrich, 2006). Štoviše, između izbjegavajućeg poremećaja ličnosti i socijalne fobije postoji toliko veliko preklapanje da ih neki smatraju alternativnim shvaćanjima istog stanja (APA, 2013; Skodol, 2005). Moguće je da vjerovanja u podlozi ovih poremećaja odgovaraju anksioznim i depresivnim tendencijama te se stoga ranije mogu manifestirati problemi s mentalnim zdravljem.

Kako bismo odgovorili na treći problem, procijenjene su tri odvojene mreže za tri teorijski predviđena klastera poremećaja ličnosti – anksiozni, dramatični i ekscentrični. Radi se o mrežama parcijalnih korelacija u kojima, radi manjeg broja čvorova, nije korištena regularizacija. Ovdje su također utvrđene kolinearne čestice pa su u dramatičnom klasteru dva vjerovanja u podlozi histrionskog poremećaja (*Ako ne zabavljam ili ne impresioniram druge, ne vrijedim.* i *Ako zabavljam ljude, oni neće zamijetiti moje slabosti.*) agregirana u njihov prosjek, dok je u anksioznom klasteru izbačena jedna čestica (*Slab/a sam i stalno trebam druge.*) jer je pokazivala preveliku sličnost s druge dvije čestice. U ekscentričnom klasteru nije bilo kolinearnih čestica. Dobivene mreže vidljive su na *Slikama 3., 4. i 5.*, dok se u *Prilogu 3, 4 i 5* mogu pronaći veličine bridova i mjere centralnosti za svaku od mreža. U mrežama (kao i tablicama s veličinama bridova u prilogima) zadržani su samo oni bridovi koji su se pokazali statistički značajnima uz Holmovu korekciju za višestruka testiranja, koja se preferira u odnosu na Bonferronijevu jer je manje stroga (Holm, 1979). Treća hipoteza bila je eksploratorne prirode, a cilj je bio steći uvid u povezanost vjerovanja poremećaja ličnosti iz tri teorijski predviđena klastera. Za usporedbu s vrijednostima međusobnosti dobivenima u trima mrežama

možemo navesti da su vjerovanja iz prethodno dobivenih klastera s najvećom centralnosti međusobnosti (vidi *Prilog 6*) čestice *izbjeg7* i *histri3* iz histrionskog klastera, *okp5* i *okp1* iz opsesivno-kompulzivnog klastera, *shizo4* iz shizoidnog klastera, *histri1* i *narcis6* iz dramatičnog klastera, te *izbjeg3* i *ovisni5* iz anksioznog klastera. Kao što ćemo vidjeti, većina ovih čestica ima visoku centralnost i u mrežama koje slijede.

Anksiozni klaster



izbjegavajući

- izbjeg1: 1. Biti razotkriven/a kao inferioran/na ili neadekvatan/na bit će nepodnošljivo.
- izbjeg2: 2. Trebao/la bih izbjegavati neugodne situacije pod svaku cijenu.
- izbjeg3: 5. Ne mogu podnijeti neugodne osjećaje.
- izbjeg4: 31. Neugodni osjećaji postat će sve gori i izmaknut će mojoj kontroli.
- izbjeg5: 33. Trebao/la bih izbjegavati situacije u kojima privlačim pažnju ili biti neprimjetan/na koliko god je to moguće.
- izbjeg6: 39. Bilo kakvi znakovi napetosti u odnosu pokazuju da se taj odnos pokvario. Stoga ga moram prekinuti.
- izbjeg7: 43. Ako mi se ljudi približe, otkrit će „pravog/u“ mene i odbacit će me.

opsesivno_kompulzivni

- okp1: 6. Ne podnosim greške, nedostatke i mane.
- okp2: 9. Ako nemam pravila, sve će se raspasti.
- okp3: 11. Važno je sve odraditi savršeno.
- okp4: 19. Detalji su neizmerno važni.
- okp5: 30. Nužno je držati se najviših standarda cijelo vrijeme, ili će se sve raspasti.
- okp6: 40. Ako ne radim na najvišoj razini, neću uspjeti.
- okp7: 57. Bilo koja mana ili greška u izvedbi može dovesti do katastrofe.

ovisni

- ovisni1: 15. Biti napušten/a bila bi najgora stvar na svijetu.
- ovisni2: 18. Trebam druge da mi pomognu donijeti odluku ili kažu što da radim.
- ovisni4: 45. Bespomoćan/na sam kad sam prepušten/a sam/a sebi.
- ovisni5: 56. Stalno trebam nekoga tko će mi biti dostupan da mi pomogne u svemu što moram napraviti ili u slučaju da nešto pođe po zlu.
- ovisni6: 62. Cijelo vrijeme moram imati pristup osobi koja mi pomaže.
- ovisni7: 63. U osnovi sam sam/a – osim ako se ne vežem za jaču osobu.

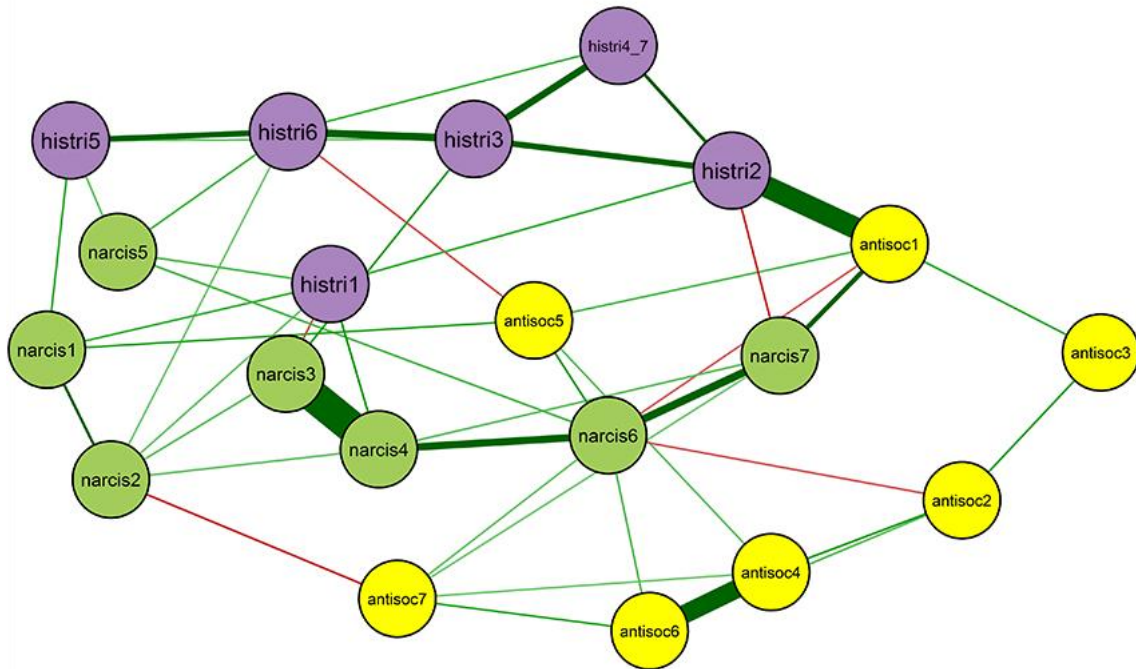
Slika 3. Mrežna struktura disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi anksioznih poremećaja ličnosti ($N=1016$)

U mreži vjerovanja poremećaja ličnosti iz anksioznog klastera možemo vidjeti da su, iako postoje većinom jače povezanosti vjerovanja unutar istog poremećaja, ona ipak u velikoj mjeri isprepletana. Ako pogledamo vrijednosti mjera međusobnosti u *Prilogu 3*, vidjet ćemo da najviše vrijednosti imaju treća i sedma čestica vjerovanja izbjegavajućeg te prva i treća čestica vjerovanja opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti. Treća čestica vjerovanja izbjegavajućeg (*Ne mogu podnijeti neugodne osjećaje.*) te prva čestica vjerovanja opsesivno-kompulzivnog poremećaja (*Ne podnosim greške, nedostatke i mane.*) mogle bi biti *dijeljena*

vjerovanja između ovih dvaju poremećaja. Naime, dvije čestice imaju izraženu međusobnu parcijalnu korelaciju u iznosu od .34, koja je viša od njihovih parcijalnih korelacija s vjerovanjima u podlozi onih poremećaja ličnosti koje bi trebale mjeriti. Moguće je da se radi o vjerovanjima koja imaju i pojedinci s izraženim vjerovanjima u podlozi izbjegavajućeg i pojedinci s izraženim vjerovanjima u podlozi opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti. Spomenuta dijeljena vjerovanja mogu također biti izvor komorbiditeta, odnosno osobe s jako razvijenim ovim vjerovanjima mogu razviti tijekom života i ostala vjerovanja u podlozi dvaju različitih poremećaja ličnosti. Primjerice, osoba s izraženim vjerovanjem o nepodnošljivosti bilo kakvih nesavršenosti može imati razvijeno i vjerovanje da su neugodni osjećaji također nepodnošljivi. To vjerovanje tijekom života dalje može voditi razvoju uvjerenja da će neugodni osjećaji izmaknuti kontroli te strategijama povlačenja i izbjegavanja situacija u kojima do njih može doći. Ovaj nalaz u skladu je s prijašnjim istraživanjem, u kojem je opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti pokazao najveći komorbiditet s izbjegavajućim poremećajem ličnosti (McGlashan i sur., 2000), kao i s nalazom da je prisutnost samo ova dva poremećaja ličnosti značajno povezana s perfekcionizmom kod pacijenata s istodobnom dijagnozom paničnog poremećaja (Iketani i sur., 2002). Ova spoznaja može biti izrazito važna u terapijskom radu jer, ako izbjegavajući poremećaj ličnosti svoje korijene zapravo vuče iz vjerovanja vezanih uz perfekcionističke tendencije, smisljeno bi bilo raditi na razbijanju upravo tih, čini se sržnih kognitivnih shema.

