

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET - BEOGRAD

Helena M. Rosandić

**OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST:
PSIHOMETRIJSKE KARAKTERISTIKE I
FAKTORSKA STRUKTURA RAZLIČITIH
MERA KONSTRUKTA U KLINIČKOJ
POPULACIJI**

doktorska disertacija

Beograd, 2018. god.

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Helena M. Rosandić

**SENSITIVITY TO THE ANXIETY:
PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS
AND FACTOR STRUCTURE
CONSTRUCT OF VARIOUS MEASURES
IN CLINICAL POPULATION**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2018.

Mentor:

dr Tatjana Vukosavljević – Gvozden,
redovni profesor,
Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Članovi komisije:

1. dr Danka Purić,
docent
Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu
2. dr Borjanka Batinić,
vanredni profesor
Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu
3. dr Oliver Tošković,
docent
Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Datum odbrane:

OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST: PSIHOMETRIJSKE KARAKTERISTIKE I FAKTORSKA STRUKTURA RAZLIČITIH MERA KONSTRUKTA U KLINIČKOJ POPULACIJI

Sažetak

Uvod: Istraživanja podržavaju pretpostavku da se ajtemi u upitnicima koji mere osetljivost na anksioznost grupišu u tri faktora nižeg reda i jedan faktor višeg reda. Većina nepravilnosti upitničkih operacionalizacija konstrukta ispravljena je pre konstruisanja ASI-3 inventara. **Cilj:** Odabir stavki upitnika ASI-3 vršen je na osnovu a priori teorijske analize. Vođeni istom polaznom osnovom, cilj rada je konstrukcija OnA inventara (iz prostora ASI/ASI-R), rukovodeći se procedurom zadržavanja stavki, striktno na osnovu statističko-psihometrijskih kriterijuma. **Metod:** Uzorak je činilo 420 ispitanika, pripadnika kliničke i nekliničke populacije. Upoređene su i proverene validnost i psihometrijske karakteristike oba upitnika. **Rezultati:** Konfirmatorna faktorska analiza (CFA) ASI-3 i eksplorativna faktorska analiza (EFA) iz prostora ASI/ASI-R, ukazuju da najbolji fit poseduje bifaktorski model, sa jednim generalnim faktorom i tri domen specifična faktora. Rezultati analize zasnovani na teoriji odgovora na stavke (IRT) ukazuju da su oba inventara prilagođena ispitanicima sa prosečnim i natprosečnim nivoom latentne osobine. Korelaciono-regresione analize upućuju na zaključak o dobroj inkrementalnoj validnosti ASI-3 i OnA upitnika. **Značaj:** Ovo je prvi izbor stavki uključenih u upitničku operacionalizaciju konstrukta osetljivosti na anksioznost koji svoj izbor temelji na empirijsko statističkim kriterijumima.

Ključne reči: osetljivost na anksioznost, ASI-3, ASI/ASI-R, bifaktorski model, konfirmatorna faktorska analiza (CFA), eksplorativna faktorska analiza (EFA), teorija odgovora na stavke (IRT)

ANXIETY SENSITIVITY: PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS AND FACTOR STRUCTURE CONSTRUCT OF VARIOUS MEASURES IN CLINICAL POPULATION

Summary

Introduction: The researchers support the assumption that subjects in the questionnaires that measure the sensitivity to anxiety are grouped into three lower order factors and one higher order factor. Most of the irregularities in the questionnaires were corrected before designing the ASI-3 inventory. **Objective:** The selection of ASI-3 questionnaire operations was performed on the basis of apriorial theoretical analysis. Guided by the same starting basis, the goal of the work is to construct the OnA inventory (from ASI / ASI-R), guided by the procedure of retention of items, strictly on the basis of statistical-psychometric criteria. **Method:** The sample consisted of 420 respondents, members of the clinical and non-clinical population. The validity and psychometric characteristics of both questionnaires were compared and validated. **Results:** Configuration Factor Analysis (CFA) ASI-3 and Exploratory Factor Analysis (EFA) from the ASI / ASI-R area indicate that the best fit has a bifactor model, with one general factor and three domains specific factors. The results of the analysis based on the response rate theory (IRT) indicate that both inventories are adapted to respondents with a mean and over-average level of latent character. Correlation-regression analysis points to the conclusion on the good incremental validity of ASI-3 and OnA questionnaires. **Significance:** This is the first choice of items included in the questionnaire operationalization of the sensitivity to anxiety construct, which is based on empirical statistical criteria.

