Универзитет у Београду

Филозофски факултет

Одељење за психологију

# Перспектива психологије личних конструката у разликовању депресивних и дисруптивних поремећаја

# (Personal construct theory perspective on the distinction between depressive and disruptive disorders)

Студент
Никола Дрндаревић

Ментор
Проф. Др Тамара Џамоња Игњатовић

## Садржај

Увод ..... 2
Традиционална парадигма – ДСМ ..... 3
Депресивни поремећаји - ДСМ перспектива ..... 3
Дисруптивни поремећаји - ДСМ перспектива ..... 4
Конструктивистичка парадигма – психологија личних конструката (ПЛК) ..... 5
Систем конструката ..... 6
Стања транзиције ..... 6
Депресивни поремећај – ПЛК перспектива ..... 7
Констрикција ..... 7
Когнитивна комплексност – диференцијација или интеграција ..... 8
Самоконструкција ..... 9
Поларизовани систем ..... 10
Перцепција интерперсоналне изолације ..... 10
Садржај конструката ..... 11
Дисруптивни поремећај – ПЛК перспектива ..... 11
Когнитивна комплексност ..... 11
Самоконструкција ..... 12
Перцепција интерперсоналне изолације ..... 12
Садржај конструката ..... 12
Циљеви и задаци истраживања ..... 12
Метод ..... 14
Хипотезе ..... 14
Варијабле ..... 17
Учесници ..... 17
Инструменти ..... 18
М.И.Н.И. (Мини интернационални неуропсихијатријски интервју) ..... 18
Техника мреже репертоара ..... 18
Процедура ..... 19
Анализа ..... 19
Планирани садржај дисертације ..... 20
Референце ..... 22

## Увод

a) *Након што је супруга изјавила намеру да га напусти, Т.П. је пао у очајање и изоловао се од својих пријатеља и породице. Временом покушава да изврши самоубиство и постаје хоспитализован.*
b) *Након што је супруга одлучила да га напусти, С.Е. почиње да је уходи и вербално малтретира, након чега ју је и физички претукао чиме завршава у затвору.*
c) *У времену које је уследило након развода од супруге, Б.Р. се присећао узрока њихових бројних свађа током година, делио је своја размишљања и осећања са неколико пријатеља, и покушао у следећој вези да исправи грешке које је увидео.*

Ови примери илуструју различите начине понашања у односу на оно што се може посматрати као сличан догађај – напуштање партнера. И док се први пример (понашања које се може схватити као самодеструктивно и депресивно) и други пример (понашања које се може схватити као деструктивно и агресивно) могу окарактерисати као патолошке реакције, понашање у трећем примеру се може окарактерисати као адаптивно, у коме се живот наставља са минималним ометањима. Ови различити начини понашања се могу користити као илустрације различитих фактора личности који стоје у основи различитог понашања. Перспектива на факторе личности који учествују у наведеним примерима онога што се у традиционалној парадигми разликују као депресивни и дисруптивни поремећаји (психијатријска нозологија из перспективе ДСМ), биће понуђена кроз конструктивистичку парадигму (психологије личних конструката).

Ова теза почиње и ослања се на две главне тачке у теоријском и емпиријском смислу. Прва се тиче ДСМ диференцијације између депресивних и дисруптивних поремећаја, док се друга тиче перспективе психологије личних конструката (ПЛК) категорије депресивних и дисруптивних поремећаја.

Од ДСМ-5 па надаље, дошло је до уклањања система аксијалне номенклатуре, где су поремећаји систематизовани заједно без формалне диференцијације. Организација

након неуроразвојних поремећаја заснива се на групама интернализујућих поремећаја (тј. поремећаја са израженом анксиозношћу, депресивним и соматским симптомима), екстернализујућих поремећаја (тј. поремећаја са израженим импулсивним, ометајућим понашањем и симптомима употребе супстанци), неурокогнитивних поремећаји и другим поремећајима (DSM5-TR).

ПЛК се, с друге стране, ослања на радикалнију перспективу како на поремећаје тако и на дијагностичке категорије (Kelly, 1955). ПЛК покушава да избегне „убацивање“ људи у дијагностичке категорије, и уместо тога нуди транзитивну дијагнозу која би требало да омогући веће терапијско кретање. Ово значи да ПЛК нема посебне категорије за различите поремећаје који се могу наћи у традиционалној парадигми. И док је било истраживања о депресивним поремећајима из перспективе ПЛК (нпр. Sheehan, 1985; Lin & Winter, 2020), није било покушаја да се концептуализују или тестирају дисруптивни поремећаји (осим студија које се тичу беса (нпр. Cummins, 2005)), и није било покушаја да се ова два упореде.

Ова теза отуд покушава да допринесе првенствено литератури ПЛК истражујући и упоређујући поремећаје који се традиционално сматрају унутрашњим и спољашњим. Другим речима, поставља се питање да ли ПЛК препознаје феноменолошке разлике код појединаца за које се традиционално сматра да припадају овим двема групама. Такође, ово је прва студија која има за циљ да тестира диференцијацију депресивно-дисруптивно (интернализовано-екстернализујући спектар) са тачке гледишта ПЛК.

## Традиционална парадигма – ДСМ

Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје (ДСМ) је најшире прихваћени нозолошки приручник који користе клиничари и истраживачи. Најновије издање је DSM-5TR (5th ed revised.; DSM–5TR; American Psychiatric Association, 2022).

### Депресивни поремећаји - ДСМ перспектива

Заједничка карактеристика депресивних поремећаја је присуство тужног или празног расположења, праћеног сродним променама које значајно утичу на способност појединца да функционише (нпр. соматске и когнитивне промене).

Велики депресивни поремећај (ВДП) представља типични поремећај у овој групи поремећаја (DSM-5TR). Карактеришу га дискретне епизоде у трајању од најмање 2 недеље (иако већина епизода траје знатно дуже) које укључују јасне промене у афектима, когницији и неуровегетативним функцијама.