S druge strane, sedma čestica izbjegavajućeg poremećaja (*Ako mi se ljudi približe, otkrit će „pravog/u“ mene i odbacit će me.*) mogla bi biti dijeljeno vjerovanje između izbjegavajućeg i ovisnog klastera, jer istovremeno ima visoke parcijalne korelacije s prvom (.21), četvrtom (.21) i šestom (.17) česticom vjerovanja izbjegavajućeg te četvrtom (.24) i sedmom (.25) česticom ovisnog poremećaja. Vjerovanje da je osoba na neki način neadekvatna može dovesti do razvoja dviju različitih strategija, gdje u jednoj ista pokazuje izbjegavajuća ponašanja i odmak od drugih, dok se u drugoj pretjerano veže za druge i postaje potpuno ovisna o njima, gubeći vlastiti identitet. Zanimljiva je misao o komorbidnom stanju u ovom slučaju, gdje bi osoba trebala pokazivati obje strane medalje – s jedne strane, potrebu za vezivanjem u ovisnički odnos, a s druge strah od odbacivanja zbog vlastite neadekvatnosti te zadržavanje odmaka i u takvom odnosu. Ovaj crno-bijeli opis u velikoj mjeri podsjeća na granični poremećaj ličnosti, za koji se uistinu pokazalo da se može adekvatno diskriminirati pomoću vjerovanja u podlozi ovisnog i izbjegavajućeg poremećaja, što ponovno ukazuje na nejasnost granica između ovako definiranih kategorija.

Dramatični klaster



histrionski

- histri1: 8. Trebao/la bih biti u centru pažnje.
- histri2: 22. Da bih dobio/la što želim, trebam očarati ili zabaviti ljude.
- histri3: 34. Ako ne održavam zainteresiranost drugih za mene, neće me voljeti.
- histri4_7: 37. Ako ne zabavljam ili ne impresioniram druge, ne vrijedim./55. Ako zabavljam ljude, oni neće zamijetiti moje slabosti.
- histri5: 52. Užasno je kad me ljudi ignoriraju.
- histri6: 54. Treba mi pažnja drugih da bih bio/la sretan/na.

narcistični

- narcis1: 10. Ne mogu podnijeti da ne dobijem zasluženno poštovanje ili ono što mi pripada.
- narcis2: 16. Drugi bi trebali prepoznati koliko sam poseban/na.
- narcis3: 26. Razumiju me samo ljudi koji su jednako briljantni kao ja.
- narcis4: 27. Budući da sam bolji/a od drugih, imam pravo na poseban tretman i privilegije.
- narcis5: 46. Drugi ljudi bi trebali zadovoljavati moje potrebe.
- narcis6: 58. Budući da sam tako talentiran/a, ljudi bi trebali raditi ustupke radi mog napredovanja.
- narcis7: 60. Ne trebam se držati pravila koja vrijede za druge ljude.

antisocijalni

- antisoc1: 23. Trebam napraviti sve s čim se mogu izvući.
- antisoc2: 32. Svijet je džungla u kojoj preživljava jači.
- antisoc3: 35. Ako nešto želim, trebam poduzeti sve što je potrebno kako bih to dobio/la.
- antisoc4: 38. Ljudi će me "srediti", ako ja njih ne "sredim" prvi/a.
- antisoc5: 42. Tretiran/a sam nepravedno i imam pravo dobiti svoj dio kojim god sredstvima mogu.
- antisoc6: 59. Ako ne budem grub/a prema drugima, oni će biti grubi prema meni.
- antisoc7: 61. Najbolji način da se stvari obave je silom ili lukavošću.

Slika 4. Mrežna struktura disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi dramatičnih poremećaja ličnosti (N=1016)

Iako su se neke čestice paranoidnog, izbjegavajućeg i ovisnog poremećaja ličnosti pokazale uspješnima u diskriminaciji osoba s graničnim poremećajem ličnosti te iste u upitniku služe i kao mjera vjerovanja ovog poremećaja, ove čestice nisu uključene u mrežu vjerovanja dramatičnih poremećaja ličnosti. Naime, nije se činilo teorijski smislenim uključiti u mrežu čestice primarno namijenjene mjerenju vjerovanja poremećaja drugih teorijskih klastera, pogotovo s obzirom na to da su se iste čestice u empirijski dobivenim klasterima grupirale

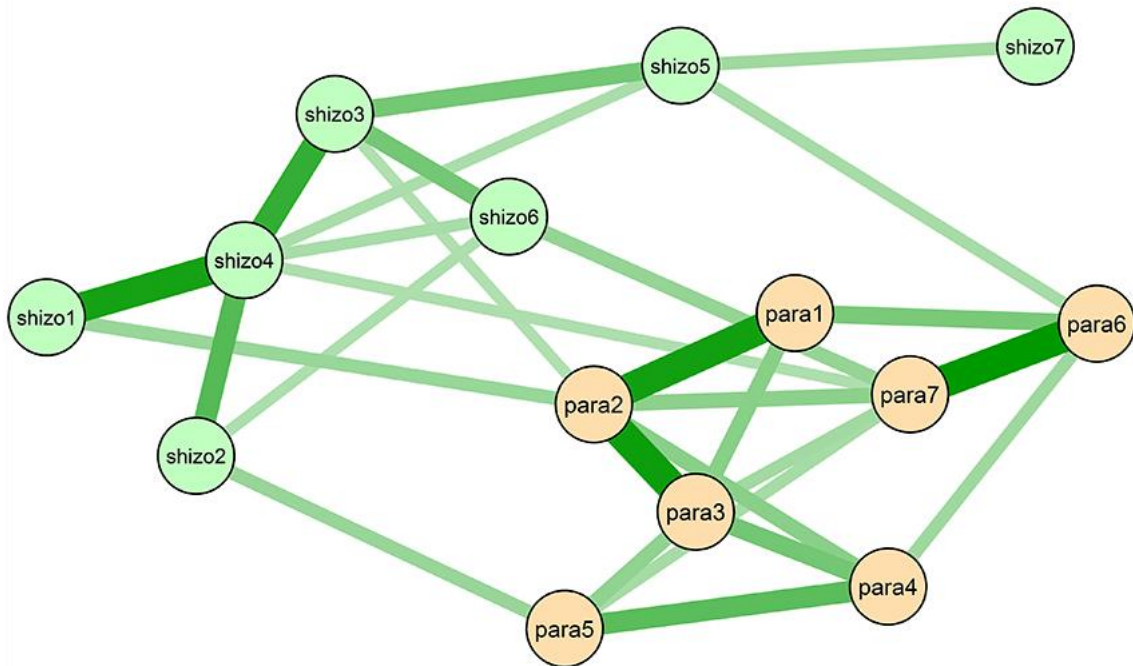
zajedno s tim poremećajima. Stoga su u mrežu vjerovanja u podlozi dramatičnih poremećaja ličnosti uključena vjerovanja narcističnog, histrionskog i antisocijalnog poremećaja ličnosti. Kao i u prethodnoj mreži, vidljivo je da su vjerovanja prilično isprepletena. Ako pogledamo tablicu s mjerama centralnosti u *Prilogu 4*, možemo vidjeti da se šesta čestica vjerovanja narcističnog poremećaja (*Budući da sam tako talentiran/a, ljudi bi trebali raditi ustupke radi mog napredovanja.*) ističe s daleko najvećom međusobnosti i na neki način predstavlja poveznicu među ostalim vjerovanjima. Druge dvije čestice s visokom vrijednosti međusobnosti su peta čestica antisocijalnog (*Tretiran/a sam nepravedno i imam pravo dobiti svoj dio kojim god sredstvima mogu.*) i druga čestica histrionskog poremećaja (*Da bih dobio/la što želim, trebam očarati ili zabaviti ljude.*). Spomenuta čestica antisocijalnog poremećaja mogla bi biti dijeljeno vjerovanje između narcističnog i antisocijalnog poremećaja ličnosti budući da povezuje prvu (*Ne mogu podnijeti da ne dobijem zaslužen poštovanje ili ono što mi pripada.*) i šestu česticu (*Budući da sam tako talentiran/a, ljudi bi trebali raditi ustupke radi mog napredovanja.*) vjerovanja narcističnog poremećaja s prvom (*Trebam napraviti sve s čim se mogu izvući.*) i četvrtom (*Ljudi će me „srediti“, ako ja njih ne „sredim“ prvi/a.*) česticom vjerovanja antisocijalnog poremećaja. Ova premosnica jako dobro odražava osjećaj prava, odnosno neopravdano očekivanje osoba da trebaju biti posebno tretirane pa je moguće da pojedinci s izraženim narcističnim vjerovanjima o vlastitoj važnosti češće imaju i antisocijalna vjerovanja da smiju ostvariti svoja prava na koji god način umiju. Komorbidna dijagnoza ovih dvaju poremećaja stoga vjerojatno proizlazi iz tendencije agresivnog stavljanja sebe ispred drugih ljudi.