Key words: anxiety sensitivity, ASI-3, ASI/ASI-R, bifactor model, Confirmatory Factor Analysis (CFA), Exploratory Factor Analysis (EFA), Item Response Theory (IRT)

SADRŽAJ

UVOD	1
Značaj istraživanja.....	1
TEORIJSKI DEO RADA	4
DEFINISANJE OSNOVNIH POJMOVA I TEORIJSKI OKVIR	4
Dijagnostičke smernice za anksiozne poremećaje	4
Klinička slika anksioznih i depresivnih poremećaja	5
Etiologija anksioznih poremećaja	10
Biološki činioci u etiologiji anksioznih poremećaja	11
Neuroanatomska i neurofiziološke hipoteze	12
Psihodinamika anksioznosti i anksioznih poremećaja	14
Anksiozni poremećaj u svetlu teorija učenja.....	16
Kognitivni model anksioznosti.....	17
Anksiozni poremećaji u svetlu Racionalno - emotivno i kognitivno - bihejvioralne terapije (RE&KBT)	18
OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST (OnA)	21
Osetljivost na anksioznost, objašnjenje konstrukta.....	21
Teorija očekivanja Stivena Raisa (Raiss & McNelly, 1991)	23
Istraživanja konstrukta OnA.....	27
Moguća uloga osetljivosti na anksioznost u etiologiji i održavanju poremećaja.....	29
Osetljivost na anksioznost i panični poremećaji	29
Osetljivost na anksioznost i depresija	31
Osetljivost na anksioznost i crte anksioznosti.....	34
Ličnost u petofaktorskom modelu.....	36
Faktorska struktura operacionalizacija konstrukta OnA.....	39
Indeks osetljivosti na anksioznost (ASI).....	39
Povezanost ASI sa naslednim i demografskim varijablama	42
Teškoće koje se javljaju sa Indeksom osetljivosti na anksioznost (ASI)	44
Indeks osetljivosti na anksioznost – revidiran (ASI-R)	46
Profil osetljivosti na anksioznost (ASP).....	47
Indeks osetljivosti na anksioznost – 3 (ASI-3).....	48

PREDMET ISTRAŽIVANJA	50
Ciljevi istraživanja	54
Hipoteze	55
METOD I TEHNIKE ISTRAŽIVANJA	57
Uzorak i postupak	57
Instrumenti	60
Metod analize podataka	64
REZULTATI	65
Zajednički latentni prostor ASI i ASI-R inventara.....	65
Provera latentne strukture ASI-3 inventara.....	74
Povezanost specifičnih faktora iz ASI-3 i kombinacije ASI i ASI-R	81
IRT analiza specifičnih faktora iz kombinovanog prostora ASI/ASI-R inventara .	83
IRT analiza ASI-3 inventara	92
Razlike u prosečnim skorovima osetljivosti na anksioznost između kliničkih i nekliničkih grupa.....	100
Prediktivna vrednost dimenzija osetljivosti na anksioznost.....	106
DISKUSIJA	119
Zajednički latentni prostor specifičnih faktora, kombinacije ASI/ASI-R inventara i ASI-3 upitnika	120
Komparacija najkarakterističnijih OnA stavki iz zajedničkog ASI/ASI-R prostora i stavki iz ASI-3 inventara.....	123
IRT analiza zajedničkog ASI/ASI-R prostora i ASI-3 inventara.....	127
Razlike u prosečnim skorovima OnA između kliničkih i nekliničkih uzoraka.....	134
Prediktivna vrednost dimenzija osetljivosti na anksioznost za relevantne psihološke kriterijumske varijable.....	136
ZAKLJUČAK	141
LITERATURA	144
PRILOZI A	161
Prilog br. 1. Formular za saglasnost ispitanika za učešće u istraživanju	161
Prilog br. 2. Indeks osetljivosti na anksioznost (ASI)	162
Prilog br. 3. Indeks osetljivosti na anksioznost - revidiran (ASI-R).	163
Prilog br. 4. Profil osetljivosti na anksioznost (ASP)	166

Prilog br. 5. Indeks osjetljivosti na anksioznost – 3 (ASI-3).....	170
Prilog br. 6. Upitnik za procenu osjetljivosti na anksioznost (OnA).....	172
Prilog br. 7. Prikaz ajtema raspoređenih po operacionalizacijama konstrukta osjetljivost na anksioznos	174
Biografija	177
Prilozi B	179
Prilog 1. Izjava o autorstvu	179
Prilog 2. Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada.	180
Prilog 3. Izjava o korišćenju	181