Пет или више од следећих симптома мора бити присутно за ВДП:

1. Депресивно расположење већи део дана, скоро сваки дан, на шта указује или субјективни извештај (нпр. осећа се тужно, празно, безнадежно) или запажање других (нпр. изгледа плачљиво).
2. Изразито смањено интересовање или задовољство за све, или скоро све, активности већи део дана, скоро сваки дан (што указује било субјективно мишљење или посматрање).
3. Значајан губитак тежине или повећање телесне тежине невезано за дијету (нпр. промена за више од 5% телесне тежине за месец дана), или смањење или повећање апетита скоро сваки дан.
4. Несаница или хиперсомнија скоро сваки дан.
5. Психомоторна агитација или ретардација скоро сваки дан (коју други могу приметити, а не само субјективни осећај немира или успореност).
6. Умор или губитак енергије скоро сваки дан.
7. Осећај безвредности или претеране или неприкладне кривице (који може бити заблуда) скоро сваки дан (не само самопрекоравање или кривица због болести).
8. Смањена способност размишљања или концентрације, или неодлучност, скоро сваки дан (било субјективно или према другима).
9. Понављајуће мисли о смрти (не само страх од умирања), понављајуће мисли о самоубиству без посебног плана, или покушај самоубиства или посебан план за извршење самоубиства.

## Дисруптивни поремећаји - ДСМ перспектива

Дисруптивни поремећаји, поремећаји контроле импулса и понашања обухватају стања која укључују проблеме у самоконтроли емоција и понашања. Док други поремећаји у ДСМ5 такође могу укључивати проблеме у емоционалној и/или регулацији понашања, поремећаји у овом поглављу су јединствени по томе што се ови проблеми

манифестују у понашањима која крше права других (нпр. агресија, уништавање имовине) и/или који појединца доводе у значајан сукоб са друштвеним нормама или ауторитетима. Опозициони поремећаји, поремећаји контроле импулса и понашања обично су чешћи код мушкараца него код жена, иако се релативни број мушкараца може разликовати и међу поремећајима и унутар поремећаја у различитим годинама.

Опозициони поремећаји (ОП) представљају средину између поремећаја понашања и интермитентног експлозивног поремећаја (DSM-5TR), код кога су критеријуми равномерније распоређени између емоција (бес и иритација) и понашања (аргументативност и пркос).

Дијагностички критеријуми за ОП укључују образац који траје најмање 6 месеци о чему сведоче најмање четири симптома из било које од следећих категорија, а који се показују током интеракције са најмање једном особом која није брат или сестра:

1. љуто/раздражљиво расположење (често губе живце; често су осетљиви или су лако изнервирани; често су љути и огорчени),
2. аргументирано/пркосно понашање (Често се свађају са ауторитетима или, за децу и адолесценте, са одраслима; Често активно пркосе или одбијају да се повинују захтевима ауторитета или правилима; Често намерно нервирају друге; Често криве друге за своје грешке или лоше понашање), или
3. осветољубивост (злобност или осветољубивост најмање два пута у последњих 6 месеци).

## Конструктивистичка парадигма – психологија личних конструката (ПЛК)

Кели експлицитно поставља своју теорију унутар ширих филозофских претпоставки о стварности и знању. Онтолошки, стварност постоји. Епистемолошки, ми тумачимо такву стварност. Дакле, то није идеалистичка нити реалистичка позиција. Уместо тога, ПЛК заузима конструктивистички став (Stojnov, 2010; 2011) који тврди да се ствар-по-себи (*noumena*) не може спознати, осим кроз неку њену презентацију или репрезентацију (*phenomena*). Реалност се доживљава као непрекидан ток промена, или хомогена позадина, све до тренутка конструисања елемената из ње. Дакле, једини начин

да људи дођу до стварности је кроз конструкцију психолошке структуре која је одговорна за организовање елемената искуства. Ово је процес стварања значења, процес стварања конструката, који потом делује као персонализовани водич за акцију одговоран за каналисање понашања. Ограђивањем процеса унутар граница конструката, догађаји постају препознатљиви, управљиви, предвидљиви и контролисани.

Укратко, особа представља и процес стварања значења и структуру уз помоћ које особа ступа у интеракцију са стварношћу. Дизајн психолошке структуре (тј. система личних конструката) утиче на понашање које из ње произилази. Штавише, однос између наших конструката онога што реалност (ре)презентује и онога што реалност јесте, стално се мења, или би барем требало да се мења. Дуготрајно бивстовање у одређеном свету може произвести систем који је попут затвора, чиме се и сам може посматрати у патолошком светлу, ограничавајући потенцијал особе за редизајнирање свог света.

## Систем конструката

Поремећај се у оквиру ПЛК посматра као свака лична конструкција која наставља да се користи упркос сталној инвалидацији (Kelly, 1955). Другим речима, поремећај представља сваку структуру која не испуњава своју сврху. Међутим, неиспуњавање сврхе једног дела те конструкције не мора нужно довести до замене тог дела конструкције. Уместо тога, особа прво прегледа целу конструкцију како би утврдила колико других корисних делова конструкције је у опасности од урушавања. Дакле, један очигледно неисправан и неупотребљив део структуре може бити бољи избор од празнина анксиозности које би могле бити узроковане његовим уклањањем. Приликом утврђивања поремећаја, мора се узети у обзир агенсност избора који чини особа. Дакле, није довољно само утврдити неупотребљивост дела структуре која изазива овај поремећај, већ и поставити питање заштитне функције структуре симптома за остатак система. У ПЛК се структура симптома види првенствено као покушај спашавања система од потенцијално веће патње.