Nadalje, druga čestica vjerovanja histrionskog (*Da bih dobio/la što želim, trebam očarati ili zabaviti ljude.*) i prva čestica vjerovanja antisocijalnog poremećaja (*Trebam napraviti sve s čim se mogu izvući.*) mogle bi biti dijeljena vjerovanja ovih dvaju poremećaja. Osobe s izraženim spomenutim vjerovanjima vjerojatno pokazuju smanjenu inhibiciju, izrazitu želju za uzbuđenjem te su usmjerene na postizanje neposrednog zadovoljstva.

Konačno, kad je riječ o povezanosti histrionskog i narcističnog poremećaja ličnosti, dijeljeno vjerovanje u podlozi ovih poremećaja najvjerojatnije predstavlja prva čestica vjerovanja histrionskog poremećaja (*Treba/la bih biti u centru pažnje.*), koja, doduše, nema visoku vrijednost međusobnosti, ali povezuje većinu vjerovanja narcističnog poremećaja s najcentralnijim vjerovanjem histrionskog poremećaja. S jedne strane, kod narcističnog poremećaja ličnosti ovo se vjerovanje očituje u traženju posebnih prava i privilegija, dok se s druge, kod histrionskog poremećaja, iskazuje u tendenciji zadobivanja pažnje zabavljanjem drugih. Vjerovanja ovih dvaju poremećaja zapravo su u mreži toliko jako isprepletena da je

posve jasno zašto ih je u praksi često teško odvojiti. Moguće je da osobe s razvijenim narcističnim crtama o vlastitoj grandioznosti razvijaju i histrionske osobine kao način izražavanja prvih, te da su ova dva poremećaja ogledalo iste potrebe za pažnjom, proizašle iz bazično nesigurne i krhke ličnosti.

Ekscentrični klaster



shizoidni

- shizo1: 12. Više volim raditi stvari sam/a nego s drugima.
- shizo2: 25. Odnosi s drugim ljudima su komplicirani i ograničavaju slobodu.
- shizo3: 28. Važno mi je biti slobodan/na i neovisan/na o drugima.
- shizo4: 29. U mnogim situacijama bolje mi je kada me drugi ostave na miru.
- shizo5: 36. Bolje je biti sam/a nego se osjećati kao da si „zapeo/la“ s drugim ljudima.
- shizo6: 50. Vlastita privatnost mnogo mi je važnija od bliskosti s drugima.
- shizo7: 53. Mišljenja drugih ljudi nisu mi važna.

paranoidni

- para1: 3. Ako se ljudi ponašaju prijateljski, možda me pokušavaju iskoristiti.
- para2: 13. Drugi će me pokušati iskoristiti ili manipulirati mnome ako se ne budem pazio/la.
- para3: 14. Drugi ljudi imaju skrivene motive.
- para4: 17. Drugi ljudi će me namjerno pokušati omalovažiti.
- para5: 24. Ako drugi doznaju neke stvari o meni, iskoristit će ih protiv mene.
- para6: 48. Ljudi će me iskoristiti ako im pružim priliku.
- para7: 49. Trebam cijelo vrijeme biti na oprezu.

Slika 5. Mrežna struktura disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi ekscentričnih poremećaja ličnosti ($N=1016$)

Već na prvi pogled, disfunkcionalna vjerovanja su u ovoj skupini poremećaja puno više međusobno razdvojena s obzirom na poremećaje, što je primjetno i u rezultatima dobivenima

spinglass algoritmom, prema kojima se shizoidni i paranoidni poremećaj ličnosti odvajaju u zasebne klustere. U *Prilogu 5* vidljive su mjere centralnosti čestica, gdje najveću vrijednost međusobnosti imaju četvrta čestica vjerovanja shizoidnog (*U mnogim situacijama bolje mi je kada me drugi ostave na miru.*) te druga (*Drugi će me pokušati iskoristiti ili manipulirati mnome ako se ne budem pazio/la.*) i sedma čestica vjerovanja paranoidnog poremećaja (*Trebam cijelo vrijeme biti na oprezu.*). Moguće je da ova dva poremećaja dijele vjerovanje kako je najbolje biti sam, pri čemu kod shizoidnog to vjerovanje proizlazi iz nezainteresiranosti za druge ljude, dok kod paranoidnog isto proizlazi iz nepovjerenja prema njima. Vjerovanja u podlozi paranoidnog poremećaja ličnosti vjerojatno su povezana s nekim vjerovanjima shizoidnog jer zbog nepovjerenja u podlozi ovog poremećaja dolazi do otuđivanja od drugih ljudi, no budući da se radi o korelacijama, nije moguće sa sigurnošću utvrditi smjer ove povezanosti. Budući da su u ovom klasteru vjerovanja u podlozi paranoidnog poremećaja semantički međusobno puno sličnija nego vjerovanja iz prethodnih klastera (što je vidljivo i iz vrijednosti Cronbachovog alfa koeficijenta), teško je pronaći dovoljno smislenu interpretaciju dobivenih nalaza. Moguće je da su dobiveni rezultati, odnosno izrazita odvojenost vjerovanja dviju kategorija, posljedica upravo sadržajne homogenosti čestica namijenjenih mjerenju tih vjerovanja.

Ograničenja

Provedeno istraživanje ima određena ograničenja, pored već spomenutog koje se tiče veličine uzorka i stabilnosti dobivenih nalaza. Ono je provedeno na normalnoj populaciji jer je krenulo od pretpostavke o dimenzionalnosti ovih poremećaja te ideje da će se i u općoj populaciji zahvatiti dio pojedinaca s ekstremno izraženim ispitivanim disfunkcionalnim vjerovanjima. Bilo bi zanimljivo vidjeti kako bi ista mreža izgledala na kliničkoj populaciji, premda bi ovo zahtijevalo da se na neki način dođe do pojedinaca s dijagnozom poremećaja ličnosti koji nisu trenutno psihički promijenjeni zbog nekog drugog poremećaja s osi I, što bi svakako samo po sebi bilo izazov. Osim toga, ostvarivanje adekvatne statističke snage, odnosno prikupljanje dovoljno velikog uzorka za dobivanje stabilne mreže, u tom bi slučaju nažalost predstavljalo gotovo neostvariv cilj. No, moguće je da bi vjerovanja mreže ove skupine pojedinaca bila jače povezana unutar istog poremećaja ličnosti, a manje između različitih poremećaja te da ne bismo uspjeli replicirati nalaze koji predstavljaju kritiku trenutnom klasifikacijskom sustavu. Ipak, ako se priklonimo aktualnom pogledu da poremećaji kao odvojene kategorije uistinu ne postoje, vjerojatno je da ni pojedinci s dijagnozom poremećaja ličnosti ne bi imali izražena vjerovanja samo jednog poremećaja.

Drugi nedostatak ovog istraživanja tiče se korištenja mjera samoprocjene za identifikaciju disfunkcionalnih vjerovanja. Naime, za razliku od drugih poremećaja, koji su za pojedinca najčešće ometajući i izazivaju patnju, simptomi poremećaja ličnosti su u najvećoj mjeri egosintoni, odnosno sukladni njegovom doživljaju sebe, te ih je on u manjoj mjeri svjestan (Bornstein, 2010). Stoga se postavlja pitanje točnosti podataka dobivenih samoprocjenama pa bi buduća istraživanja trebala pokušati replicirati dobivene nalaze uz pomoć drugih metoda, poput procjena od strane drugih.

Treći potencijalni problem odnosi se na metodu prikupljanja podataka putem online upitnika, koja je učinila uzorak potencijalno pristranim (npr. mladi, obrazovaniji, informatički pismeni sudionici). Njome smo, međutim, nastojali osigurati potpunu anonimnost sudionika s obzirom na osjetljivost teme istraživanja te je ista bila optimalna iz razloga što omogućuje pristup jako velikom broju sudionika koji je bio potreban radi prirode provedenih statističkih postupaka. S obzirom na uvid u sociodemografske karakteristike našeg uzorka, smatramo kako potencijalna pristranost po pitanju stupnja obrazovanja, dobi i socioekonomskog statusa nije značajno izražena.

Vjerovanja u podlozi poremećaja ličnosti predstavljaju kognitivni aspekt ovih poremećaja i korištena su radi pretpostavke da su manje ugrožavajuća te da će pojedinci lakše priznati njihovo postojanje nego, primjerice, postojanje neprilagođenih ponašanja karakterističnih za poremećaje ličnosti. Međutim, u budućnosti bi trebalo pronaći valjane načine mjerenja i drugih varijabli, u prvom redu simptoma tih poremećaja, ali i dodatnih vanjskih varijabli, poput povijesti zlostavljanja, zlouporabe droga, povijesti kriminalnog ponašanja, i sl., kako bi se dobio cjelovitiji uvid u to koje su varijable centralne u jednom takvom odstupajućem obrascu unutaršnjeg doživljavanja i ponašanja kao što je poremećaj ličnosti.