UVOD

Značaj istraživanja

Pitanja povezana sa anksioznošću i anksioznim poremećajima, kao i sa normalnim manifestacijama straha su teme koje učestalo privlače pažnju u psihološko-psihijatrijskoj literaturi. Razlozi za to su višestruki. Jedan od osnovnih je taj što je normalno osećanje straha uobičajena pojava, koja se javlja kao automatski odgovor čoveka na doživljaj opasnosti, dok patološki oblici straha, na drugoj strani, predstavljaju, veoma česte, moglo bi se reći najčešće psihičke poremećaje, sa prevalencijom od čak 20 do 30% u opštoj populaciji (Kaličanin, 1996).

Stručnjaci koji se bave problemima mentalnog zdravlja neophodno je da razlikuju uobičajenu anksioznost svakodnevnog života, koja se javlja kod svih ljudi i klinički značajnu anksioznost koja se može dijagnostikovati kao psihički poremećaj, a odnosi se na strah ili zabrinutost koja prevazilazi uobičajeni intezitet straha koji proizilazi iz životne situacije (Kaličani, 1996). Stoga se izraziti strahovi ili zabrinutost (anksioznost) mogu smatrati klinički značajnim, ako su razvojno neprimereni ili neprikladni u odnosu na situaciju.

Na ovom mestu ćemo se pozvati na Sigmunda Frojda (Sigmund Freud) koji je pokretačku snagu svog teorijskog opusa upravo kalemio na problemu anksioznosti i njegove reči: „Sigurno je da je anksioznost tačka ukrštanja najrazličitijih i najvažnijih pitanja. To je zagonetka čije bi rešenje izlilo obilje svetlosti na ceo duševni život čoveka...“ (Freud, 1924, navedeno u Kaličanin, 1996). Iako je anksioznost dominirala psihoanalitičkom teorijom i praksom, Frojd nije preterano težio celovitom tumačenju ovog osećanja, ostavljajući to razvoju teorije u budućnosti.

Pokušavajući da dobiju odgovore na već odavno postavljene zagonetke, istraživači su postavljali mnoga pitanja u vezi anksioznosti, nudeći na njih odgovore. Jedan od zadataka, koji još uvek stoji nedovršenih rešenja, je pitanje etiologije anksioznih poremećaja. Do sada poznati predisponirajući faktori su raznovrsni, a jedan od njih, koji se nudi u savremenoj literaturi, odnosi se na koncept „osetljivost na anksioznost“.

Osetljivost na anksioznost (OnA¹) definiše se kao strah od telesnih senzacija i psiholoških manifestacija koje prate stanje anksioznosti, a koji u svojoj osnovi ima uverenje da te senzacije mogu ostaviti štetne posledice na kognitivno, fizičko i socijalno funkcionisanje (Reiss & McNally, 1985). Iako je OnA na početku konceptualizovana kao vulnerabilnost na anksioznost i simptome u vezi sa njom (Bernstein & Zvolensky, 2006; Li & Zinbarg, 2007; McNally, 2002; Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Schmidt, Zvolensky, & Maner, 2006) kasnija istraživanja su pokazala da OnA predstavlja transdijagnostički konstrukt, odnosno, da ima značajnu ulogu u razvoju i održavanju ne-anksiozne psihopatologije, poput depresije, zloupotrebe supstanci, nikotinske zavisnosti i poremećaja ishrane (Taylor, Koch, Woody, & McLean, 1996) .

Prvobitne studije su ispitivale ovaj konstrukt u odnosu na prevenciju, poboljšanje psihoterapijskog tretmana i održavanje postignutih rezultata (Otto, Safren, & Pollack, 2004).

Istraživački naučni radovi sve više se zasnivaju na nomotetskom pristupu ličnosti, na traganju za dimenzijama koje su zajedničke svim ljudima, koje su dostupne posmatranju i statističkoj provjeri. „Naučna analiza” ličnosti, zasnovana na „stvarnim merenjima ponašanja”, koja se mogu ponoviti u različitim laboratorijama (Catell & Catell, 1995) predstavljena je kao dobar izbor posmatranja psiholoških pojava kojoj se i mi pridružujemo ovim radom.

U radu, pre ulaska u noseći zadatak, bavićemo se nekim od glavnih tema anksioznosti i teorijskom pozadinom konstrukta osetljivosti na anksioznost. Ovo će dalje uključiti diskusiju o novim konceptualnim otkrićima, razvoju različitih mera konstrukta, kao i razmatranju njihove multifaktorijalne strukture.