## Стања транзиције

Систем конструката се непрестано тестира, отварајући се за ревизију, колапс, раст и учење. Систем улази у оно што је Кели назвао стање/а транзиције, као одговор у односу на постављене захтеве за прилагођавање новоконструисаних догађаја, мењајући начин на

који је свет уређен. По својој природи, структура омогућава одбрану од анксиозности, па се улазак у стање транзиције доживљава као узнемирујуће. Кели је понудио и редефинисао следеће транзиције: анксиозност, страх, претња, кривица, агресија и хостилност. Иако стања транзиције могу да буду негативна, она такође представљају и прилике за промену нечијих конструкција и начина на који посматрамо свет.

## Депресивни поремећај – ПЛК перспектива

Особине система које се истичу у ПЛК истраживању депресије су: констрикција, когнитивна комплексност, негативна самоконструкција, ниско самопоштовање, поларизован систем и интерперсонална изолација.

### Констрикција

Иако концепт депресије није систематски разрађен у његовом главном делу, Кели (Kelly, 1955) издваја констрикцију као најкарактеристичнију особину депресије. Констрикција (повлачење) може бити одговор на нове догађаје који су ван оквира наших конструката или на догађаје које наши конструкти нису успешно предвидели. Да би се избегла инвалидација, односно да би се особа изборила са анксиозношћу, она се констрихује, сужавајући на тај начин опсег конструкта.

Стратегија констрикције може бити корисна како би се повратили ресурси и обезбедио систем, односно смањила анксиозност. Међутим, понекад се особа заглави у констрикцији. Дуготрајна констрикција се може манифестовати повлачењем, удаљавањем од пријатеља, смањењем обима интересовања за неку област итд. Ако је систем конструката особе дуже време под утицајем констрикције, особа нема могућност да експериментише са новим активностима и догађајима.

Потпуна констрикција је самоубиство (Kelly, 1961). Кели (Kelly, 1955: 260) наводи две ситуације када самоубиство може бити једино разумно решење за особу. У првој ситуацији, особа види све догађаје као предвидљиве, али не може ништа да уради поводом тога (слично Селицмановом појму научене беспомоћности). Кели ово назива "депресивним фатализмом". Друга ситуација је супротна од прве, особи све делује непредвидиво. У том случају, самоубиство је једини и последњи покушај да човек одлучи шта ће се десити. Кели ову ситуацију назива "тоталном анксиозношћу". У оба случаја је присутна констрикција.

## Когнитивна комплексност – диференцијација или интеграција

Когнитивна комплексност представља степен диференцијације система конструкта, односно број димензија које особа користи за конструисање. Когнитивна комплексност омогућава разумевање отприлике две врсте система, сложених (диференцираних) – који су изграђени од великог броја релативно неповезаних конструката; и једноставних (интегративних) – изграђених од блиско повезаних конструката који се скоро идентично користе за тумачење искуства. Оба ова екстрема се сматрају поремећајима (Neimeyer, 1985). Ако особа превише диференцира, добијамо фрагментирани систем без смислене целине, што се обично повезује са шизофреним поремећајем мишљења. Ако особа конструише недиференцирано, глобално, онда се губе суптилне информације из околине, што се повезује са опсесивно-компулзивним поремећајем.

У почетној студији (McPherson, Blackburn, Draffan & McFadyen, 1973), аутори су испитивали степен међусобне повезаности конструката. Виша међуповезаност је првобитно замишљена као индикатор ограничења слободе, али се из логике њеног израчунавања сматра и индикатором когнитивне интеграције (Botella, 2000). Резултати Силвермана (Silverman, 1977) су показали да је код депресивне групе већа међуповезаност када је у питању група конструката са афективним садржајем (тужни, напети итд.), што указује на једноставнију, монолитнију конструкцију када се користе конструкти везани за афект. Ово се преводи у глобалније и нефлексибилније конструисање депресивне групе када је суочена са емоционално бременитим ситуацијама (Neimeyer, 1985).

Шиханова (Sheehan, 1981, 1985) је претпоставила да депресивне особе мисле само једнодимензионално и да је њихов систем конструката стога мање диференциран. Ово је мерено коришћењем процента дисперзије за прву компоненту. Депресивни систем конструката је показао нижи степен диференцијације у поређењу са особама без дијагнозе депресије (Sheehan, 1981). Закључак њеног истраживања говори о малом броју унутарсистемских конфликата, које Шиханова тумачи у складу са последицама констрикције.

У другим студијама (Angelillo et al., 1985; Neimeier et al., 1983), функционално независни конструкт (ФИК) је коришћен за мерење диференцијације, а индекс структуре (ординација) за мерење интеграције. ФИК се заснива на великом броју независних

кластера структура, док је структура повезана са екстремном проценом скала које формирају конструкти (Botella, 2000). Коришћена је модификована мрежа репертоара (Neimeyer et al., 1983), где су испитаници оцењени у различитим улогама на добијеним конструктима. Ни ФИК ни индекс структуре нису у корелацији са дубином депресије. Друга студија (Angelillo et al., 1985) је открила виши степен организованости у неклиничкој контролној групи. Групе пацијената са депресијом и дистимијом и групе са другим психијатријским обољењима нису се разликовале. Опет, ФИК није правио разлику између група.

Студија Нимејера и сарадника (Neimeyer et al., 1985) пружа прилику за уоквиривање налаза. Аутори су открили да дубина депресије утиче на диференцијацију (у облику ФИК скора). У почетку је систем конструката личности прилично интегрисан у пољу позитивно-валентних полова. Како се депресија продубљује, долази до диференцијације и користе се позитивни и негативни полови конструката везаних за структуру сржне улоге. У тешкој депресији поново долази до померања ка интеграцији, али сада у пољу негативно-валентних полова.

### Самоконструкција

Негативна самоконструкција је операционализована као селф елемент који је конструисан на негативним половима конструката особе. Низ студија које користе мрежу репертоара (Space & Cromwell, 1980; Space, Dingemans & Cromwell, 1983; Pierce, Sevell & Cromwell, 1992) показује да депресивне особе имају тенденцију негативне самоконструкције.