S obzirom na prirodu ispitivanih problema, analize su provedene na razini čestica, a ne faktora, te je moguće da iste sadrže znatnu količinu varijance pogreške. Također, unatoč pretpostavci da je lakše priznati disfunkcionalne načine razmišljanja nego neprilagođena ponašanja, ne može se isključiti mogućnost da su sudionici na neke od čestica davali socijalno poželjne odgovore, što se može primijetiti i iz mjera deskriptivne statistike (primjerice, jako niski prosječni rezultati i pokazatelji raspršenja za neke od vjerovanja u podlozi narcističnog i antisocijalnog poremećaja ličnosti). Ovakav način odgovaranja dovodi do suženog varijabiliteta odgovora, što ima važne posljedice za veličinu korelacija te predstavlja još jedno potencijalno ograničenje ovog istraživanja.

Konačno, interindividualne razlike ne odražavaju uvijek najvjernije intraindividualne procese (Fried i sur., 2016b; Fisher, Medaglia i Jeronimus, 2018), stoga bi i istraživanja poremećaja ličnosti iz mrežne perspektive imala značajnu korist od longitudinalnog promatranja simptoma pojedinaca, umjesto uzorka povezanosti simptoma veće skupine ljudi.

Unatoč svemu, ovo istraživanje predstavlja jedno od prvih koje je koristilo mrežnu perspektivu u svrhu objašnjenja preklapanja kategorija poremećaja ličnosti i njegovi rezultati daju opreznu potporu novoj paradigmi u ovom području, koja poremećaje ličnosti ne konceptualizira kao jasno odvojene kategorije koje su kvalitativno različite od normalne populacije, već kao krajnju točku kontinuuma dimenzionalnih crta ličnosti koje postoje i u normalnoj populaciji.

ZAKLJUČAK

Ovim istraživanjem htjeli smo provjeriti mrežnu strukturu disfunkcionalnih vjerovanja u podlozi različitih poremećaja ličnosti. Ono predstavlja pokušaj rasvjetljavanja preklapajuće prirode ovih kategorija poremećaja uz pomoć novog, mrežnog pristupa psihopatologiji. Rezultati pokazuju da se vjerovanja u podlozi devet različitih poremećaja ličnosti ne grupiraju u tri teorijski predviđena klastera, odnosno anksiozni, dramatični i ekscentrični, već u klaster koji bi se bolje mogli objasniti novousvojenim dimenzionalnim pristupom, temeljenom na crtama ličnosti (antagonizam/disocijalna obilježja, odvojenost, anankastična obilježja, negativni afektivitet, psihoticizam, suprotni pol odvojenosti). Ukupni rezultat na upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa u najvećoj mjeri se povezuje s vjerovanjima u podlozi ovisnog i izbjegavajućeg poremećaja ličnosti te s njima tvori klaster koji se najbolje može opisati kao sklonost negativnom afektu. Konačno, analize provedene na teorijski predviđenim klasterima ukazuju na izrazita preklapanja vjerovanja u podlozi anksioznih, kao i dramatičnih poremećaja ličnosti, te dovode u pitanje opravdanost korištenja strogo odvojenih kategorija poremećaja ličnosti. S druge strane, vjerovanja shizoidnog i paranoidnog klastera pokazuju znatno bolje odvajanje, i međusobno, i u odnosu na vjerovanja drugih poremećaja u cjelovitoj mreži, vjerojatno jer mjere zasebne, specifične uzorke mišljenja i ponašanja.

LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga (2013). DSM-5: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. i Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176-181.
- Bak, M., Drukker, M., Hasmi, L. i van Os, J. (2016). An n=1 Clinical Network Analysis of Symptoms and Treatment in Psychosis. *PLoS ONE*, 11(9), e0162811.
- Beard, C., Millner, A.J., Forgeard, M.J., Fried, E.I., Hsu, K.J., Treadway, M.T., ...Björgvinsson, T. (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 46, 3359–3369.
- Beck, A.T. i Beck, J.S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A., ...Renton, J. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders: Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Bernstein, D. P., Iscan, C. i Maser, J., Association for Research in Personality Disorders, International Society for the Study of Personality Disorders (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, 21, 536–551.
- Bornstein, R.F. (2010). The rocky road from Axis I to Axis II: Extending the network model of diagnostic comorbidity to personality pathology [Komentar na rad "Comorbidity: A network perspective", autora Cramer, A.O.J., Waldorp L.J., van der Maas H.L.J, Borsboom D.]. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 151–152.
- Borsboom D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1089–1108.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Borsboom, D. i Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- Borsboom, D., Cramer, A. O. J., Schmittmann, V. D., Epskamp, S. i Waldorp, L. J. (2011). The small world of psychopathology. *PLoS ONE*, 6(11), e27407.
- Boschloo, L., van Borkulo, C.D., Borsboom, D. i Schoevers, R.A. (2016). A Prospective Study on How Symptoms in a Network Predict the Onset of Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 183–184.

- Boschloo, L., van Borkulo, C.D., Rhemtulla, M., Keyes, K.M., Borsboom, D., Schoevers, R.A. (2015). The Network Structure of Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *PLoS ONE*, *10*(9), e0137621.
- Bringmann, L.F., Lemmens, L.H.J.M., Huibers, M.J.H., Borsboom, D. i Tuerlinckx, F. (2014). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine*, *45*(4), 747-757.
- Butler, A. C., Beck, A. T. i Cohen, L. H. (2007). The personality belief questionnaire-short form: Development and preliminary findings. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(3), 357-370.
- Butler, A.C., Brown, G.K., Beck, A.T. i Grisham, J.R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(10), 1231–1240.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. i Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(5), 423-431.
- Costantini, G. (2014). *Network Analysis: A New Perspective on Personality Psychology*. Doktorski rad. Milano: University of Milano-Bicocca, Department of Psychology.
- Costantini, G., Richetin, J., Borsboom, D., Fried, E.I., Rhemthulla, M. i Perugini, M. (2015). Development of indirect measures of conscientiousness: Combining a facets approach and network analysis. *European Journal of Personality*, *29*, 548–567.
- Costantini, G., Richetin, J., Preti, E., Casini, E., Epskamp, S. i Perugini, M. (2017). Stability and variability of personality networks. A tutorial on recent developments in network psychometrics. *Personality and Individual Differences*, online publikacija.
- Cramer A.O.J, Waldorp L.J, van der Maas H.L.J i Borsboom D. (2010). Comorbidity: a network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, *33*, 137–193.
- Cramer, A.O.J., Kendler, K.S. i Borsboom, D. (2011). Where are the Genes? The Implications of a Network Perspective on Gene Hunting in Psychopathology [Komentar na rad "Heritability in the Era of Molecular Genetics: Some Thoughts for Understanding Genetic Influences on Behavioural Traits", autora Johnson, W., Penke, L., Spinath, F.M.]. *European Journal of Personality*, *25*, 270-271.
- Cramer, A.O.J., van der Sluis, S., Noordhof, A., Wichers, M., Geschwind, N., Aggen, S.H., Kendler, K.S. i Borsboom, D. (2012). Dimensions of normal personality as networks in search of equilibrium: You can't like parties if you don't like people. *European Journal of Personality*, *26*, 414–431.
- Csardi, G., & Nepusz, T. (2006). The igraph software package for complex network research. *InterJournal, Complex Systems*, *1695*(5), 1-9.
- Davidson, K.M. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy. U: Livesley, W.J. i Larstone, R. (Ur.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment: Second Edition* (str. 512-526). New York: The Guilford Press.

- Dijkstra, E.W. (1959). A note on two problems in connexion with graphs. *Numerische Mathematik*, 1, 269–271.
- Epskamp, S. i Fried, E.I. (2018). A Tutorial on Regularized Partial Correlation Networks. *Psychological Methods*, online publikacija.
- Epskamp, S., Borsboom, D. i Fried, E.I. (2017). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, 50(1), 195-212.
- Epskamp, S., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Schmittmann, V. D. i Borsboom, D. (2012). qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, 48(4), 1-18.
- Epskamp, S., Kruis, J. i Marsman, J. (2017). Estimating psychopathological networks: Be careful what you wish for. *PLoS ONE*, 12(6), e0179891.
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D. i Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 201711978.
- Frewen, P. A., Allen, S. L., Lanius, R. A. i Neufeld, R. W. J. (2012). Perceived causal relations: Novel methodology for assessing client attributions about causal associations between variables including symptoms and functional impairment. *Assessment*, 19(4), 480-493.
- Frewen, P. A., Schmittmann, V. D, Bringmann, L. F. i Borsboom, D. (2013). Perceived causal relations between anxiety, posttraumatic stress and depression: Extension to moderation, mediation, and network analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-14.
- Fried, E. I. i Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLoS ONE*, 9(2), e90311.
- Fried, E.I. i Cramer, A.O.J. (2017). Moving Forward: Challenges and Directions for Psychopathological Network Theory and Methodology. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 999-1020.
- Fried, E.I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A.O.J., ...Stroebe, M. (2015). From Loss to Loneliness: The Relationship Between Bereavement and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 256-265.
- Fried, E.I., Epskamp, S., Nesse, R.M., Tuerlinckx, F. i Borsboom, D. (2016a). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189, 314–320.
- Fried, E.I., van Borkulo, C.D., Cramer, A.O.J., Boschloo, L., Schoevers, R.A. i Borsboom, D. (2016b). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 1-10.
- Fruchterman, T. M. i Reingold, E. M. (1991). Graph drawing by force-directed placement. *Software: Practice and experience*, 21(11), 1129-1164.

