

Mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja na različitim testovima kognitivnih sposobnosti, upitnicima ličnosti i projektivnim tehnikama

/ The possibility of distinguishing categories of mental and behavioral disorders in various tests of cognitive ability, personality questionnaires, and projective techniques

Ana Pavelić Tremac, Renata Sviben, Dražen Kovačević¹, Nataša Jokić-Begić²

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“, Popovača, ¹Sveučilišni studijski centar forenzičnih znanosti, Split i ²Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb, Hrvatska

Dr. Ivan Barbot Neuropsychiatric Hospital, Popovača, ¹University Study Center for Forensic Sciences, Split and ²University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Zagreb, Croatia

Jedan od ciljeva kliničke procjene je diferencijalno-dijagnostička kategorizacija bolesti i poremećaja te je važno znati koliko psihologijski mjerni instrumenti mogu pomoći u razlikovanju različitih dijagnostičkih skupina. Cilj i svrha ovog istraživanja je utvrditi diferencijalno dijagnostičku vrijednost baterije psihologijskih mjernih instrumenata, odnosno ispitati mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja na testu kognitivnih sposobnosti (WB II), upitniku ličnosti (MMPI-201) i projektivnoj tehnici (WTZ). Podatci su prikupljeni na pacijentima Neuropsihijatrijske bolnice „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači u razdoblju od kolovoza 2009. godine do 2014. godine. Pacijenti su bili upućeni na psihologijsku procjenu tijekom bolničkog ili ambulantnog liječenja. Analizirani su odgovori 794 pacijenata s različitim psihičkim poremećajima i poremećajima ponašanja. Rezultati pokazuju kako se različite kategorije psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja razlikuju u testovnim postignućima i izraženosti simptoma. Radom se potvrdila potreba za uključivanjem sveobuhvatne baterije psihologijskih mjernih instrumenata u kliničku procjenu, jer se jedino kombinacijom rezultata dobivenih na različitim tehnikama mogu dobiti rezultati koji će povećati valjanost diferencijalno-dijagnostičkog procesa.

One of the goals of clinical evaluation is a differential-diagnostic classification of diseases and disorders; it is important to know how helpful psychological instruments can be in distinguishing between the different diagnostic groups. The aim and purpose of this study was to determine the differential-diagnostic value of a battery of psychological instruments, and explore the possibility of distinguishing categories of mental and behavioral disorders through cognitive tests (WB II), personality inventory (MMPI-201), and projective techniques (WTZ). Data were collected on patients from the Dr. Ivan Barbot Neuropsychiatric Hospital in the period from August, 2009 until 2014. Patients were referred for psychological assessment during hospitalization or outpatient treatment. We analyzed the answers of 794 patients with various mental and behavioral disorders. The results show how the different categories of mental and behavioral disorders vary with the test scores and severity of symptoms. Our study confirms the need for the inclusion of a comprehensive battery of psychological measuring instruments in the clinical assessment; it is only by combining the results obtained by different techniques that we can get results that will increase the validity of the differential-diagnostic process.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Ana Pavelić Tremac, prof. psihol.
Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan
Barbot“
Jelengradska 1
44 317 Popovača, Hrvatska
ana.pavelic-tremac@npbp.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

psihički poremećaji / *mental disorders*
poremećaji ponašanja / *behavioral disorders*
diferencijalno-dijagnostička kategorizacija /
differential-diagnostic categorization
psihologijski mjerni instrumenti / *psychological*
instruments

UVOD

Psihologijsko procjenjivanje se odnosi na proces prikupljanja informacija o osobama koje će biti korištene kao osnova za donošenje dobro utemeljenih odluka procjenjivača ili drugih osoba kojima će rezultati biti priopćeni (1). Proces procjenjivanja započinje intervjuom i nastavlja se odabirom i uporabom psihologijskih testova te uključuje kliničara koji uzima u obzir raznovrsne testovne rezultate dobivene iz različitih izvora i razmatra ih u kontekstu klijentove prošlosti, prikupljenih informacija i opaženog ponašanja kako bi shvatio i opisao osobu koju procjenjuje (2). Psihologijska procjena ima tri glavna cilja. Prvi cilj je dijagnostička klasifikacija, odnosno klinička procjena u svrhu dijagnosticiranja mentalnih poremećaja. Točna dijagnostička klasifikacija je neophodna za mjerodavne odluke o načinu liječenja, za istraživanje uzroka psihičkih poremećaja, te za klasifikaciju psihičkih poremećaja koja kliničarima omogućava učinkovitu međusobnu komunikaciju. Drugi cilj uključuje opis osobe iz kojeg bi proizašlo njeno potpunije i detaljnije razumijevanje. Konačno, treći cilj procjenjivanja je predviđanje ili prognoza budućeg ponašanja, kako u uobičajenim životnim situacijama, tako i u uvjetima pojačanih zahtjeva na pojedinca (1).

Za razliku od procjenjivanja, psihologijsko testiranje uključuje primjenu psihologijskog testa kao standardiziranog postupka s pomo-

ću kojeg se izaziva neka određena aktivnost, a onda se učinak te aktivnosti mjeri i vrednuje tako da se individualni rezultat uspoređi s rezultatima koji su dobiveni kod drugih individuuma u jednakoj situaciji (3). Međutim, specifičnost kliničke psihologije je u njenom idiografskom pristupu. Značenje rezultata dobivenog testiranjem mora se promatrati kroz prizmu svih relevantnih informacija o osobi, stoga, određeni rezultat može imati vrlo različito značenje. Ni na jedno kliničko pitanje ne može se odgovoriti isključivo testovnim rezultatom, jer različita stanja mogu dovesti do identičnog rezultata na određenom testu. Klinički psiholozi u pravilu provode kliničku procjenu, a ne isključivo testiranje kako bi došli do što točnijeg značenja dobivenog rezultata.

Procjenjivanje se koristi u svrhu opisa funkcioniranja osobe i uključuje prikupljanje informacija o kognitivnom funkcioniranju, ličnosti i neuropsihologijskim karakteristikama, težinu poteškoća i kapacitet za samostalan život; potvrđivanja, odbacivanja ili modificiranja utisaka formiranih od strane drugih stručnjaka (psihijatar, psihologa i ostalih stručnjaka za mentalno zdravlje); prepoznavanja potrebe za terapijom, razotkrivanja poteškoća koje bi se mogle javiti u tretmanu, davanje preporuka za intervencije i prognoziranja ishoda; kao pomoć pri diferencijalnoj dijagnostici; za praćenje tretmana i procjenu uspjeha intervencija ili identificiranje novih problema (2). Za prikupljanje navedenih informacija i provjeravanje diferen-

cijalno dijagnostičkih hipoteza, psiholog koristi baterije psihologijskih mjernih instrumenata. Međutim, baterije za procjenjivanje ponekad rezultiraju konfliktnim i kontradiktornim testovnim rezultatima koje psiholog zajedno s prikupljenim informacijama i opaženim ponašanjima mora uzeti u obzir kako bi opisao klijenta sintetizirajući sve podatke. Korištenje samo jedne metode (npr. intervju ili opažanje osobe), kako bi se prikupili podatci o osobi, može dovesti do nepotpunog ili pristranog shvaćanja funkcioniranja osobe, koje kliničara onda vodi do upitnih dijagnostičkih odluka i odluka povezanih s tretmanom (2).