Међутим, иако депресивне особе имају тенденцију негативне самоконструкције, оне нису увек стабилне. Постоји тенденција да се депресивци процењују и позитивно и негативно у оквиру групе међусобно повезаних конструката (подсистема), које су аутори назвали мешаном валенцом (Space & Cromwell, 1980; Space, Dingemans & Cromwell, 1983). Мешовита валенца организује систем на начин да особа постаје осетљивија на контрастну конструкцију, односно кретање са једног пола на други. Ако се психолошки процеси каналишу конструктима, промена начина конструкције значи и промену психолошких процеса. Практично, ово предиспонира особу на непредвидиве промене расположења које могу бити изазване минималним променама у окружењу (Ross, 1985).

Негативне конструкције тренутног и будућег селфа су у значајној вези са дубином депресије и суицидалним идејама (Neimeyer, Heath & Strauss, 1985). Нимејер (Neimeyer, 1985) сумира резултате ових студија, који указују на то да што је особа дуже депресивна, то ће више конструисати систем који ће бити примован за негативне информације о себи и другима.

Ниско самопоштовање се односи на различите перцепције тренутног и идеалног селфа. Његова мера се одређује као просечна разлика између локације тренутног и идеалног селфа на конструктима. Бројне студије су открилe ниже самопоштовање у депресивној групи у поређењу са неклиничком групом, као и повећање самопоштовања након терапије (нпр. Ashworth, Blackburn & McPherson, 1982, 1985; Sheehan, 1981, 1985). Очекивано, самопоштовање је у корелацији са негативном самоконструкцијом – што је ниже самопоштовање, то је негативнија конструкција селфа (Neimeyer & Feixas, 2016).

### Поларизовани систем

Поларизовани систем се односи на апсолутистичку, црно-белу визију света. У ПЛК, ово се примећује код особа које користе екстремне полове конструкта, и то тако као да недостају градијенти. Уместо изнијансиране перспективе коришћења конструката, особа се чврсто држи крајности полова. Присутан је недостатак флексибилности, што указује на присутност незрелијег облика конструисања. Систем конструката који не дозвољава перцепцију суптилних нијанси између екстрема спречава оптимално предвиђање и може довести до патологије. Степен поларизоване конструкције добија се из просека самопроцена у различитим улогама; екстремнији рејтинг значи већу поларизацију. Регистрована је веза између поларизоване конструкције и дубине депресије (нпр. Neimeyer et al., 1983; Lin & Winter, 2020).

### Перцепција интерперсоналне изолације

У ПЛК, интерперсонална изолација је операционализована као просечна удаљеност других од тренутног селфа. Суштина се састоји у томе да ли човек себе оцењује слично другима или постоји значајна разлика између себе и других.

Неколико студија које су користиле меру интерперсоналне изолације (индекс идентификације, тј. корелације између себе и важних људи (pace & Cromwell, 1980; Space

et al., 1983) или интеграције себе и других (Ashworth et al., 1982; 1985; Hewstone, Hooper & Miller, 1981), је открило да је највиши ниво изолације у групи депресивних особа.

### Садржај конструката

Иако се већина студија фокусира на структурне карактеристике депресивне структуре, постоји неколико са фокусом на садржај. Силверман (Silverman, 1977) је открио разлику између конструката везаних за афекте и конструката везаних за особу. Конструкти са афективним садржајем се конструишу интензивније. Шиханова (Sheehan, 1981) је утврдила да су припадници депресивне групе најчешће користили нискоенергетске конструкте пре третмана, док су највише користили високоенергетске конструкте након третмана, односно пронађен је карактеристични садржај у систему конструката код депресивне групе. Штавише, вегетативни и афективни симптоми (поремећаји спавања, осећај туге) повезани су са тенденцијом негативне самоконструкције (Neimeyer, Klein, Gurman & Griest, 1983). Коначно, садржај конструкта указује на осећања празнине, туге и сталне животне борбе (Rhodes et al., 2019).

## Дисруптивни поремећај – ПЛК перспектива

Кључне карактеристике дисруптивних поремећаја обухватале би проблеме у самоконтроли емоција и понашања, што би резултирало злостављањем других (нпр. агресија, деструкција, насиље). ПЛК литература може понудити своју перспективу како из емпиријског истраживања са преступницима, тако и из клиничког искуства у раду са преступницима и/или људима са проблемима беса (Cummins, 2005, 2006a, 2006b, Houston, 1998; Winter, 2003, 2006, 2007, 2016, 2020).

### Когнитивна комплексност

Рана истраживања су открила везу између когнитивне једноставности и насиља, и код затвореника и код психијатријских пацијената (Chetwynd, 1977; Topcu, 1976). Поједностављено и чврсто организовано конструисање може имати ограничен спектар опција у решавању међуљудских сукоба. Постоје резултати и у каснијим истраживањима и у клиничком искуству у складу са овом перспективном (Cummins, 2005, 2006a, 2006b; Houston, 1998). Когнитивно поједностављена организација система такође има тенденцију да има карактеристике поларизованог система (Winter, 2013), које су регистроване у популацији преступника (нпр. Winter, 2007).

### Самоконструкција

Истраживања о самоконструкцији у популацији преступника или популацији са проблемима беса обично су помешана. Насилни преступници из историје имају тенденцију да имају негативне конструкције себе и ниже самопоштовање (нпр. Winter, 2007). С друге стране, нестабилно, променљиво самопоштовање обично се повезује са бесом (нпр. Houston, 1998), а неки криминални преступници виде насиље и агресију као свој начин живота, стварајући тиме нову улогу и идентитет (нпр. Winter, 2006; Houston, 1998). Уопштено гледано, чини се да постоји тенденција ка негативнијој самоконструкцији и нижем самопоштовању у популацији преступника (нпр. Giliberto, 2004; Kamoyo, 2018).