- Goekoop, R. i Goekoop, J.G. (2014). A Network View on Psychiatric Disorders: Network Clusters of Symptoms as Elementary Syndromes of Psychopathology. *PLoS ONE*, 9(11), e112734.
- Heeren, A. i McNally, R.J. (2016). An integrative network approach to social anxiety disorder: The complex dynamic interplay among attentional bias for threat, attentional control, and symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 95–104.
- Henry, J. D. i Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian journal of statistics*, 6, 65-70.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Shidao, A. i Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 171-178.
- Isvoranu, A. M., van Borkulo, C. D., Boyette, L. L., Wigman, J. T., Vinkers, C. H., Borsboom, D., ... Myin-Germeys, I. (2016). A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 187-196.
- Jablensky, A. (2002). The classification of personality disorders: critical review and need for rethinking. *Psychopathology*, 35, 112-116.
- Jones, P. J. (2018). *networktools: Tools for Identifying Important Nodes in Networks*. R package version 1.2.0. <https://cran.r-project.org/web/packages/networktools/networktools.pdf>
- Jones, P. J., Heeren, A. i McNally, R. J. (2017). Commentary: A network theory of mental disorders. *Frontiers in psychology*, 8, 1305.
- Kahneman, D., Slovic, P. i Tversky, A. (1982). *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kendler, K.S., Zachar, P. i Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41, 1143–1150.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. i Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–27.
- Kim, N. S. i Ahn, W. K. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(4), 451— 476.
- Letina, S. (2014). *Analiza mreža suradnje znanstvenika iz tri polja društvenih znanosti od 1992. do 2012*. Doktorski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

- Livesley, W.J. (2018). Conceptual Issues. U: Livesley, W.J. i Larstone, R. (Ur.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment: Second Edition* (str. 3-24). New York: The Guilford Press.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M.C. i Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264.
- McNally, R.J., Robinaugh, D.J., Wu, G. W. Y., Wang, L., Deserno, M.K. i Borsboom, D. (2014). Mental Disorders as Causal Systems: A Network Approach to Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 836-849.
- Morgan, T.A. i Zimmerman, M. (2018). Epidemiology of Personality Disorders. U: Livesley, W.J. i Larstone, R. (Ur.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment: Second Edition* (str. 173-196). New York: The Guilford Press.
- Nuijten, M.B., Deserno, M.K., Cramer, A.O.J. i Borsboom, D. (2016). Mental disorders as complex networks: an introduction and overview of a network approach to psychopathology. *Clinical Neuropsychiatry*, 13, 68-76.
- Ofrat, S., Krueger, R.F. i Clark, L.A. (2018). Dimensional Approaches to Personality Disorder Classification. U: Livesley, W.J. i Larstone, R. (Ur.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment: Second Edition* (str. 72-87). New York: The Guilford Press.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L. i Gallaher, P.E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 571-578.
- Opsahl, T., Agneessens, F. i Skvoretz, J. (2010). Node centrality in weighted networks: Generalizing degree and shortest paths. *Social Networks*, 32, 245–251.
- Opsahl, T., Agneessens, F. i Skvoretz, J. (2010). Node centrality in weighted networks: Generalizing degree and shortest paths. *Social networks*, 32(3), 245-251.
- Pretzer, J.L. i Beck, A.T. (2005). A Cognitive Theory of Personality Disorders. U: Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F. (Ur.), *Major Theories of Personality Disorder: Second Edition* (str. 43-114). New York: The Guilford Press.
- Rhemtulla, M., Fried, E.I., Aggen, S.H., Tuerlinckx, F., Kendler, K.S. i Borsboom, D. (2016). Network analysis of substance abuse and dependence symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 230–237.
- Richetin, J., Preti, E., Costantini, G. i De Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in Borderline Personality Disorder: Evidence from network analysis. *PLoS ONE*, 12(10), e0186695.
- Ruzzano, L., Borsboom, D. i Geurts, H.M. (2015). Repetitive Behaviors in Autism and Obsessive–Compulsive Disorder: New Perspectives from a Network Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 192–202.

- 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(8), 1055-1085.
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A. i Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 31, 43-53.
- Skodol, A.E. (2005). Manifestations, Clinical Diagnosis, and Comorbidity. U: Oldham, J.M., Skodol, A.E. i Bender, D.S. (Ur.), *Textbook of Personality Disorders* (str. 57-87). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Tio, P., Epskamp, S., Noordhof, A. i Borsboom, D. (2016). Mapping the manuals of madness: Comparing the ICD-10 and DSM-IV-TR using a network approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 25(4), 267-276.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M. i Tohen, M. (1997). Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 242-259.
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D., ...Barrett, B. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, 9(1), 56-60.
- Tyrer, P., Reed, G. M. i Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385, 717-726.
- Verheul, R. i Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 309-319.
- Werner, M., Štulhofer, A., Waldorp, L. i Jurin, T. (2018). A Network Approach to Hypersexuality: Insights and Clinical Implications. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 373-386.
- Widiger, T.A. (2018). Official Classification Systems. U: Livesley, W.J. i Larstone, R. (Ur.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment: Second Edition* (str. 47-71). New York: The Guilford Press.
- Wigman, J.T.W., van Os, J., Borsboom, D., Wardenaar, K. J., Epskamp, S. Klippel, A., ...Wichers, M. (2015). Exploring the underlying structure of mental disorders: cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychological Medicine*, 45(11), 2375-2387.
- World Health Organization (2003). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision*. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>

PRILOZI

Prilog 1

Tablica 1

Prikaz socio-demografskih karakteristika konačnog uzorka (N=1016)

		%
Razina obrazovanja	Završena osnovna škola	0.3
	Završena srednja škola	27.7
	Završen preddiplomski studij	35.1
	Završen diplomski studij	30.2
	Završen poslijediplomski studij	6.7
Socioekonomski status	Iznadprosječan	23.4
	Prosječan	70.0
	Ispodprosječan	6.6
Radni status	Student/ica	37.0
	Zaposlen/a	51.9
	Nezaposlen/a	9.5
	U mirovini	1.6
Status veze	Nisam u vezi	30.4
	U vezi sam, ali živimo odvojeno	26.6
	U vezi sam i živim s partnerom/icom	12.6
	U braku sam	28.6
	U životnom partnerstvu sam	1.8
Savjetovanje/psihoterapija	Da	27.7
	Ne	69.9
Psihijatrijsko liječenje	Da	6.7
	Ne	91.3

Prilog 2

Tablica 2

Mjere deskriptivne statistike čestica Upitnika osobnih vjerovanja (N=1016)

Sadržaj čestice	Oznaka čestice	M	SD	min.	max.
1. Biti razotkriven/a kao inferioran/na ili neadekvatan/na bit će nepodnošljivo.	izbjeg1	1.95	1.087	0	4
2. Trebao/la bih izbjegavati neugodne situacije pod svaku cijenu.	izbjeg2	1.78	1.129	0	4
3. Ako se ljudi ponašaju prijateljski, možda me pokušavaju iskoristiti.	para1	1.01	0.924	0	4
4. Moram se oduprijeti dominaciji autoriteta, ali istovremeno i zadržati njihovo odobravanje i prihvaćanje.	pasiv1	1.81	1.090	0	4
5. Ne mogu podnijeti neugodne osjećaje.	izbjeg3	1.57	1.116	0	4
6. Ne podnosim greške, nedostatke i mane.	okp1	1.64	1.112	0	4
7. Drugi ljudi su često prezahtjevni.	pasiv2	1.39	0.987	0	4
8. Trebao/la bih biti u centru pažnje.	histri1	0.74	0.924	0	4
9. Ako nemam pravila, sve će se raspasti.	okp2	1.62	1.174	0	4
10. Ne mogu podnijeti da ne dobijem zaslužen poštovanje ili ono što mi pripada.	narcis1	1.85	1.128	0	4
11. Važno je sve odraditi savršeno.	okp3	1.96	1.158	0	4
12. Više volim raditi stvari sam/a nego s drugima.	shizo1	2.17	1.144	0	4
13. Drugi će me pokušati iskoristiti ili manipulirati mnome ako se ne budem pazio/la.	para2	1.33	1.083	0	4
14. Drugi ljudi imaju skrivene motive.	para3	1.47	1.017	0	4
15. Biti napušten/a bila bi najgora stvar na svijetu.	ovisni1	1.78	1.296	0	4
16. Drugi bi trebali prepoznati koliko sam poseban/na.	narcis2	1.44	1.151	0	4
17. Drugi ljudi će me namjerno pokušati omalovažiti.	para4	0.84	0.946	0	4
18. Trebam druge da mi pomognu donijeti odluku ili kažu što da radim.	ovisni2	0.96	0.953	0	4
19. Detalji su neizmjerljivo važni.	okp4	2.30	1.051	0	4
20. Ako procijenim da drugi previše šefuju, imam pravo zanemariti njihove zahtjeve.	pasiv3	1.78	1.093	0	4
21. Osobe od autoriteta su obično nametljive, zahtjevne, kontrolirajuće i sklone uplitanju.	pasiv4	1.92	1.099	0	4
22. Da bih dobio/la što želim, trebam očarati ili zabaviti ljude.	histri2	1.35	1.089	0	4
23. Trebam napraviti sve s čim se mogu izvući.	antisoc1	1.13	1.137	0	4
24. Ako drugi doznaju neke stvari o meni, iskoristit će ih protiv mene.	para5	1.30	1.114	0	4
25. Odnosi s drugim ljudima su komplicirani i ograničavaju slobodu.	shizo2	1.18	1.098	0	4
26. Razumiju me samo ljudi koji su jednako briljantni kao ja.	narcis3	0.81	1.111	0	4
27. Budući da sam bolji/a od drugih, imam pravo na poseban tretman i privilegije.	narcis4	0.34	0.749	0	4
28. Važno mi je biti slobodan/na i neovisan/na o drugima.	shizo3	2.61	1.137	0	4