Praksa pojedinih kliničara uključuje uporabu standardne baterije psihologijskih tehnika. U Neuropsihologijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ psiholozi koriste standardnu bateriju psihodijagnostičkih instrumenata koja se nadopunjuje drugim testovima ovisno o cilju procjene. Iako postoje novije verzije testova, u ovom istraživanju smo koristili starije verzije testova koje su bile podvrgnute brojnim postupcima validacije. Pri konstrukciji i validaciji tih istih psihodijagnostičkih instrumenata, psiholozi i istraživači se vode smjericama i kategorijama psihičkih poremećaja i poremećaja u ponašanju kako ih definira Dijagnostički i statistički priručnik. Međutim, u praksi bolničkog okruženja psiholozi se vode pravilima i smjericama onako kako ih definira Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – Deseta revizija (MKB–10). Stoga smo u ovom radu htjeli provjeriti diferencijalno dijagnostičku vrijednost baterije testova prema pravilima i smjericama MKB – 10 (4).

Cilj i svrha ovog istraživanja je utvrditi diferencijalno dijagnostičku vrijednost baterije psihologijskih mjernih instrumenata, točnije, ispitati mogućnost razlikovanja kategorija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja na testu kognitivnih sposobnosti (WB II), upitniku ličnosti (MMPI-201) i projektivnoj tehnici (WTZ).

METODA

Sudionici

U istraživanju su analizirani odgovori 794 pacijenta Neuropsihijatrijske bolnice „Dr. Ivan Barbot“ u razdoblju od kolovoza 2009. do 2014. godine. Pacijenti su bili upućeni na psihologijsku procjenu tijekom bolničkog ili ambulantnog liječenja. Analizirani su odgovori pacijenata s različitim psihičkim poremećajima i poremećajima ponašanja. U analizu su uključeni oni pacijenti koji su zadovoljili sljedeće kriterije: pripadnost jednoj od sljedećih kategorija iz MKB-10: F20-29 (shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji), F30-39 (poremećaji afekta), F40-48 (neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji), te F60-69 (poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih). Broj sudionika u svakoj kategoriji poremećaja je podjednak. Većina sudionika (56 %) imala je komorbiditet s drugim psihijatrijskim stanjima, zlouporabom alkohola ili psihoaktivnih tvari. Od ukupno 794 pacijenta, 237 ih je u trenutku psihologijske obrade ambulantno liječeno, a 557 bolnički. Prosječna dob (\pm standardna devijacija, SD) sudionika je $44,89 \pm 11,79$ godina, a većinu uzorka (86,3 %) čine muškarci. Svaki pacijent je prošao psihijatrijski pregled nakon kojeg je upućen na psihologijsku procjenu koja je uključivala klinički intervju i psihologijsko testiranje. Tijekom psihologijske procjene korištena je baterija psihodijagnostičkih instrumenata koji su bili individualno prilagođeni pacijentu, ali baterija je uvijek uključivala Wechslerov test za odrasle i omladinu namijenjen procjeni kognitivnog funkcioniranja (5), Minnesota Multifazni Personalni Inventar verzija 201 namijenjen procjeni psihopatoloških simptoma (6) i projektivnu tehniku Wartegg test crtež (7).

Psihodijagnostički instrumenti

Wechslerov test inteligencije za odrasle i mlade (WB II) je konstruirao David Wechsler 1960. godine, a najčešće je korišten individualni test za procjenu kognitivnih sposobnosti. Sastoji se

od dvije ljestvice, verbalne i neverbalne, te 11 podtestova. Verbalnu ljestvicu čine podtestovi: Poučenost, Shvaćanje, Pamćenje, Računanje, Zajednički pojmovi i Rječnik. Neverbalnu ljestvicu čine podtestovi: Razvrstavanje slika (Strip), Dopunjavanje slika, Sastavljanje kocki, Sastavljanje predmeta i Šifriranje. Sa WB II utvrđujemo razinu opće inteligencije, strukturu (profil) mentalnih sposobnosti, unutrašnji odnos između ostvarenja i mentalnih kapaciteta, način misaonog rješavanja problema, te razinu apstraktnog mišljenja. Odgovori ispitanika se ocjenjuju prema standardnom ključu, a rezultat se izražava za svaki podtest posebno u standardiziranim vrijednostima, a na osnovi njih se računa verbalni IQ, neverbalni IQ i ukupni IQ (usklađen s dobnim normama).

Minesota Multifazni Personalni Inventar verzija 201 (MMPI-201) je varijanta MMPI standardizirana za populaciju bivše Jugoslavije (6). Sastoji se od 201 tvrdnje, koje se procjenjuju s „točno“ ili „netočno“. Tvrdnje su grupirane u 11 ljestvica, a odgovori mogu biti indikativni za jednu ili više njih. Test sadrži i tri ljestvice valjanosti – L, F i K koje mjere prikladnost i spremnost sudionika na ovaj tip testiranja. Ljestvica L odražava sudionikovu rigidnost ili naivnost prilikom odgovaranja; ljestvica F odražava konfuzno mišljenje, manjak razumijevanja testovnog materijala ili prenaplašavanje postojećih simptoma; a ljestvica K otkriva potiskivanje, odnosno obranu od ekspresije patologije. Kliničke ljestvice su: Hs (hipohondrija) – abnormalna zabrinutost za tjelesne funkcije; D (depresija) – depresivni simptomi; Hy (histerija) – konverzivni simptomi; Pd (psihopatske devijacije) – nezrelost, impulzivnost i asocijalno ponašanje; Pa (paranoidnost) – senzitivnost, hostilnost; Pt (psihastenija) – anksioznost i opsesivno mišljenje; Sc (shizofrenija) – konfuzno i bizarno mišljenje i Ma (hipomanija) – euforija i hiperaktivnost. Interpretacija rezultata se temelji na konfiguraciji profila, jer su ljestvice psihometrijski, ali i fenomenološki međusobno povezane. Pri interpretaciji se koriste samo one ljestvice koje imaju $T \geq 70$.

Wartegg test crteža (WTZ) je projektivna tehnika čiji je predmet mjerenja ličnost u najširem smislu riječi. Kao i za ostale projektivne tehnike, očekuje se da ispitanik prenese svoje unutrašnje stanje u nestrukturirani materijal. Protokol se sastoji od osam bijelih kvadrata obrubljenih crnim rubom koji potiču motoričku tendenciju prema šaranju, popunjavanju prostora i zacrnjivanju. U svakom kvadratu su prisutni početni podražaji koji su izabrani prema arhetipskom značenju. Test je analizom dječjih crteža razvio Ehrig Wartegg, a teorijska podloga testa ima ishodište u učenju C. G. Junga o arhetipovima, te na geštaltističkim načinima percipiranja (7). Analiza crteža omogućuje, prema autoru, slojevnu dijagnostiku koja se temelji na otkrivanju veza između perceptivnih funkcija, nagonskih reakcija i kortikalne slojevitosti koja se kreće u rasponu od primarne refleksne reakcije (šaranja) do složenih simboličkih elaboracija. Kvadrati se odnose na identitet; afektivnost; planiranje, motivaciju i nastojanje; tjeskobu; sposobnost suočavanja i prevladavanja prepreka; racionalno-emocionalnu integraciju; senzibilnost i socijalne odnose. Crteži se ocjenjuju prema čestini pojave različitih odgovora za svaki kvadrat posebno. Prema čestini odgovori su razvrstani u četiri kategorije. Prvu kategoriju čine adekvatni odgovori (N+) – najčešći odgovori u zdravoj populaciji; crtež i sadržaj prate osnovne karakteristike podražaja. Drugu kategoriju čine neadekvatni odgovori (N) – crtež i sadržaj odstupaju od očekivanog odgovora. Patološki odgovori (Np) čine treću kategoriju odgovora i oni se najčešće javljaju kod osoba s psihičkim poremećajima. Originalni odgovori (O) čine četvrtu kategoriju, a odnose se na rijetke odgovore koji nisu navedeni u popisu i njih je potrebno procjenjivati s obzirom na adekvatnost, neadekvatnost i patološko značenje. Što je veći broj patoloških crteža to se može pretpostaviti da osoba ima aktualno izraženije psihičke smetnje (7).