### Перцепција интерперсоналне изолације

Осећаји перципиране изолације и конструкције себе као другачијег, одбаченог и отуђеног од других, обично су присутни код насилних преступника (Dalton & Dunnet, 1992; Houston, 1998). Конструкција селфа као веома различита и другачија од других људи такође је повезана са бесом (Winter, 2013).

### Садржај конструката

При разликовању ове групе посебно је релевантно узети у обзир садржај конструкта (Houston, 1998). Употреба агресије је можда постала саставни део њихове самовалидације и начина конструисања света. Бити насилан или агресиван је у складу са њиховом конструкцијом себе. Жртве се тумаче тако да дају легитимитет таквом понашању, или се само насиље тумачи као легитимно, као неопходан одговор да би се одржала репутација или самопоштовање. Самоконструкција се састоји од садржаја чврсте и директне особе, која такође себе види као жртву непоштеног света (Needs, 1988).

Улога беса је значајна како у дефиницији тако и у теоријском разумевању насиља и агресије. Појединци чији је бес дисфункционалан имају предрасуде и у структури и у садржају, што се често огледа у пристрасности да уоче непријатељске намере код других (Cummins 2006a, 2006b; Houston, 1998).

## Циљеви и задаци истраживања

Главно истраживачко питање биће да се испита да ли ће психологија личних конструката (конструктивистичка парадигма) разликовати депресивни поремећај (из

интернализирајућег спектра) и дисруптивни поремећај (из екстернализирајућег спектра), ДСМ психијатријске нозологије (традиционална парадигма). У ту сврху, групу депресивних поремећаја ће чинити пацијенти са дијагнозом великог депресивног поремећаја, док ће групу дисруптивних поремећаја чинити преступници са дијагнозом опозиционог поремећаја.

Полазећи од главног истраживачког питања, а у складу са теоријским и емпиријским материјалом, постављени су циљеви студије:

1. Систематизација и резимирање раштркане литературе ПЛК о:
    a. Емоцијама;
    b. Депресивним поремећајима;
    c. Дисруптивним поремећајима;
2. Тестирање да ли ће ПЛК правити разлику између депресивних и дисруптивних поремећаја.
3. Истражити родне разлике:
    a. Упоредити мушкарце и жене на депресивним поремећајима;
    b. Упоредити мушкарце и жене на дисруптивним поремећајима;
    c. Упоредити мушкарце и жене у групи поремећаја са мушкарцима и женама из контролне групе.

Научни допринос ове дисертације је примарно теоријски и практични допринос ПЛК. Тачније, најважнији доприноси предложеног истраживања одражавају следеће:

1. Теоријски допринос ће се огледати кроз систематизацију, организацију и сумирање досадашње литературе у оквиру психологије личних конструката, посебно за теме емоција, као и за теме депресивних и дисруптивних поремећаја. Поред тога, даљи допринос ће се огледати у истраживању родних разлика.
2. Размотриће се практичан допринос истраживања у правцу боље потенцијалне диференцијације депресивних и дисруптивних поремећаја, као и потенцијалних налаза о полним разликама, који би могли да дају допринос бољој пракси клиничких психолога и психотерапеута.

# Метод

## Хипотезе

Пратећи циљеве и задатке истраживања, а у складу са постојећом теоријом и емпиријским налазима, постављено је осам хипотеза које су организоване у две групе:

1. Сличности између депресивних и дисруптивних поремећаја у односу на контролну групу:
    a. Хипотеза 1: *Депресивна и дисруптивна група имају тенденцију ка монолитнијем, когнитивно једноставнијем конструисању.*

    Претходна истраживања су показала да структурне карактеристике депресивне групе (нпр. Ashworth et al., 1982; Sheehan, 1981, 1985; Silverman, 1977; Lin & Winter, 2020), и структурне карактеристике дисруптивне групе (нпр. Houston, 1998; Winter, 2007), одржавају висок ниво међуодноса између конструката. Другим речима, конструктивни систем је релативно једнодимензионалан, когнитивно једноставнији и логички конзистентнији.

    *b.* Хипотеза 2: *Депресивна и дисруптивна група имају тенденцију ка поларизованијој организацији система.*

    Још једна структурална карактеристика уочена и код депресивних (нпр. Neimeyer, 1985; Neimeyer et al., 1983) и код дисруптивних особа (нпр. Cummins, 2006a; Winter, 2013) је поларизовано конструисање. Поларизовани систем се односи на апсолутистичку, црно-белу визију света. У психологији личних конструката, ово се уочава када се користе екстремни полови конструката, и то као да недостају градијенти. Уместо нијансиране перспективе гледања кроз конструкте, особа се чврсто држи крајности полова.

    *c.* Хипотеза 3: *Депресивна и дисруптивна група имјуа тенденцију да доживљавају ниско самопоштовање и негативне самоконструкције.*

    Негативна самоконструкција се односи на елемент селфа који је конструисан на негативним половима њихових конструката. Ниско самопоштовање се односи

на различите перцепције тренутног и идеалног селфа. Низ студија показују да депресивне особе имају тенденцију ка негативнијим самоконструкцијама како се депресија продубљује (нпр. Neimeyer et al., 1985; Feixas et al., 2008), као и ниже самопоштовање (нпр. Sheehan, 1981, 1985). С друге стране, дисруптивна група има тенденцију да има нестабилну самоконструкцију (нпр. Houston, 1998), али генерално постоји тенденција ка негативној самоконструкцији и ниском самопоштовању (Winter, 2003, 2006, 2007).

*d.* Хипотеза 4: *Депресивна и дисруптивна група имају тенденцију да перципирају већу међуљудску изолацију.*

У психологији личних конструката, интерперсонална изолација је операционализована као просечна удаљеност других од тренутног селфа. Депресивна (нпр. Space et al., 1983) и дисруптивна група (нпр. Dalton & Dunnet, 1992; Houston, 1998) имају тенденцију ка већој изолацији и констукцији себе као особе која је другачија, одбачена и отуђена од других људи.