Pored toga, bavićemo se osetljivošću na anksioznost, na nivou njegovog etiološkog doprinosa, razvoju anksioznih poremećaja i razmatranju njihovog održavanja. Ovo razmatranje će uključiti ulogu osetljivosti na anksioznost, ne samo u održavanju paničnih poremećaja, već i drugih anksioznih stanja i depresije.

Tokom razvoja rada, bavićemo se dosadašnjim izazovima koji su se pojavljivali na putu razumevanja konstrukta osetljivosti na anksioznost, ujedno pred sobom

¹ OnA, skraćena koju ćemo u daljem radu koristiti za konstrukt „osetljivost na anksioznost. FOnA će se koristiti kao skraćena za termin „fizička osetljivost za anksioznost“; KOnA – „kognitivna osetljivost na anksioznost“ ; SOnA - „socijalna osetljivost na anksioznost“ ; GOnA- „generalni faktor osetljivosti na anksioznost“ , dok će Sp OnA biti odrednica za specifične faktore osetljivosti na anksioznost.

postavljajući dodatne zadatke, posmatrajući izazove kroz praksu kontinuiranog istraživanja, kao neophodan korak za dobro razvijen teorijski koncept.

Studija se bavi pitanjem konstrukta osetljivosti na anksioznost na uzorku kako „nekliničke“ - kontrolne grupe, tako i „kliničke“ populacije, te u skladu sa prethodnim, može da obezbedi dodatne dokaze u pravcu potvrde da pojedinci sa simptomima anksiozno-depresivnih poremećaja imaju povišen nivo osetljivosti na anksioznost.

Dosadašnje upitničke operacionalizacije konstrukta osetljivost na anksioznost su se bavile suštinskim konceptualnim pitanjem, koje se tiče strukture fenomena OnA. Starija istraživanja su pokazala nedoslednost, održavajući sumnju u pretpostavku da se ajtemi u upitnicima koji mere osetljivost na anksioznost grupišu u pretpostavljena tri faktora (Vujanovic, Zvolensky, & Bernstein, 2007; Won, Park, & Kwon, 1995), dok u novijim istraživanjima, uglavnom pronalazimo konsenzus o tri faktora, uz relativno manji broj nalaza (ali prilično ubedljivih) koji sugerišu hijerarhijsku/bifaktorsku strukturu (Vukosavljević-Gvozden, Batinić i Peruničić, 2012).

Dobijena trofaktorska rešenja, u istraživanjima su dominantno za upitnik koristila poslednju verziju upitničke operacionalizacije ASI-3, koja je nastala pokušajem da se uklone nepravilnosti većine prethodnih operacionalizacija OnA, izdvajanjem ajtema iz opusa postojećih inventara, rukovodeći se kriterijumom sadržinske validnosti.

Na kraju, ključna stavka kojoj teži trenutna studija je da doprinese razvoju jedne čistije i superiornije mere konstrukta osetljivosti na anksioznost, koja može da podrži precizniju identifikaciju manjeg broja faktora. Zanimalo nas je, da li je moguće na osnovu postojećih instrumenata koji mere osetljivost na anksioznost, doći do onog koji u sebi pouzdano obezbeđuje tri faktora: faktor fizičke osetljivosti na anksioznost, faktor kognitivne osetljivosti i faktor socijalne osetljivosti na anksioznost, a rukovodeći se prvenstveno statističko-psihometrijskim kriterijumima.

Zanimalo nas je da utvrdimo psihometrijske karakteristike i inkrementalnu diferencijalno-dijagnostičku snagu nove kombinacije ajtema koji procenjuju konstrukt u odnosu na postojeće psihološke instrumente za procenu strukture ličnosti i već postojeći testovni aparat za merenje konstrukta osetljivost na anksioznost. Dalje smo se pitali, da li rezultati ovog istraživanja sadrže nove informacije, potencijalno relevantne za prevenciju razvoja simptoma i dijagnostikovanje.

TEORIJSKI DEO RADA

DEFINISANJE OSNOVNIH POJMOVA I TEORIJSKI OKVIR

Dijagnostičke smernice za anksiozne poremećaje

Osnovno dijagnostičko pravilo, za postavljanje dijagnoze jednog od anksioznih poremećaja, svodi se na nabrojanje simptoma anksioznosti. Nezavisno o kojem je anksioznom poremećaju reč, simptomi anksioznosti se manifestuju na četiri glavna područja: telesnom, emocionalnom, kognitivnom i bihevioralnom (Davison & Neale, 2002).