Kako bismo odgovorili na istraživački problem, provedena je diskriminacijska analiza koja omogućuje ispitivanje prirode i veličine razlika među grupama, pri čemu uzima u obzir međusobne odnose među ispitivanim varijablama. Sudionici istraživanja su prema dijagnozama pod kojima se liječe podijeljeni u četiri šire kategorije prema MKB-10 (4): Shizofreniju, poremećaje slične shizofreniji i sumanuta stanja (dijagnoze u rasponu F20-29); poremećaji raspoloženja (F30-39); neurotski, somatoformni i poremećaji povezani sa stresom (F40-48) i poremećaji ličnosti i pore-

mećaji ponašanja odraslih (F60-69). Rezultati na psihodijagnostičkim instrumentima su za pojedinu skupinu prikazani kao aritmetičke sredine (M) ± standardna devijacija (SD). Kod Wartegg tehnike rezultati su formirani kao frekvencija patoloških i izostavljenih odgovora, raspon rezultata je od 0 do 8.

REZULTATI

U tablici 1 su prikazane prosječne vrijednosti postignute na primijenjenim psihodijagnostičkim instrumentima, te su dani osnovni deskriptivni podatci za svaku skupinu.

TABLICA 1. Prosječni rezultati (±SD) dijagnostičkih skupina na primijenjenim psihodijagnostičkim instrumentima, te pripadajući rezultati usporedbe skupina provedeni primjenom ANOVA-e (F)

	Podtestovi	Dijagnostičke skupine				F	
		F20-29	F30-39	F40-48	F60-69		
Wechslerova ljestvica inteligencije	Verbalni	Poučenost	10,05(±3,655)	10,96(±3,655)	10,78(±2,829)	11,04(±3,111)	1,716
		Shvaćanje	9,48(±3,472)	10,34(±2,773)	10,53(±2,786)	9,49(±3,120)	3,005*
		Pamćenje	7,06(±3,155)	6,89(±3,172)	7,97(±3,123)	8,10(±2,961)	2,926*
		Računanje	6,38(±2,633)	7,08(±2,328)	7,40(±2,297)	7,25(±2,008)	3,689**
		Z. pojmovi	9,97(±3,023)	10,77(±2,462)	11,31(±1,980)	10,94(±2,073)	5,948**
	Neverbalni	Strip	5,89(±2,769)	6,14(±2,944)	6,95(±2,611)	7,20(±2,928)	3,862**
		Nadopunjavanje	6,33(±2,892)	6,66(±2,584)	7,50(±2,562)	7,34(±2,584)	4,069**
		Kocke	7,19(±3,483)	7,74(±3,238)	9,01(±3,073)	8,80(±2,634)	6,970**
		Sastavljanje	6,64(±3,530)	8,16(±3,443)	9,38(±2,774)	9,32(±2,931)	15,494**
		Šifriranje	5,23(±2,939)	6,50(±2,779)	7,17(±2,688)	6,50(±2,887)	8,706**
MMPI – 201	Kliničke ljestvice Kontrolne	L	6,37(±2,705)	4,48(±2,216)	4,70(±2,384)	4,34(±2,026)	15,126**
		F	7,19(±4,727)	9,69(±6,257)	10,39(±6,695)	12,34(±6,374)	11,067**
		K	13,43(±4,781)	8,77(±3,512)	9,11(±4,109)	8,04(±3,567)	34,087**
		Hs	14,85(±4,253)	22,00(±5,612)	21,73(±5,906)	22,43(±5,668)	43,074**
		D	16,15(±7,737)	26,75(±7,614)	25,78(±8,618)	27,60(±6,894)	43,283**
		Hy	15,40(±4,542)	22,95(±5,023)	22,16(±5,739)	22,99(±5,117)	47,153**
		Pd	18,96(±4,063)	18,22(±4,425)	18,59(±5,048)	20,84(±4,798)	5,258**
		Pa	10,24(±5,976)	13,51(±6,462)	12,69(±6,597)	14,40(±6,198)	7,177**
		Pt	26,38(±5,348)	30,77(±5,755)	30,23(±6,681)	31,61(±5,904)	13,517**
		Sc	29,53(±5,752)	32,80(±7,645)	32,63(±9,053)	35,23(±7,500)	8,006**
Ma	14,96(±2,718)	14,02(±2,955)	14,19(±2,579)	13,88(±2,631)	3,014*		
WTZ	Ukupni br. izostavljenih i patoloških odg.	1,1963 (±1,209)	1,0769 (±1,136)	1,6216 (±1,126)	1,4824 (±1,249)	5,049**	

Razlike među skupinama provjerene su jednosmjernom analizom varijance. Provedenim analizama varijance utvrđene su statistički značajne razlike na svim primijenjenim instrumentima.

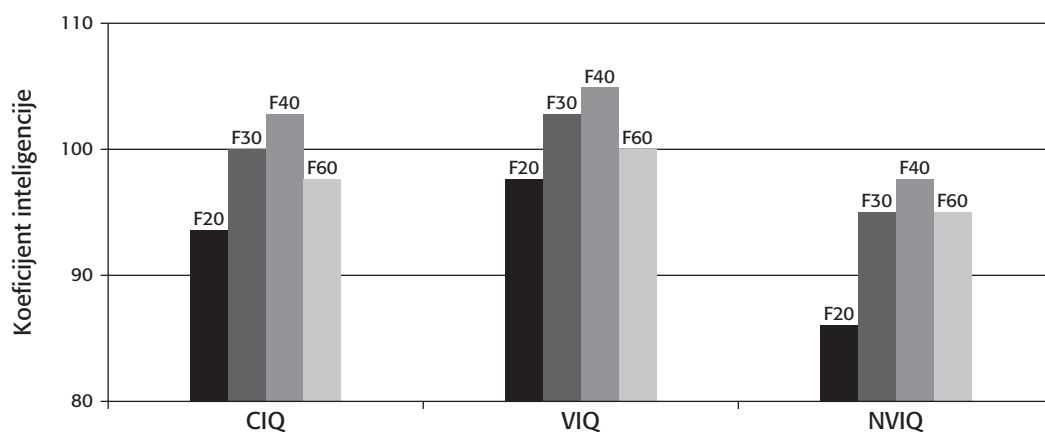
Rezultati istraživanja pokazuju da najbolje postignuće na testu inteligencije WB II postižu pacijenti iz kategorije neurotskih poremećaja, dok najslabije postignuće postižu pacijenti iz skupine shizofrenije i to posebno slabije postignuće na neverbalnoj ljestvici gdje je prosječno postignuće na razini podprosječnog intelektualnog statusa.