2. Разлике између депресивних и дисруптивних поремећаја:

*a.* Хипотеза 5: *У групи депресивних поремећаја доминантни садржајни афекти су туга и безнађе; у групи дисруптивних поремећаја, доминантан садржајни афект је бес.*

Дистинктиван садржај конструкта у систему конструкције пронађен је у депресивној групи (нпр. Sheehan, 1981; Silverman, 1977). Конструкти са афективним садржајем конструишу се интензивније, посебно у случају туге, празнине и бесмисла (Neimeyer et al., 1983; Rhodes et al., 2019). С друге стране, улога беса је значајна у разумевању насиља и агресије. Појединци чији је бес дисфункционалан имају основне предрасуде и у структури и у садржају. Често се јавља интензиван бес, чак и са минималним окидачем (нпр. Cummins, 2005, 2006a, 2006b).

*b.* Хипотеза 6: *У групи са депресивним поремећајем, кривица се обично ставља на себе; у групи дисруптивних поремећаја, кривица се обично ставља на другог.*

Конструкт кривице није директно истражен у литератури психологије личних конструката. С друге стране, код депресивних људи, самоокривљавање је често типична карактеристика која изазива самокривљење (нпр. Neimeyer & Raskin, 2000); док код дисруптивних људи самоконструисање често одражава значење жртве подмуклог света коме није стало (Needs, 1988), где се кривица лоцира у другима због њихове непријатељске намере (Houston, 1998).

*c.* Хипотеза 7: *У групи са депресивним поремећајем, циклус доношења одлука ће бити продужен, што ће резултирати инхибицијом; у групи са дисруптивним поремећајима, циклус доношења одлука ће бити скраћен, што ће резултирати импулсивношћу.*

Циклус доношења одлука није истражен у литератури ПЛК у вези са ова два поремећаја, док теорија и клиничко искуство указују на потенцијалну разлику. Потешкоће у продужавању циклуса доношења одлука евидентне су код појединаца који имају значајне потешкоће да проблем сведу на критично питање и  једну конструкцију догађаја која ће водити своје понашање. Ово може довести до избегавања или инхибиције понашања, за које се претпоставља да је присутно у депресивној групи (нпр. Neimeyer & Raskin, 2000). Импулсивност се схвата као склоност ка скраћењу циклуса доношења одлука и делању без разматрања свих опција, а за које се претпоставља да су присутне у дисруптивној групи (нпр. Cummins, 2005; Winter, 2007, 2016, 2020).

*d.* Хипотеза 8: *Родне разлике се очекују на структурном и садржајном нивоу и у депресивним и у дисруптивним групама поремећаја.*

С обзиром на то да ПЛК литература не обилује истраживањима која разматрају родне аспекте ове теме ова хипотеза је експлоративна и пре свега је вођена генералним закључцима истраживања из традиционалне парадигме који

сугеришу да постоје родне разлике у доживљавању депресивних (нпр. Hankin & Abramson, 1999) и дируптивних (нпр. Berkout et al., 2011) поремећаја.

## Варијабле

*Когнитивна сложеност* ће се мерити коришћењем ФИК мере за кластере међусобно повезаних конструкција. *Негативна самоконструкција* ће се мерити као проценат самоелемента који се конструише на негативним половима 50% или више. *Ниже самопоштовање* ће се мерити као удаљеност између тренутног и идеалног ја. *Интерперсонална изолација* ће се мерити као удаљеност између себе и других. *Поларизован систем* ће се одразити у екстремнијим мерама на конструкцијама. *Циклус доношења одлука* ће се мерити кроз конструкт који лоцира инхибицију на једном полу, а импулсивност на другом. *Садржај* конструката који се односи на афекте (нпр. празнина, бес, кривица), мериће се кроз присуство и веће оцене ових конструктивних полова.

## Учесници

Узорак ће се бирати на основу циља истраживања патолошких облика понашања усмерених ка унутра или ка споља. Дакле, учесници ће бити одабрани из Института за ментално здравље у Београду, и они из затвора у Сремској Митровици (за мушкарце) и Пожаревцу (за жене). Избор ће се базирати на процени уз помоћ дијагностичког клиничког интервјуа који се уобичајено користи у ове сврхе у клиничкој пракси. Контролну групу чиниће неклинички узорак заједнице. Број учесника у свакој подгрупи ће се састојати од 10 мушкараца и 10 жена. Другим речима, у депресивној групи ће бити 20 учесника, у дисруптивној 20, а у контролној 20 учесника, са укупним бројем од 60 учесника.

Учесницима ће се претходно дати информисана сагласност која обухвата информације о циљу истраживања, предвиђеном трајању студије (просечно два сата); да је учешће добровољно, анонимно и да су резултати потпуно поверљиви; и коначно да могу добити резултате тестирања ако то желе. Упућивање на институционалну подршку, у виду психолошког саветовања, биће понуђено на крају процене личности онима на које студија може утицати.

## Инструменти

### М.И.Н.И. (Мини интернационални неуропсихијатријски интервју)

Мини-интернационални неуропсихијатријски интервју (МИНИ), представља структурирани клинички интервју (Sheehan et al., 1998), који се користи за процену 17 најчешћих психијатријских поремећаја (нпр. алкохолизам, антисоцијални поремећај личности, биполарни поремећај, депресивни поремећај, психотични поремећај). Време задавања је око 15 минута. За већину дијагностичких одељака, једно или два скрининг питања се користе да би се искључила дијагноза када је одговор негативан.