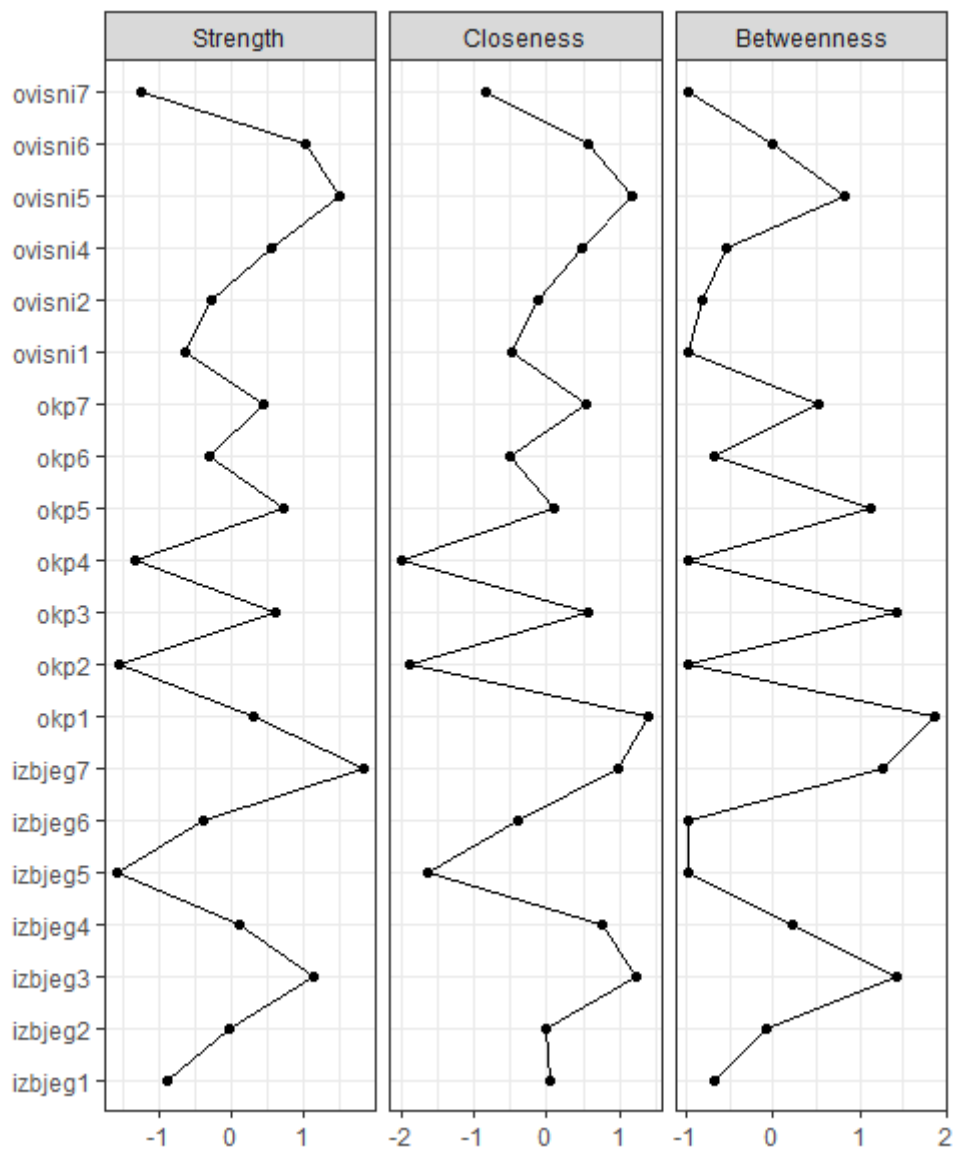
29. U mnogim situacijama bolje mi je kada me drugi ostave na miru.	shizo4	2.13	1.168	0	4
30. Nužno je držati se najviših standarda cijelo vrijeme, ili će se sve raspasti.	okp5	1.45	1.139	0	4
31. Neugodni osjećaji postat će sve gori i izmaknut će mojoj kontroli.	izbjeg4_b1	1.00	1.066	0	4
32. Svijet je džungla u kojoj preživljava jači.	antisoc2	2.02	1.200	0	4
33. Trebao/la bih izbjegavati situacije u kojima privlačim pažnju ili biti neprimjetan/na koliko god je to moguće.	izbjeg5	1.13	1.090	0	4
34. Ako ne održavam zainteresiranost drugih za mene, neće me voljeti.	histri3	0.94	1.085	0	4
35. Ako nešto želim, trebam poduzeti sve što je potrebno kako bih to dobio/la.	antisoc3	2.14	1.202	0	4
36. Bolje je biti sam/a nego se osjećati kao da si „zapeo/la“ s drugim ljudima.	shizo5	2.51	1.265	0	4
37. Ako ne zabavljam ili ne impresioniram druge, ne vrijedim.	histri4	0.46	0.858	0	4
38. Ljudi će me „srediti“, ako ja njih ne „sredim“ prvi/a.	antisoc4	0.44	0.804	0	4
39. Bilo kakvi znakovi napetosti u odnosu pokazuju da se taj odnos pokvario. Stoga ga moram prekinuti.	izbjeg6	0.60	0.925	0	4
40. Ako ne radim na najvišoj razini, neću uspjeti.	okp6	1.54	1.238	0	4
41. Pridržavanje rokova, udovoljavanje zahtjevima i prilagođavanje drugima izravan su udarac mojem ponosu i samodostatnosti.	pasiv5	0.55	0.869	0	4
42. Tretiran/a sam nepravedno i imam pravo dobiti svoj dio kojim god sredstvima mogu.	antisoc5	0.70	1.012	0	4
43. Ako mi se ljudi približe, otkrit će „pravog/u“ mene i odbacit će me.	izbjeg7	0.50	0.952	0	4
44. Slab/a sam i stalno trebam druge.	ovisni3_b2	0.54	0.846	0	4
45. Bespomoćan/na sam kad sam prepušten/a sam/a sebi.	ovisni4_b3	0.36	0.714	0	4
46. Drugi ljudi bi trebali zadovoljavati moje potrebe.	narcis5	0.53	0.765	0	4
47. Ako slijedim pravila onako kako to očekuju drugi, to će ograničiti moju slobodu djelovanja.	pasiv6	1.27	1.105	0	4
48. Ljudi će me iskoristiti ako im pružim priliku.	para6	1.11	1.070	0	4
49. Trebam cijelo vrijeme biti na oprezu.	para7_b4	1.12	1.109	0	4
50. Vlastita privatnost mnogo mi je važnija od bliskosti s drugima.	shizo6	1.46	1.191	0	4
51. Pravila su proizvoljna i guše me.	pasiv7	1.04	0.979	0	4
52. Užasno je kad me ljudi ignoriraju.	histri5	1.72	1.213	0	4
53. Mišljenja drugih ljudi nisu mi važna.	shizo7	1.57	1.040	0	4
54. Treba mi pažnja drugih da bih bio/la sretan/na.	histri6	1.10	0.975	0	4
55. Ako zabavljam ljude, oni neće zamijetiti moje slabosti.	histri7	0.73	0.982	0	4
56. Stalno trebam nekoga tko će mi biti dostupan da mi pomogne u svemu što moram napraviti ili u slučaju da nešto pođe po zlu.	ovisni5_b5	0.77	0.989	0	4

57. Bilo koja mana ili greška u izvedbi može dovesti do katastrofe.	okp7	0.91	1,109	0	4
58. Budući da sam tako talentiran/a, ljudi bi trebali raditi ustupke radi mog napredovanja.	narcis6	0.32	0.698	0	4
59. Ako ne budem grub/a prema drugima, oni će biti grubi prema meni.	antisoc6	0.43	0.826	0	4
60. Ne trebam se držati pravila koja vrijede za druge ljude.	narcis7	0.62	1.015	0	4
61. Najbolji način da se stvari obave je silom ili lukavošću.	antisoc7	0.50	0.854	0	4
62. Cijelo vrijeme moram imati pristup osobi koja mi pomaže.	ovisni6	0.69	0.938	0	4
63. U osnovi sam sâm/a – osim ako se ne vežem za jaču osobu.	ovisni7	0.82	1.157	0	4
64. Ne mogu vjerovati drugim ljudima.	border6	0.90	1.039	0	4
65. Ne mogu se nositi s problemima kao drugi ljudi.	border7	0.66	0.967	0	4