Prosječni MMPI-201 profili pokazuju da najniže vrijednosti na kliničkim ljestvicama postižu sudionici sa shizofrenijom, dok ostale kategorije imaju izrazito izražene neurotske ljestvice (hipohondrija-depresija-histerija). Što se tiče frekvencije patoloških odgovora na WTZ-u, najviše patoloških odgovora ima skupina sudionika s dijagnosticiranim neurotskim, somatoformnim poremećajima i poremećajima povezanim sa stresom, a zatim sudionici sa poremećajima ličnosti.

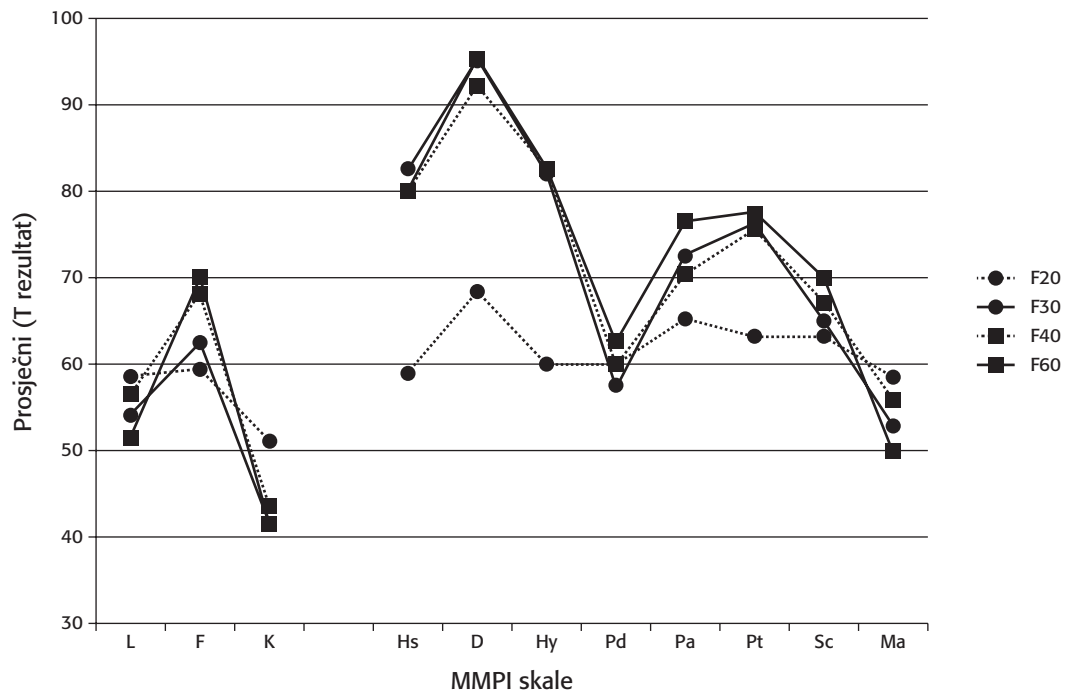
Kako bismo odgovorili na glavno istraživačko pitanje, odnosno utvrdili diskriminativnu vrijednost primijenjene baterije psihodijagnostičkih instrumenata, proveli smo diskriminacijsku analizu. Skupine su definirane s obzirom

na primarnu dijagnozu pod kojom se nalaze u tretmanu. Diskriminacijska analiza je rezultirala dvjema statistički značajnim diskriminacijskim funkcijama, označavajući da se sudionici koji pripadaju različitim kategorijama psihičkih poremećaja i poremećaja u ponašanju razlikuju s obzirom na postignuća u testovima i izraženosti simptoma. Dobiveni koeficijenti Wilks Λ , koji predstavljaju omjer između unutargrupnog i ukupnog varijabiliteta, bili su ($\chi^2=.462$, $p<.000$) i ($\chi^2=.828$, $p<.025$). Ovi rezultati ukazuju da postoje statistički značajne razlike između četiri kategorije poremećaja u testovnim postignućima na WB II, MMPI-201 i WTZ. Analizom koeficijenata korelacije prikazanih strukturnom matricom utvrđene su varijable koje su se najviše razlikovale među kategorijama. U tablici 2 je prikazana struktura diskriminacijskih funkcija na primijenjenim psihodijagnostičkim instrumentima.

U tablici 3 prikazani su grupni centroidi koji određuju poziciju svake kategorije s obzirom na dobivene funkcije. Funkcija 1 je definirana niskim rezultatima na kliničkim ljestvicama Hy (histerija), Hs (hipohondrija) i D (depresija), te niskim rezultatima na podtestovima Slaganje predmeta i Šifriranje. Ova funkcija dobro odvaja skupinu oboljelih od shizofrenije od ostalih triju kategorija psihičkih poremećaja. Podtest Sastavljanje predmeta je



SLIKA 1. Prosječne vrijednosti koeficijenta inteligencije na WB-II (cjelokupna, verbalna, neverbalna ljestvica)



SLIKA 2. Prosječni (T rezultati) MMPI-201 profili četiri dijagnostičke skupine

najviše zasićen neverbalnim faktorom, ali i faktorom općeg intelektualnog funkcioniranja. Podtest Šifriranje je, kao i podtest Sastavljanje predmeta, zasićen neverbalnim faktorom, faktorom pamćenja i faktorom općeg intelektualnog funkcioniranja, a pojedine analize otkrivaju i zasićenost faktorom otpornost prema distrakciji. Stoga, s obzirom na sadržaj podtestova koji definiraju Funkciju 1 može se zaključiti kako shizofreni pacijenti u odnosu na pacijente s poremećajem afekta, neurotskim i poremećajima ličnosti pokazuju odstupanja u neverbalnom i općem intelektualnom funkcioniranju, te pamćenju i otpornosti na distrakciju. Uz odstupanja u intelektualnom funkcioniranju, shizofreni pacijenti pokazuju i niže rezultate na kliničkim ljestvicama hipohondrija-depresija-histerija iz MMPI-201.

Funkcija 2 je definirana nižim rezultatima na kliničkim ljestvicama Pd (psihopatske devijacije) i F (konfuzno i bizarno mišljenje, te agravacija postojećih simptoma), nižim rezultatom na podtestu Razvrstavanje slika (Strip), te bolje odvaja kategoriju afektivnih poremećaja

od neurotskih pacijenata i poremećaja ličnosti i ponašanja. Podtest Razvrstavanje slika je u manjoj mjeri zasićen neverbalnim faktorom i faktorom pamćenja, a osim njih saturiran je i s više specifičnih (neintelektualnih) faktora. Neintelektualni faktori po Wechsleru su prije svega motivacija, pažnja (koncentracija) i emocije. Uspjeh na ovom podtestu izražava prije svega tzv. socijalnu inteligenciju, to jest, sposobnost učinkovitog rješavanja socijalnih situacija. Gledajući sadržaj podtestova koji definiraju Funkciju 2 može se zaključiti kako pacijenti s afektivnim poremećajima u odnosu na pacijente iz ostale dvije kategorije pokazuju odstupanja dijelom u neverbalnom funkcioniranju i pamćenju, ali i u nekim specifičnim neintelektualnim aspektima funkcioniranja kao što su motivacija, pažnja i koncentracija, te emocije. Što se tiče odstupanja u izraženosti simptoma na MMPI-201 kliničkim ljestvicama, pacijenti s afektivnim poremećajima imaju niže rezultate na ljestvicama psihopatskih devijacija i F ljestvici valjanosti (konfuzno i bizarno mišljenje, te agravacija postojećih simptoma).