МИНИ ће се користити двоструко. Прво, то је екстерна, структурална дијагностичка мера, која омогућава процену циљаних ДСМ психијатријских категорија. Друго, користиће се као мера за искључивање потенцијалног коморбидитета, што ће резултирати прецизнијом категоризацијом учесника.

### Техника мреже репертоара

Биће примењена техника мреже репертоара, која представља матрицу међусобно повезаних скупова конструката (Kelly, 1955; Winter, 1992). Колоне се састоје од претходно елицитираних елемената, а редови се састоје од конструката, и елицитираних и фиксираних. Од учесника ће бити затражено да оцене сваки елемент на скали од 1-7, која представља континуум полова конструката, при чему 1 представља емергентни пол, а 7 имплицитни пол.

Елицитирање елемената: од сваког учесника ће се тражити да наведе имена седам људи који тренутно играју важну улогу у њиховом животу. Као могући елементи су предложени родитељи, браћа, сестре, пријатељи, супружници, партнери, послодавци. Постојаће одређена ограничења. Прво, најмање један од елемената мора бити у најмање једном од наведених контекста: партнер, породица и посао. Друго, учесник мора да познаје ту особу најмање 6 месеци и да се сматра да она тренутно игра важну улогу у њиховим животима (на боље или на горе). Коначно, сама личност је део елемената, посебно њихово тумачење себе (садашње и идеално).

Елицитирање конструкта: главни метод елицитације конструката је коришћење тријада фигура. Слике се међусобно упоређују у потрази за конструктом. Примена тријада је суштина Келијеве дефиниције конструкта (А је на неки начин сличан Б, док је у исто време различит од Ц). Имајући на уму потенцијалне потешкоће присутне код учесника (често ниже образовање код особа склоних бесу; или успореност код депресивних учесника, метода диада се чини прикладнијом. Конструкти се генеришу постављањем низа питања: „Заинтересовани смо да разумемо вас и особе који играју важну улогу у вашем животу. Сада размислите о ове две особе на тренутак: о себи (име особе) и (име особе). Постоји ли неки важан начин на који су било које од ових особа сличне или различите једна од друге?". Овај процес се понавља још седам пута. Циљ је да се елицитира осам јасно различитих конструката. Штавише, неки конструкти ће се користити као претходно фиксирани (нпр. бес), али ће њихово идиосинкратско значење бити одређено откривањем супротности. (имплицитни) пол за сваког појединца. Још два конструкта се користе као фиксирани: окривљавање себе и окривљавање других и инхибиција-импулсивност. Коначно, испитаници изражавају преференције полова конструкта.

## Процедура

Процедура ће се састојати од две фазе. На почетку ће сваком учеснику бити објашњено да смо заинтересовани да чујемо њихова објашњења о себи на одређени начин која ће касније бити подвргнута анализи. У првој фази, уз помоћ запослених у институцијама (клиника и затвори), биће одабрани учесници за учешће у МИНИ интервјуу. МИНИ ће се користити као структуирани дијагностички алат за прецизну категоризацију великог депресивног поремећаја и опозиционог поремећаја, као и за искључивање потенцијалног коморбидитета. Друга фаза ће бити посвећена елицитацији елемената и конструката који ће бити попуњени у мрежи репертоара. Процедура је замишљена тако да се заврши у току једне посете, са паузама од пет минута након што се заврши сваки већи део или на захтев учесника.

## Анализа

Подаци из упитника ће бити анализирани коришћењем SPSS-а за Windows (верзија 23.0, SPSS Inc., Chicago, IL,USA). Дескриптивна статистика ће илустровати просеке и

стандардне девијације за групу депресивних и дисруптивних како на целој групи тако и на групама подузорака. За квантитативна мерила, када се упореде две групе са веома малим бројем испитаника на континуираним варијаблама, примениће се Kruskal-Valas тест. Подаци мреже репертоара и процене система конструката биће анализирани помоћу RepPlus програма за Windows (v1.1R).

## Планирани садржај дисертације

**I – Теоријски део**

1. Увод
2. Традиционална парадигма – DSM перспектива
    a. Депресивни поремећаји – DSM перспектива
    b. Дисруптивни поремећаји – DSM перспектива
3. Конструктивистичка парадигма – Психологија личних конструката (ПЛК)
    a. Систем конструката
    b. Стања транзиције
    c. Депресивни поремећаји – ПЛК перспектива
        i. Констрикција
        ii. Когнитивна комплексност – диференцијација или интеграција
        iii. Самоконструкција
        iv. Поларизовани систем
        v. Перцепција интерперсоналне изолованости
        vi. Садржај конструката
    d. Дисруптивни поремећаји – ПЛК перспектива
        i. Когнитивна комплекност
        ii. Самоконструкција
        iii. Перцепција интерперсоналне изолованости
        iv. Садржај конструката

**II – Методолошки део**

1. Предмет и циљ истраживања

2. Метод

    2.1 Хипотезе истраживања

2.2 Варијабле

2.3 Узорак

2.4 Инструменти

2.4.1 M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)

2.4.2 Мрежа репертоара (Repertory Grid)

2.4 Процедура

2.4 Начин обраде података

**III Резултати истраживања**

1. Сличности депресивне и дисруптивне групе у односу на контролну групу
2. Разлике између депресивне и дисруптивне групе
3. Родне разлике код депресивне и дисруптивне групе

**IV Дискусија**

**V Закључак**

**VI Литература**

**VII Прилози**

## Референце


Angelillo, J. O. S. E. P. H., Cimbolic, P. E. T. E. R., Doster, J. O. S. E. P. H., & Chapman, J. O. E. L. (1985). Ordination and cognitive complexity as related to clinical depression. *The Journal of nervous and mental disease*, *173*(9), 546-553.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed revised.).

Ashworth, C. M., Blackburn, I. M., & McPherson, F. M. (1982). The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measures: A cross-sectional study. *British Journal of Medical Psychology*, *55*(3), 247-255.

Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and Aggression. In Monahan, J. and H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 61-79). University of Chicago Press, Chicago, IL.

Berkout, O. V., Young, J. N., & Gross, A. M. (2011). Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior*, *16*(6), 503-511.

Botella, J. G. L. (2000). The structural quadrants method: A new approach to the assessment of construct system complexity via the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, *13*(1), 1-26.

Chetwynd, J. (1977) The psychological meaning of structural measures derived from grids. In: *The Measurement of Intrapersonal Space by Grid Technique. Vol. 2. Dimensions of Intrapersonal Space* (Slater, P., ed.), Wiley, London, UK, pp. 175–194.

Cummins, P. (2005). The experience of anger. In D. A. Winter & L. L. Viney (Eds.), *Personal construct psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (pp. 239–255). London: Whurr.

Cummins, P. (2006a). The construction of emotion. *Working with anger: a constructivist approach*. West Sussex: John Wiley, 1-12.

Cummins, P. (2006b). The Tuesday group. *Working with anger: A constructivist approach*. West Sussex: John Wiley, 13-24.

Dalton, P., & Dunnett, G. (1992). *A psychology for living: Personal construct theory for professionals and clients*. John Wiley & Sons.

Giliberto, M. (2004). The Body in Jail: Experiences, Meanings and Identity. *Personal Construct Theory & Practice, 1,* 45-52.

Hewstone, M., Hooper, D., & Miller, K. (1981). Psychological change in neurotic depression: A repertory grid and personal construct theory approach. *The British Journal of Psychiatry*, *139*(1), 47-51.

Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Harter, S. L., & Bach, L. (2008). Construction of self and others in unipolar depressive disorders: A study using repertory grid technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 386-400.

Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications.* Unpublished Ph.D. thesis, Columbus: Ohio State University.

Houston, J. (1998). *Making sense with offenders: Personal constructs, therapy and change*. J. Wiley.

Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (1999). Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Annals of medicine*, *31*(6), 372-379.

Kamoyo, J. (2018). Effects of imprisonment on self-esteem among female inmates in selected prisons in Kenya. *Eur Sci J, 14*(17), 165.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 volumes). New York: Norton

Kelly, G. A. (1961). Suicide: The personal construct point of view. In N.L. Farberow & E. S. Shneidman (Eds.), *The cry for help*. New York: McGraw Hill.

Needs, A. (1988). Psychological investigation of offending behaviour. *Experimenting with personal construct psychology*, 493-506.

Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in depression. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health.* London: Croom Helm.

Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (2016). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression–Republished article. *Behavior Therapy*, *47*(5), 747-754.

Neimeyer, R. A., & Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. xiii-373). American Psychological Association.

Neimeyer, R. A., Heath, A. & Strauss, J. (1985). Personal reconstruction during group cognitive therapy for depression. In F.R. Epting & A.W. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Neimeyer, R. A., Klein, M. H., Gurman, A. S. & Griest, J. H. (1983). Cognitive structure and depressive symptomatology. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*,65-73.

Leitner, L. M. (1988). Terror, risk, and reverence: Experiential personal construct psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*(3), 251-261.

Lin, Y., & Winter, D. (2020). Construing and depression in Taiwanese women. *Journal of Constructivist Psychology*, 1-12.

McPherson, F. M., Blackburn, I. M., Draffan, J. W., & McFadyen, M. (1973). A further study of the grid test of thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *12*(4), 420-427.

Pierce, D. L., Sewell, K. W., & Cromwell, R. L. (1992). Schizophrenia and depression: Construing and constructing empirical research. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology,* Vol. 2, pp. 151–184). Elsevier Science/JAI Press.

Rhodes, J. E., Hackney, S. J., & Smith, J. A. (2019). Emptiness, engulfment, and life struggle: an interpretative phenomenological analysis of chronic depression. *Journal of Constructivist Psychology*, *32*(4), 390-407.

Ross, M.V. (1985). Depression, self-concept, and personal constructs. In F. Epting, & A.W. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology* (pp. 155-69). Lincoln: University of Nebraska Press.

Sheehan, M. J. (1981). Constructs and ‘conflict’ in depression. *British Journal of Psychology, 72,* 197-209

Sheehan, M. J. (1985). A personal construct study of depression. *British Journal of Medical Psychology, 58,* 119-128

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry, 59*(20), 22-33.

Silverman, G. (1977). Aspects of intensity of affective constructs in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry, 130*(2), 174-176.

Stojnov, D. (2010). *Psihologija ličnih konstrukata. Uvod u teoriju i terapiju*. Novi Sad: Pishopolis.

Stojnov, D. (2011). *Od psihologije ličnosti ka psihologiji osoba*. Beograd: Mediterran publishing.

Space, L. G., & Cromwell, R. L. (1980). Personal constructs among depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Space, L. G., Dingemans, P. & Cromwell, R. L. (1983). Self-construing and alienation in depressives, schizoprenics, and normals. In: Adams-Webber, J. R., Mancuso, J. C. (Eds.), *Applications of personal construct theory*. New York, Academic Press, 365-377.

Topcu, S. (1976) *Psychological concomitants of aggressive feelings and behaviour*. Unpublished PhD Thesis, University of London, UK.

Winter, D. A. (2003). A credulous approach to violence and homicide. *Personal construct perspectives on forensic psychology*, 15-43.

Winter, D. A. (2006). Destruction as a constructive choice. In *Forensic Psychiatry* (pp. 153-177). Humana Press.

Winter, D. A. (2007). Construing the construction processes of serial killers and other violent offenders: 2. The limits of credulity. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(3), 247-275.

Winter, D. (2013). *Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications.* Routledge.

Winter, D. A. (2016). Construing homicide. *Wiley handbook of personal construct psychology,* 416-425.

Winter, D. A. (2020). Sociality and hostility: A pernicious mix. *Journal of Constructivist Psychology*, 1-10.