Prilog 3

Tablica 3
Mjere centralnosti vjerovanja u podlozi anksioznih poremećaja ličnosti

Naziv čvora	Stupanj čvora (<i>degree</i>)	Blizina čvora (<i>closeness</i>)	Međusobnost čvora (<i>betweenness</i>)
izbjeg1	0.534	0.0046	8
izbjeg2	0.790	0.0046	24
izbjeg3	1.146	0.0054	64
izbjeg4	0.837	0.0051	32
izbjeg5	0.323	0.0035	0
izbjeg6	0.684	0.0043	0
izbjeg7	1.351	0.0052	60
okp1	0.895	0.0055	76
okp2	0.330	0.0033	0
okp3	0.983	0.0049	64
okp4	0.402	0.0032	0
okp5	1.016	0.0046	56
okp6	0.712	0.0042	8
okp7	0.931	0.0049	40
ovisni1	0.612	0.0042	0
ovisni2	0.721	0.0045	4
ovisni4	0.967	0.0049	12
ovisni5	1.250	0.0053	48
ovisni6	1.106	0.0049	26
ovisni7	0.424	0.0040	0



Slika 1. Mjere centralnosti vjerovanja u podlozi anksioznih poremećaja ličnosti

Tablica 4
Vrijednosti parcijalnih korelacija u mreži vjerovanja anksioznih poremećaja ličnosti

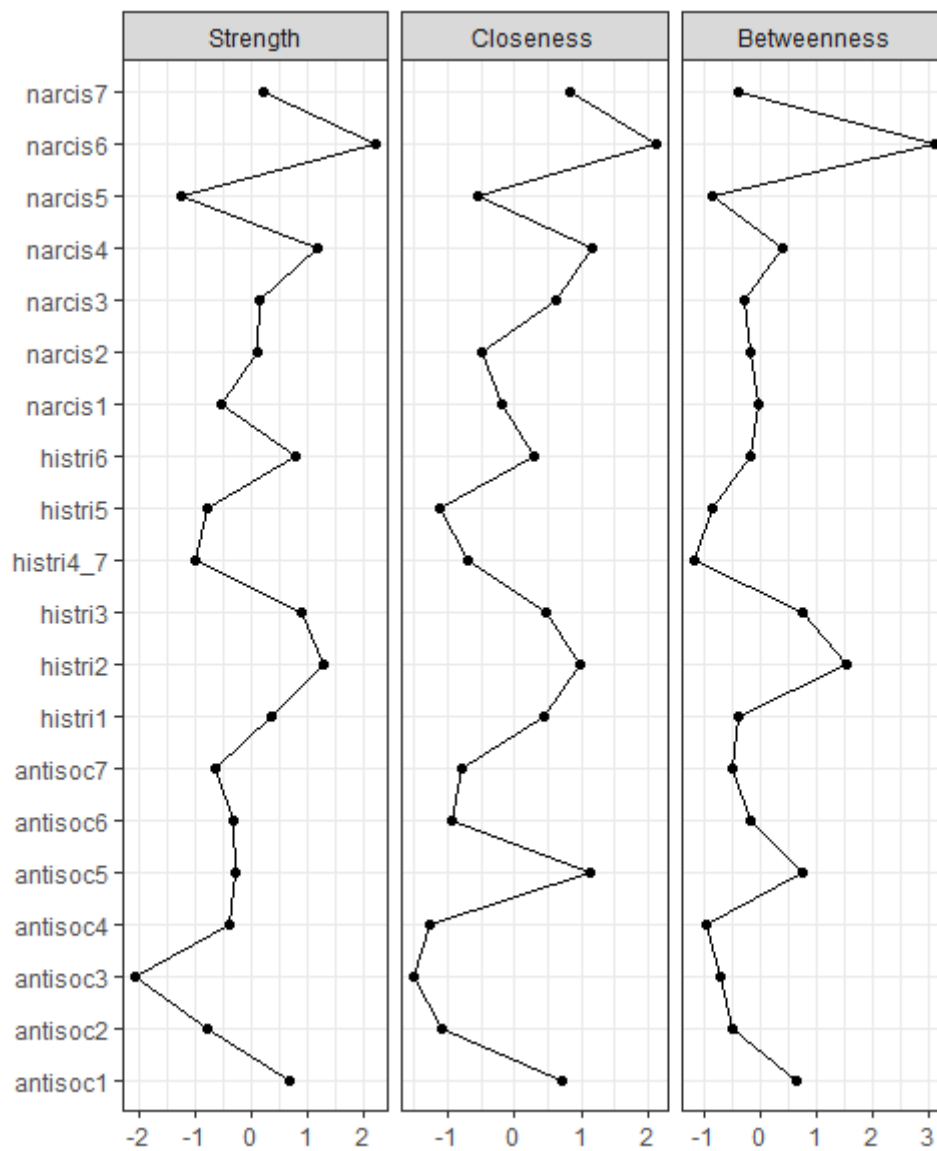
	izbjeg1	izbjeg2	izbjeg3	izbjeg4	izbjeg5	izbjeg6	izbjeg7	okp1	okp2	okp3	okp4	okp5	okp6	okp7	ovisni1	ovisni2	ovisni4	ovisni5	ovisni6	ovisni7
izbjeg1	.19						.21	.13												
izbjeg2		.31		.17											.12					
izbjeg3			.22					.34							.13	.14				
izbjeg4				.15			.21								.13				.13	
izbjeg5																				
izbjeg6						.17							.13	.11			-.12		.15	
izbjeg7														.15			.24		-.12	.25
okp1									.28									-.14		
okp2										.14	.19									
okp3										.15	.29	.14		.12						
okp4											.11									
okp5												.27	.14							
okp6													.18							
okp7																-.12		.23		
ovisni1																				.12
ovisni2																	.30	.16		
ovisni4																		.31		
ovisni5																				.41
ovisni6																				
ovisni7																				.17

Prilog 4

Tablica 5

Mjere centralnosti vjerovanja u podlozi dramatičnih poremećaja ličnosti

Naziv čvora	Stupanj čvora (<i>degree</i>)	Blizina čvora (<i>closeness</i>)	Međusobnost čvora (<i>betweenness</i>)
antisoc1	1.055	0.0052	32
antisoc2	0.697	0.0041	12
antisoc3	0.376	0.0038	8
antisoc4	0.796	0.0040	4
antisoc5	0.822	0.0054	34
antisoc6	0.810	0.0042	18
antisoc7	0.733	0.0043	12
histri1	0.978	0.0050	14
histri2	1.205	0.0054	48
histri3	1.110	0.0051	34
histri4_7	0.646	0.0043	0
histri5	0.694	0.0041	6
histri6	1.080	0.0049	18
narcis1	0.758	0.0046	20
narcis2	0.914	0.0045	18
narcis3	0.926	0.0051	16
narcis4	1.179	0.0055	28
narcis5	0.583	0.0044	6
narcis6	1.436	0.0061	76
narcis7	0.943	0.0053	14



Slika 2. Mjere centralnosti vjerovanja u podlozi dramatičnih poremećaja ličnosti

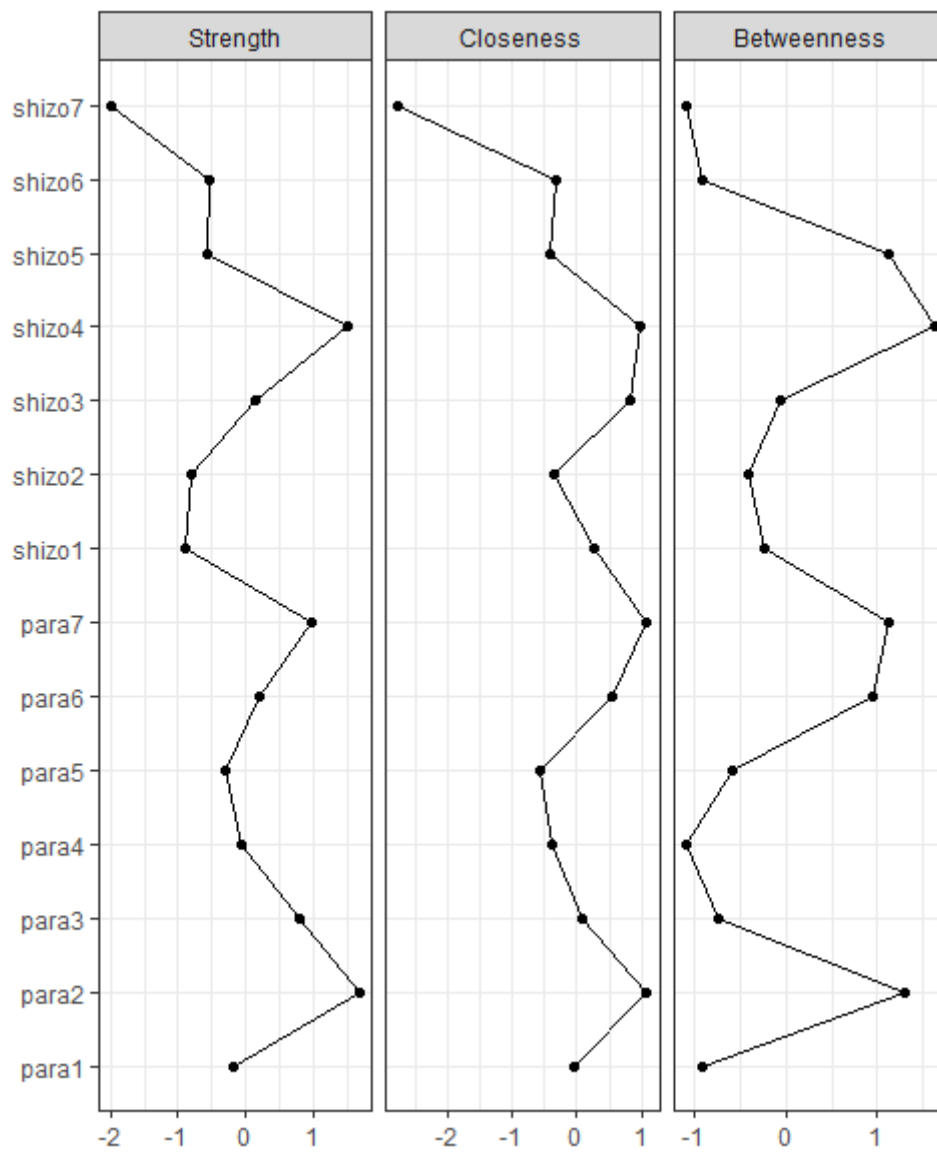
Tablica 6
Vrijednosti parcijalnih korelacija u mreži vjerovanja dramatičnih poremećaja ličnosti