TABLICA 2. Struktura diskriminacijskih funkcija na primijenjenim psihodijagnostičkim instrumentima

	Podtestovi	Koeficijenti				
		Standardizirani diskriminacijski		Strukturni		
		Funkcija 1	Funkcija 2	Funkcija 1	Funkcija 2	
Wechslerova ljestvica inteligencije	Verbalni	Poučenost	-.192	.211	.067	.032
		Shvaćanje	.155	-.229	.161	-.156
		Pamćenje	-.060	.293	.061	.250
		Računanje	.162	-.121	.162*	.036
		Z. pojmovi	.018	-.081	.185	.046
	Neverbalni	Strip	-.002	.114	.143	.301*
		Nadopunjavanje	.031	.207	.154	.243
		Kocke	-.110	.030	.184	.229
		Sastavljanje	.393	.299	.358*	.332
		Šifriranje	.322	-.119	.269*	.095
MMPI - 201	Kliničke ljestvice Kontrolne	L	-.116	.131	-.257	-.102
		F	.162	1,187	.149	.409*
		K	-.159	-.052	-.396	-.117
		Hs	.409	.239	.532*	.012
		D	.781	-.038	.509*	.100
		Hy	.290	-.446	.560*	-.047
		Pd	-.236	.621	-.113	.507*
		Pa	-.392	-.479	.099	.177
		Pt	-.279	.023	.273	.080
		Sc	-.320	-.534	.125	.200
		Ma	.106	-.209	-.189*	-.063
WTZ	Ukupni br. izostavljenih i patoloških odg.	.037	.238	.115	.323	

* najveća apsolutna korelacija između svake varijable i svake diskriminacijske funkcije

TABLICA 3. Grupni centriodi svake kategorije s obzirom na dobivene funkcije

Kategorije psihičkih poremećaja i poremećaja u ponašanju	Grupni centriodi	
	Funkcija 1	Funkcija 2
F (20-29) – shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaj	1,441	.048
F (30-39) – poremećaji afekta	.490	.684
F (40-48) – neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji	.650	.008
F (60-69) – poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih	.260	.681

A *posteriori* klasifikacija izvedena na osnovi diskriminacijskih funkcija točno je klasificirala 74 % oboljelih od shizofrenije, poremećaja sličnih shizofreniji i sumanutih stanja, 51 % oboljelih od afektivnih poremećaja, 33 % osoba s neurotskim poremećajima i 57 % osoba s dijagnosticiranim poremećajem ličnosti i ponašanja odraslih, što je više u odnosu na slučajno pogađanje kojim bi vjerojatnost točnog svrstavanja bila na razini 25 %.

RASPRAVA

Dobiveni rezultati pokazuju kako se različite kategorije psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja statistički značajno razlikuju u testovnim postignućima i izraženosti simptoma. Usporedba profila ispitivanih skupina pokazuje da najbolje postignuće na testu inteligencije WB II postiže kategorija neurotskih poremećaja, dok najslabije postignuće postižu shizofreni pacijenti, posebno na neverbalnoj ljestvici na kojoj je postignuće na razini podprosječnog intelektualnog funkcioniranja. Osim podprosječnog intelektualnog funkcioniranja shizofrenih na neverbalnoj podljestvici WB II, ostali prosjeci svih četiriju ispitivanih kategorija kreću se u okvirima prosječnog intelektualnog funkcioniranja. Kada se pogledaju odstupanja na pojedinim podtestovima za ispitivane kategorije, najniži rezultati uočavaju se kod shizofrenih i to na podtestovima Strip i Šifriranje. Rezultati ovog istraživanja su u skladu s rezultatima istraživanja Munjize, Stojiljkovića, Dulović, Rosandić i Marić (8) o razlikama prema trenutnoj intelektualnoj učinkovitosti kod osoba s pojedinim psihijatrijskim poremećajima. Ono je pokazalo da se osobe razlikuju prema intelektualnoj učinkovitosti i to tako da je najniža vrijednost kod osoba s neafektivnim psihozama, a najvišu učinkovitost su imali pacijenti s neurotskim poremećajima. Pri ispitivanju verbalne i neverbalne inteligencije uočen je isti trend, pri čemu je univerzalno niži rezultat bio

na neverbalnoj ljestvici, kao i u ovom istraživanju. Autori su konstatali da težina psihičke bolesti stoji u obrnutoj proporciji s trenutnom intelektualnom učinkovitosti, ako se pod „težinom“ smatra dubina psihopatologije i njena povezanost s organskim (8). Istraživanje Cvetić o kognitivnim deficitima u shizofreniji na Wechslerovom testu inteligencije pokazalo je da se globalna kognitivna sposobnost za skupinu shizofrenih ispitanika kreće na razini prosjeka, kao što je dobiveno i u ovom istraživanju (9). Ono što je također značajno jest da je i u ovom istraživanju potvrđen najviši ukupni rezultat na podtestu Poučenost. Ovaj podtest mjeri premorbidnu razinu funkcioniranja, što ukazuje da su pacijenti imali višu razinu premorbidnog kognitivnog funkcioniranja prije početka bolesti.

Usporedba MMPI-201 profila za sve četiri kategorije opet pokazuje izdvajanje skupine shizofrenih pacijenata koji ponovno postižu najniže rezultate, za razliku od profila ostalih ispitivanih kategorija. Shizofreni pacijenti postižu izrazito niže rezultate na kliničkim ljestvicama Hs (hipohondrija), D (depresija) i Hy (histerija) – takozvanoj neurotskoj trijadi. No, kod ljestvica valjanosti skupina shizofrenih pacijenata postiže najviše rezultate na ljestvici laganja i obrane od psihopatologije, odnosno pokazuju tendenciju disimulaciji. Ostale tri dijagnostičke skupine pokazuju tendenciju naglašavanja postojećih psihopatoloških poteškoća odnosno tendenciju simulaciji. Pacijenti su uglavnom upućivani na procjenu na početku ili neposredno prije hospitalizacije, dakle njihovo psihičko stanje je u većini slučajeva bilo pogoršano, što je također moglo utjecati na povišene profile. Većina pacijenata u ovom istraživanju bila je hospitalizirana u vrijeme psihologijske obrade pa povišene profile na MMPI možemo objasniti i subjektivnim teškim podnošenjem postojećih psihopatoloških poteškoća zbog kojeg su onda i hospitalizirani, a kod jednog dijela pacijenata vjerojatno i nekom dobiti. Ali je isto tako moguće, i da

su rezultati ovakvi i zbog nekih drugih razloga u trenutku psihologijske procjene. Brojne studije su pokazale da je iskrivljavanje odgovora na upitnicima ličnosti moguće i da se događa u situacijama gdje postoji motivacija za stvaranje specifičnih dojmova (10,11). Osim činjenice da ispitanici mogu stvoriti pozitivan ili negativan dojam, oni također mogu iskriviti rezultate upitnika u smjeru određenog profila ličnosti željenog u određenoj situaciji (12). Dva su suprotna načina iskrivljavanja odgovora u upitnicima ličnosti. Simulacija je pokušaj prikazivanja vlastitih svojstava i stanja drugačijim nego što jest; pogotovo oponašanjem simptoma mentalne bolesti i drugih obveza da bi se izbjegla ili postigla neka korist (3). Disimulacija je namjerno prikrivanje postojećeg nedostatka, na primjer bolesti ili nekih nepoželjnih osobina ličnosti (3). Gotovo svi pacijenti iz dijagnostičke skupine shizofrenije su u trenutku psihologijske procjene bili hospitalizirani, većinom na Zavodu za forenziku, a zatim na akutnom ili kroničnom odjelu pa se povišenje rezultata na kontrolnim ljestvicama i savršen profil na kliničkim ljestvicama može objasniti njihovom motivacijom za izlaskom iz bolnice ili dobivanjem nekog drugog benefita. Minimiziranje dokaza psihičke disfunkcije, ili pretvaranje i obrana od izražavanja psihopatoloških događaja može se dogoditi kada osoba pokušava zadržati određena prava, želi nešto dobiti ili vratiti, npr. vraćanje sposobnosti, pri procjeni za uvjetni otpust, otpuštanja s prisilne hospitalizacije ili skrbnštva nad djecom, procjenu mentalne sposobnosti nakon počinjenja kaznenog djela (13). Mjesto i svrha ispitivanja mogu biti vrlo važni čimbenici za rezultate i na kliničkim i na ljestvicama valjanosti MMPI. U jednom istraživanju hrvatski branitelji s višim razinama posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) nastojali su odabrati društveno neprihvatljive odgovore, opisujući sebe kao nepouzdana, agresivne i manje društvene (14). U određenim situacijama testirani ljudi mogu pokušati prikazati sebe u socijalno poželjnom

svjetlu (npr. za disimulaciju), dok se na nekim drugim mjestima i u drugim vremenima mogu prikazivati na suprotan način (gore navedeni primjer PTSP-a). U takvim okolnostima se pojedinac prikazuje kao teško psihički bolesna osoba kojoj je potrebna pažnja i posebna pomoć (15,16).

Klinička ljestvica shizofrenije (Sc) je dizajnirana za dijagnosticiranje shizofrenije. Sastoji se od heterogenih čestica koje reflektiraju poremećaje u mišljenju, raspoloženju, ponašanju, kao što su halucinacije, sumanutosti, neusklađen afekt i povlačenje iz socijalnih odnosa. Uz nju, za dijagnosticiranje shizofrenije važno je povišenje na kliničkoj ljestvici paranoidnosti (Pa). Ova ljestvica sadrži čestice koje se odnose na paranoidne simptome, kao što su ideje reference, persekucije, grandioznosti, ali i interpersonalnu osjetljivost. Karakterističan izgled profila na MMPI naziva se tzv. „shizofreno V“. Međutim, podatci pokazuju da 56 % do 80 % shizofrenih pacijenata ne postiže povišenja na te dvije ljestvice, odnosno, da je dijagnosticiranje shizofrenije otežano ako se slijede ovi kriteriji (17). U svom istraživanju o korisnosti upotrebe MMPI u svrhu dijagnostike i procjene depresije, manije i psihoze autori navode kako rezultati pokazuju da ne postoje MMPI profili koji mogu poslužiti kao pouzdan indikator da se radi o psihozi. Zaključuju da su profili koje ova vrlo heterogena skupina postiže vrlo idiosinkratični (17). U ovom istraživanju također nismo dobili karakterističan profil s povišenjima na ljestvicama. Profil je snižen u odnosu na ostale kategorije i izjednačen na svim kliničkim ljestvicama.

Pregled prosječnog broja patoloških i izostavljenih odgovora na projektivnoj tehnici Wartegg ukazuje da ih najviše ima skupina s dijagnosticiranim neurotskim, somatofornim i poremećajima povezanih sa stresom, a zatim sudionici s poremećajima ličnosti. U ove dvije skupine je najviše pacijenta s posttraumatskim stresnim poremećajem koji je prešao u

trajne promjene osobnosti nakon doživljenog katastrofalnog događaja. Iako je maksimalan rezultat 8, pacijenti iz ove dvije kategorije imaju prosječno oko 1,5 patološki odgovor. Pacijenti iz ove dvije kategorije uglavnom crtaju ratne motive ili izostavljaju odgovore u pojedinim kvadratima više od pacijenata iz ostalih skupina dijelom i zbog zamora tijekom psihologijske obrade (ovu tehniku u pravilu primjenjujemo na kraju obrade), a dijelom zbog nesuradljivosti. Što se tiče ovih dijagnostičkih skupina u praksi najčešće susrećemo pacijente koji ili žele ponajprije razgovarati o doživljajima s ratišta, percipiranoj nepravdi, krivnji i slično, a primjena psihologijskih tehnika im je sporedna stvar, ili pacijente koji samo žele što prije i brže riješiti ono što stavimo pred njih.

Provedena diskriminacijska analiza rezultirala je s dvije statistički značajne funkcije. Prva funkcija, koja je definirana neverbalnim i općim kognitivnim faktorom, te faktorom pamćenja i otpornosti na distrakciju, ali i nižim rezultatima na MMPI-201 kliničkim ljestvicama hipohondrijaza-depresija-histerija (Hs-D-Hy) razlikuje kategoriju F20-29 koja obuhvaća shizofreniju, shizotipni i sumanuti poremećaj od ostale tri kategorije. Najčešća dijagnoza za ovu kategoriju u ovom istraživanju je shizofrenija. Pacijenti s ovom psihičkom bolesti pokazuju lošije postignuće u rješavanju podtestova Razvrstavanje slika i Šifriranje. Rješavanje zadatka Razvrstavanje slika zahtijeva shvaćanje situacije u cjelini i misaonu i perceptivnu organizaciju. Rješavanje nam također daje informaciju o učinkovitom rješavanju socijalnih situacija metodi rješavanja zadatka, je li plansko i sistematsko ili je metodom pokušaja i pogreške. Sudionik treba imati zadovoljavajuću motivaciju, odsutnost bilo kakvih negativnih utjecaja, pažljivo shvaćanje uputstava i potpunu koncentraciju kako bi ostvario dobar uradak u ovom vremenski ograničenom zadatku. Šifriranje zahtijeva asocijativnu elastičnost mišljenja, pamćenje i sposobnost učenja. Uradak na ovom podtestu ukazuje na brzinu mentalnog