	histri 1	histri 2	histri 3	histri 4_7	histri5 6	histri 6	narcis 1	narcis 2	narcis 3	narcis 4	narcis 5	narcis 6	narcis 7	antisoc 1	antisoc 2	antisoc 3	antisoc 4	antisoc 5	antisoc 6	antisoc 7	
histri1		.17					.17	.12	-.15	.22	.15										
histri2			.25	.23										-.19	.36						
histri3				.26	.14	.26			.21												
histri4_7						.16															
histri5						.25	.18				.13										
histri6								.12			.15									-.14	
narcis1								.22												.19	
narcis2									.13	.13											-.19
narcis3										.44											
narcis4												.26	.14								
narcis5											.15										
narcis6													.26	-.13	-.15				.21	.15	.12
narcis7														.24							.11
antisoc1																.17			.15		
antisoc2																.20	.21			.14	
antisoc3																					
antisoc4																			.13	.34	.12
antisoc5																					
antisoc6																					.18
antisoc7																					

Prilog 5

Tablica 7
Mjere centralnosti vjerovanja u podlozi ekscentričnih poremećaja ličnosti

Naziv čvora	Stupanj čvora (<i>degree</i>)	Blizina čvora (<i>closeness</i>)	Međusobnost čvora (<i>betweenness</i>)
para1	0.674	0.0067	2
para2	1.230	0.0078	28
para3	0.970	0.0068	4
para4	0.711	0.0064	0
para5	0.641	0.0062	6
para6	0.786	0.0073	24
para7	1.015	0.0078	26
shizo1	0.462	0.0070	10
shizo2	0.485	0.0064	8
shizo3	0.770	0.0076	12
shizo4	1.183	0.0077	32
shizo5	0.555	0.0063	26
shizo6	0.567	0.0064	2
shizo7	0.130	0.0040	0



Slika 3. Mjere centralnosti vjerovanja u podlozi ekscentričnih poremećaja ličnosti

Tablica 8

Vrijednosti parcijalnih korelacija u mreži vjerovanja ekscentričnih poremećaja ličnosti

	para1	para2	para3	para4	para5	para6	para7	shizo1	shizo2	shizo3	shizo4	shizo5	shizo6	shizo7
para1		.33	.16			.18								
para2			.34	.16			.16	.14		.11				
para3				.19	.15		.13							
para4					.23	.13								
para5							.12	.14						
para6							.35					.12		
para7											.11		.14	
shizo1										.32				
shizo2										.23			.11	
shizo3										.28	.19	.19		
shizo4											.12	.12		
shizo5														.13
shizo6														
shizo7														

Prilog 6

Tablica 9

Mjera centralnosti međusobnosti čvorova cjelovite mreže

Naziv čvora	Sadržaj čvora	Međusobnost čvora (<i>betweenness</i>)
izbjeg7	Ako mi se ljudi približe, otkrit će „pravog/u“ mene i odbacit će me.	244
histri1	Trebao/la bih biti u centru pažnje.	232
okp5	Nužno je držati se najviših standarda cijelo vrijeme, ili će se sve raspasti.	232
okp1	Ne podnosim greške, nedostatke i mane.	218
izbjeg3	Ne mogu podnijeti neugodne osjećaje.	206
okp3	Važno je sve odraditi savršeno.	202
shizo4	U mnogim situacijama bolje mi je kada me drugi ostave na miru.	200
histri3	Ako ne održavam zainteresiranost drugih za mene, neće me voljeti.	190
ovisni5_b5	Stalno trebam nekoga tko će mi biti dostupan da mi pomogne u svemu što moram napraviti ili u slučaju da nešto pođe po zlu.	184
histri2	Da bih dobio/la što želim, trebam očarati ili zabaviti ljude.	178
narcis6	Budući da sam tako talentiran/a, ljudi bi trebali raditi ustupke radi mog napredovanja.	166
narcis1	Ne mogu podnijeti da ne dobijem zasluženno poštovanje ili ono što mi pripada.	160
narcis4	Budući da sam bolji/a od drugih, imam pravo na poseban tretman i privilegije.	156
ovisni4_b3	Bespomoćan/na sam kad sam prepušten/a sām/a sebi.	152
histri4	Ako ne zabavljam ili ne impresioniram druge, ne vrijedim.	150
izbjeg4_b1	Neugodni osjećaji postat će sve gori i izmaknut će mojoj kontroli.	136
izbjeg5	Trebao/la bih izbjegavati situacije u kojima privlačim pažnju ili biti neprimjetan/na koliko god je to moguće.	136
antisoc4	Ljudi će me “srediti“, ako ja njih ne „sredim“ prvi/a.	136
antisoc1	Trebam napraviti sve s čim se mogu izvući.	134
antisoc3	Ako nešto želim, trebam poduzeti sve što je potrebno kako bih to dobio/la.	130
ovisni3_b2	Slab/a sam i stalno trebam druge.	130
border7_ov	Ne mogu se nositi s problemima kao drugi ljudi.	122
para5	Ako drugi doznaju neke stvari o meni, iskoristit će ih protiv mene.	118
okp7	Bilo koja mana ili greška u izvedbi može dovesti do katastrofe.	116
shizo2	Odnosi s drugim ljudima su komplicirani i ograničavaju slobodu.	104
para6_7b	Ljudi će me iskoristiti ako im pružim priliku./Trebam cijelo vrijeme biti na oprezu	96
border6_p	Ne mogu vjerovati drugim ljudima.	94

antisoc6	Ako ne budem grub/a prema drugima, oni će biti grubi prema meni.	84
histri5	Užasno je kad me ljudi ignoriraju.	76
ovisni7	U osnovi sam sâm/a – osim ako se ne vežem za jaču osobu.	76
narcis2	Drugi bi trebali prepoznati koliko sam poseban/na.	74
shizo6	Vlastita privatnost mnogo mi je važnija od bliskosti s drugima.	74
izbjeg2	Trebao/la bih izbjegavati neugodne situacije pod svaku cijenu.	66
narcis7	Ne trebam se držati pravila koja vrijede za druge ljude.	66
ovisni6	Cijelo vrijeme moram imati pristup osobi koja mi pomaže.	66
histri6	Treba mi pažnja drugih da bih bio/la sretan/na.	64
para2	Drugi će me pokušati iskoristiti ili manipulirati mnome ako se ne budem pazio/la.	62
para4	Drugi ljudi će me namjerno pokušati omalovažiti.	62
para3	Drugi ljudi imaju skrivene motive.	60
antisoc5	Tretiran/a sam nepravедно i imam pravo dobiti svoj dio kojim god sredstvima mogu.	60
okp6	Ako ne radim na najvišoj razini, neću uspjeti.	56
shizo5	Bolje je biti sam/a nego se osjećati kao da si „zapeo/la“ s drugim ljudima.	54
shizo1	Više volim raditi stvari sam/a nego s drugima.	52
narcis5	Drugi ljudi bi trebali zadovoljavati moje potrebe.	50
shizo3	Važno mi je biti slobodan/na i neovisan/na o drugima.	48
okp2	Ako nemam pravila, sve će se raspasti.	46
para1	Ako se ljudi ponašaju prijateljski, možda me pokušavaju iskoristiti.	38
DASS21	Ukupan rezultat na Upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa	34
antisoc2	Svijet je džungla u kojoj preživljava jači.	32
antisoc7	Najbolji način da se stvari obave je silom ili lukavošću.	32
izbjeg6	Bilo kakvi znakovi napetosti u odnosu pokazuju da se taj odnos pokvario. Stoga ga moram prekinuti.	28
izbjeg1	Biti razotkriven/a kao inferioran/na ili neadekvatan/na bit će nepodnošljivo.	24
narcis3	Razumiju me samo ljudi koji su jednako briljantni kao ja.	24
ovisni1	Biti napušten/a bila bi najgora stvar na svijetu.	20
ovisni2	Trebam druge da mi pomognu donijeti odluku ili kažu što da radim.	0
okp4	Detalji su neizmјerno važni.	0
shizo7	Mišljenja drugih ljudi nisu mi važna.	0
histri7	Ako zabavljam ljude, oni neće zamijetiti moje slabosti.	0