reagiranja i učinkovitost trajnijeg misaonog npora. Dobiveni rezultati su u skladu s nalazima iz literature, ali i testnim psihosindromima koji su navedeni u priručniku za WB II test inteligencije. Istraživanje (9) pokazuje da shizofreni pacijenti pokazuju znakove kognitivne ometenosti i to na području pažnje koji se manifestiraju u blažim deficitima pri kratkoročnoj koncentraciji, te brzini perceptivno motorne reakcije, izrazitijim deficitima pri brzini složene perceptivno motorne reakcije, selektivnoj pažnji, otpornosti na distrakciju, brzini procesiranja i dugoročnoj koncentraciji. Na području pamćenja se uočavaju izrazitiji deficiti pri kratkoročnom pamćenju i radnoj memoriji. Što se tiče egzekutivnih funkcija, pokazuju izrazitije deficite u misaonoj fleksibilnosti i serijalnoj organizaciji. Također, pokazuju sustavno slabije rezultate u većini kognitivnih zadataka, odnosno generaliziranu kognitivnu disfunkcionalnost (17). Prema testnim psihosindromima koji su navedeni u priručniku za korištenje WB II testa, shizofreniju karakterizira viši verbalni IQ od neverbalnog, velika interesna varijabilnost, lošije postignuće na Razvrstavanju slika a rezultat na podtestu Sastavljanje predmeta je niži od rezultata na podtestu Sastavljanje kocki (5). Ovakve rezultate je potvrdilo i ovo istraživanje. Opća karakteristika oboljelih od shizofrenije je smanjena intelektualna sposobnost. Pogotovo su manje učinkoviti u onim podtestovima koji zahtijevaju neposredan i usmjereni mentalni napor, kao što je podtest Šifriranje. Pokazuju usporeno i manje fleksibilno mišljenje i teže k perseveraciji. Naročito su neuspješni u konkretnim i praktičnim situacijama, kao što je subtest Sastavljanje predmeta. Istraživanje koje se bavilo uspoređivanjem skupine shizofrenih s različitim skupinama oboljelih od psihoorganskih poremećaja s obzirom na uradak na Wechslerovim ljestvicama pokazalo je gotovo iste rezultate kao i ovo istraživanje (5). Oboljeli od shizofrenije postizali su značajno niže rezultate na podtestovima Razvrstavanje slika, Sastavljanje predmeta i Šifriranje (17).

Druga diskriminacijska funkcija koja je definirana neverbalnim faktorom i faktorom pamćenja, nekim specifičnim neintelektualnim faktorima, te nižim rezultatima na kliničkim ljestvicama psihopatskih devijacija i F ljestvici valjanosti (konfuzno, bizarno mišljenje; naglašavanje postojećih simptoma), razlikuje kategoriju afektivnih poremećaja od kategorije neurotskih i poremećaja ličnosti. Najčešća dijagnoza za ovu kategoriju u ovom istraživanju je depresija. Ranije je navedeno što zahtijeva rješavanje podtesta Razvrstavanje slika. Osobe s depresivnim poremećajem ne zadovoljavaju ranije navedene uvjete, odnosno zbog izraženih poteškoća s motivacijom, koncentracijom i emocijama, ne uspijevaju postići dobre rezultate. Kategorija afektivnih poremećaja u odnosu na druge dvije kategorije postiže lošije rezultate na gotovo svim podtestovima WB II. Na prva dva podtesta (Poučenost i Shvaćanje) pacijenti postižu najbolji rezultat jer osim što ti podtestovi mjere opće, ranije stečeno znanje i njegovo iskazivanje na socijalno prihvatljiv način, oni se primjenjuju na početku procjene dok pacijenti imaju visoku motivaciju i koncentraciju. Bolji rezultat na podtestu Zajedničkih pojmova možemo objasniti time što on zahtijeva najmanje spontane verbalizacije. Lovretić i Mihaljević-Peleš (18) navode kako istraživanja kognitivne funkcije kod depresije upućuje na oštećenje izvršne funkcije povezano s deficitom pozornosti, brzinom obrade informacija i zapamćivanja, kratkotrajnog pamćenja i radnog pamćenja u verbalnim i vizualnim zadacima. Također, ističu i nedostatak motivacije koji često karakterizira depresivne bolesnike, te navode kako je moguće objašnjenje nedostatka motivacije izostanak primjerene reakcije na eksplicitnu nagradu jer ne percipiraju nagradu kao stimulirajuću zbog sniženog hedonističkog kapaciteta (18). Podtest Razvrstavanje slika je zadatak koji je vremenski ograničen i koji nam, između ostalog ukazuje na učinkovitost rješavanja socijalnih situacija. Uspjeh u njemu ovisi o vremenu u kojem ga

osoba riješi, stoga, rješavanje zadatka pretpostavlja motiviranost osobe da što prije i točnije riješi zadatak, odnosno da stekne uvid u radnju na slikama i posloži slike pravilnim redoslijedom. Sudeći prema rezultatima, depresivne osobe ne percipiraju uspjeh u rješavanju ovog zadatka stimulirajućim, ali bismo neuspjeh u ovom zadatku mogli objasniti i njihovom nezainteresiranosti za socijalne kontakte.

Diskriminacijskom analizom je utvrđeno da na MMPI-201 profilima niži rezultati na ljestvici psihopatske devijacije i F (bizarno, konfuzno mišljenje; naglašavanje postojećih simptoma) ljestvici valjanosti razlikuju kategoriju afektivnih poremećaja od neurotskih i poremećaja ličnosti. Pregledom ljestvica valjanosti ovih triju skupina na MMPI-201 uočava se podjednaka spremnost na prikazivanje u socijalno poželjnom svjetlu (L) i ljestvici K (odbrana od ekspresije patologije), te naglašavanju postojećih simptoma. Povišenja na kliničkim ljestvicama kreću se prema patološkim vrijednostima, odnosno gotovo sve ljestvice se nalaze iznad vrijednosti T 70. Dominantno povišenje je na neurotskoj trijadi Hs-D-Hy koje karakterizira nizak prag tolerancije na frustraciju, pri čemu u stresnim situacijama reagiraju psihosomatskom reakcijom. Uz povišenje na tim ljestvicama, uočava se povišenje i na kliničkim ljestvicama psihastenije (Pt) i paranoidnosti (Pa), a ovo povišenje je posebno naglašeno kod skupine poremećaja ličnosti i poremećaja u ponašanju. Povišenje na ljestvici paranoidnosti ukazuje na hipersenzitivnost i česte interpersonalne probleme zbog naglašene latentne agresivnosti koja povremeno provaljuje i ometa odnose. Dobivena sličnost u profilima objašnjava visoku stopu komorbiditeta i nekonzistentnost simptoma između ove tri skupine poremećaja. U svom istraživanju profila ličnosti pacijenata s distimijom i paničnim poremećajem, Batinić, Saula-Marojević i Vukosavljević-Gvozden (19) također izvještavaju o profilima koji dosežu patološke vrijednosti, a dominantno odstupanje je na neurotskoj trijadi. Također, zaključuju kako su sličnosti u

profilima na MMPI-201 odraz visoke stope komorbiditeta između tih poremećaja. Kao što je ranije navedeno, većina sudionika (56 %) ima komorbiditet s drugim psihijatrijskim stanjima, zloporabom alkohola ili psihoaktivnih tvari.

Diskriminacijska analiza utvrdila je da niži rezultat na ljestvici psihopatskih devijacija odvaja kategoriju afektivnih poremećaja od neurotskih i poremećaja ponašanja. Klinička ljestvica psihopatskih devijacija negativno korelira s kliničkom ljestvicom depresije, stoga, niži rezultat na ljestvici psihopatskih devijacija ukazuje na povišenje na ljestvici D koja je karakteristična za depresivne poremećaje, što se u ovom istraživanju i potvrdilo. Wetzler i Marlowe (20) u svom istraživanju o korisnosti upotrebe MMPI u svrhu dijagnostike i procjene depresije, manije i psihoze također govore o zajedničkom profilu depresije i različitih dijagnostičkih skupina.

Dobiveni rezultati pokazuju da pripadnost različitim kategorijama psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja rezultira različitim postignućem na testu kognitivnih sposobnosti WB II, te različitom strukturom simptoma na MMPI-201. Rezultati pokazuju da testovi nisu toliko uspješni pri diferencijalnoj dijagnostici poremećaja, osim u slučaju psihotičnih poremećaja, gdje se postiže 74 % točnih klasifikacija. Ako se uzme u obzir da osobe s psihotičnim poremećajem karakterizira smanjena opća intelektualna učinkovitost i kognitivna distorzija realiteta, tada je za očekivati dobiveno razlikovanje na testovima. Međutim, za preostale tri kategorije testovi se nisu pokazali toliko uspješnima. Objašnjenje ovih rezultata može se naći u nedostacima kategorijskog pristupa klasifikaciji poremećaja. Kategorijska klasifikacija dijeli psihičke poremećaje i poremećaje ponašanja na temelju kriterija s definiranim značajkama. Dijagnostički kriteriji pomažu kliničaru pri donošenju ispravne dijagnoze, odnosno diferencijalne dijagnostike na temelju uputa kako razlikovati jedan poremećaj od

ostalih koji imaju slične simptome. Kategorije također omogućuju lakšu komunikaciju među stručnjacima. Međutim, pojavila su se dva važna problema, a to je prekomjerna dijagnostička pojava određenih poremećaja, odnosno komorbiditet koji u većini slučajeva predstavlja prisustvo zajedničke i dijeljene patologije. Drugi problem je granica između poremećaja. Postojanje kategorija implicira da je svaki poremećaj entitet za sebe s jasnim granicama koje ga dijele od ostalih poremećaja, što se u velikoj većini slučajeva ne može tvrditi. Kako bi se riješilo ta dva problema stručnjaci preporučuju dimenzionalni model klasifikacije koji bi davao točnije i detaljnije opise psihopatologije jer bi uzimao u obzir razne neurokemijske, interpersonalne, kognitivne i druge medijacijske i moderirajuće varijable koje pomažu da se razvije i oblikuje pojedinčev psihopatološki profil (21). Kategorije F30-39, F40-48 i F60-69 odabrane u ovom istraživanju pokazuju međusobno preklapanje u simptomima. To bi moglo objasniti jednak trend testovnih rezultata. Stoga, slabija učinkovitost testovne baterije da razlikuje kategorije možda leži upravo u tim preklapajućim simptomima.

ZAKLJUČAK

Dobiveni rezultati potvrđuju potrebu za uključivanjem sveobuhvatne baterije psiholoških mjernih instrumenata u kliničku procjenu, jer se jedino kombinacijom rezultata dobivenih na različitim tehnikama mogu dobiti rezultati koji će povećati valjanost diferencijalno-dijagnostičkog procesa.

Najveći nedostatak ovog istraživanja je uzorak koji je prigodan klinički pa ne možemo utjecati na komparabilnost prema nekim drugim karakteristikama kao što su dob, spol, trajanje bolesti, zastupljenost specifičnih dijagnoza i slično. Nešto više od polovine pacijenata ima komorbiditet s drugim psihijatrijskim stanjima, zloporabom alkohola ili psihoaktivnih

tvari, dakle ne možemo govoriti o jasnim psihičkim poremećajima ili poremećajima ponašanja, odnosno zaključivati o tome kakvi su, na primjer, tipični rezultati depresivnih ili maničnih pacijenata, budući da su svrstani u veću kategoriju afektivnih poremećaja. Pacijenti nisu izjednačeni po spolu pa ne možemo zaključivati ni u tom smjeru o tipičnim rezultatima bilo unutar kategorija poremećaja, bilo o razlikama po spolu. Na rezultate je svakako moglo utjecati i poznavanje testnog materijala, jer su u uzorak uključeni i pacijenti koji su retestirani. Moguće je da bismo poboljšali dis-

kriminativnu snagu baterije ako bismo iz analize isključili formalno nevalidne MMPI profile (disimulativne i simulativne prema pravilima iz priručnika). U tom bi slučaju naš uzorak bio bitno manji. Naime, u kliničkoj praksi uzimamo u obzir sve dijelove psihologijske procjene (intervju i tehnike) i onda se odlučujemo na interpretaciju i nevalidnih MMPI profila, uz dodatan oprez. Ovo je svakako vrijedno istraživanje koje osim što ukazuje na potrebu sveobuhvatne baterije, ukazuje i na potrebnu ponovnu validaciju tehnika koje se primjenjuju u svakodnevnom radu kliničara.

LITERATURA

1. Nietzel M, Bernstein DA, Milich R. Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
2. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD i sur. Psychological testing and psychological assessment – A review of evidence and issues. *Am Psychol* 2001; 56: 128-65.
3. Petz B. Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1992.
4. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – Deseta revizija (MKB – 10). Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
5. Wechslerov test inteligencije za odrasle i omladinu – popravljen oblik II. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, 1986.
6. Biro M, Berger J. Praktikum za primenu i interpretaciju. Beograd: Savez društava psihologa SR Srbije, 1985.
7. Kostelić-Martić A, Jokić-Begić N. Priručnik: Wartegg test crteža. Zagreb, 2003.
8. Munjiza A, Stojiljković D, Dulović M, Rosandić H, Marić N. Da li se osobe sa pojedinim psihijatrijskim poremećajima razlikuju prema koeficijentu inteligencije? *Engrami* 2007; 29: 24-32.
9. Cvetić T. Kognitivni deficit u shizofreniji: Komparativna analiza pozitivnog i negativnog podtipa shizofrenije. *Engrami* 2004; 26: 35-44.
10. Ellingson JE, Sackett PR. Consistency of Personality Scale Scores Across Selection and Development Contexts. Summary from Poster Section Presented on Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology (San Diego, 2001).
11. Smith DB, Ellingson JE. A new look at social desirability in motivating context. *J Appl Psychol* 2002; 87: 211-19.
12. Krahe B. Faking personality profiles on a standard personality inventory. *Pers Individ Differ* 1989; 10: 437-54.
13. Caruso KA, Benedek DM, Auble PM, Bernet W. Concealment of psychopathology in forensic evaluations: a pilot study of intentional unisnghtul dissimulators. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003; 31: 444-50.
14. Mršić Husar S, Bogović A. The EPI profiles of veterans with chronic PTSD. *Contemp Psychol* 2008; 11: 273-84.
15. Butcher JN. Frequency of MMPI-2 scores in forensic evaluations (MMPI-2 Newsletter. MMPI-2 Workshops, University of Minnesota, 1997).
16. Butcher JN, Williams CL. Bitne odrednice interpretacija MMPI-2 i MMPI-A Inventara. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2000.
17. Jokić-Begić N, Akrap L, Franić M. Kognitivne osobitosti psihijatrijskih bolesnika. *Suvremena psihologija* 2005; 8: 163-78.
18. Lovretić V, Mihaljević-Peleš A. Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju? *Soc psihijat* 2013; 41: 109-17.
19. Batinić B, Saula-Marojević B, Vukosavljević-Gvozden T. Personality profiles of patients with dysthymic and panic disorder. *Psychiatr Danub* 2013; 25: 115-22.
20. Wetzler S, Marlowe DB. The diagnosis and assessment of depression, mania, and psychosis by self-report. *J Pers Assess* 1993; 60: 1-31.
21. Widiger TA, Samuel DB. Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – Fifth Edition. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 494-504.
22. Begić D, Jokić-Begić N. Heterogeneity of posttraumatic stress disorder symptoms in Croatian war veterans: retrospective study. *Croat Med J* 2007; 48: 133-9.