Na telesnom nivou beležimo kardiovaskularne, respiratorne, gastrointestinalne i druge promene, proizašle iz rada autonomnog nervnog sistema koji mobilise telo pripremajući ga da se suoči sa predstojećom opasnošću. Fiziološke promene poput: mišićne napetosti, srčane palpitacije, nedostatak vazduha, preznojavanje, mučnina ili nelagodnost u stomaku, praćene su subjektivnim doživljajem na emotivnom nivou. U nekim slučajevima, telesni simptomi praćeni su intenzivnim strahom, koji je potkrepljen verovanjem da će telesni simptomi poput lupanja srca, drhtanja, utrnulosti ili bolova u stomaku, imati negativne socijalne, psihološke i telesne posledice. Na kognitivnom planu obično se registruje potpuna intelektualna konfuzija, gde dominiraju simptomi poput anticipacije nesreće, doživljaj gubljenja razuma i zabrinutost. Bihevioralnim nivoom dominiraju tri tipa ponašanja: izbegavanje, stereotipija akcija i ponašanja i slaba koordinacija. Subjektivni doživljaji anksioznosti, situacije u kojima se oni manifestuju i njihovo trajanje predstavljaju osnovne smernice za dijagnostikovanje poremećaja.

U kliničkoj primeni na našim prostorima za dijagnostikovanje psihičkih poremećaja koristi se ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, WHO, 2010), u kojoj se anksiozni poremećaji nalaze u celini neurotskih, sa stresom povezanih i somatoformnih poremećaja. U DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Američkoj klasifikaciji mentalnih poremećaja, (APA, 2013), opisano je 11 glavnih kategorija ili poremećaja anksioznosti koji mogu da se jave u odrasloj dobi, ali i u doba detinjstva i adolescencije: separaciono anksiozni poremećaj; selektivni mutizam; specifične (izolovane) fobije; socijalno

anksiozni poremećaj (socijalna fobija); panični poremećaj; agorafobija; generalizovani anksiozni poremećaj; anksiozni poremećaj usled upotrebe psihoaktivnih supstanci-medikamentata; anksiozni poremećaj izazvan nekim drugim medicinskim stanjem; ostali specifični anksiozni poremećaji; nespecifični anksiozni poremećaj.

Anksiozni poremećaji se vrlo često javljaju u komorbiditetu, pa je potrebno utvrditi da li postoji istovremeno više poremećaja. Vrlo je čest komorbiditet paničnog poremećaja, generalizovanog anksioznog poremećaja i depresije. Dosadašnje teorije anksioznih poremećaja su nastojale svoju pažnju isključivo da usmere na bavljenje jednim poremećajem, dok je razvoj teorija koje će se baviti komorbiditetom anksioznih poremećaja izazov za budućnost.

Klinička slika anksioznih i depresivnih poremećaja

Anksiozni poremećaji su grupa povezanih i sličnih stanja, dakle, svakako ne jedan poremećaj. Anksiozna simptomatologija može da bude veoma raznolika. Neke osobe se plaše nerealno od nekih situacija ili objekata. Neke druge mogu da pate od anksioznih napada koji se javljaju bez upozorenja. Pojedinci se bore sa mislima koje se same od sebe nameću i kojih kao da ne mogu da se oslobode, dok ima pojedinaca koji satima moraju da obavljaju određene ritualne radnje iz straha da bi moglo nešto loše da se desi njima ili članovima njihove porodice, ukoliko ih prekinu.

Dijagnoza fobije postavlja se kada se anksiozna simptomatologija ispoljava u strogo definisanim situacijama koje osoba mora da izbegava ili podnosi uz prisustvo visokog intenziteta straha (ICD 10, WHO, 2010). Psihopatolozi definišu fobiju kao ispoljavanje intenzivnog straha, nesrazmerno nekoj situaciji ili objektu, čije neutemeljenosti je svesna i sama fobična osoba, a šta narušava njen normalni tok života. Za potrebe ovog istraživanja, upoznaćemo поближе две vrste fobija.

Agorafobija. Dijagnostikuje se kada postoji izražen strah (simptomi anksioznosti) u najmanje dve od navedenih situacija: 1. masa ljudi; 2. javna mesta; 3. odlazak iz kuće bez pratnje; 4. odlazak iz kuće. Nekada se osoba plaši i samog ostajanja kod kuće. Mora biti prisutno izbegavanje i skup strahova u vezi sa javnim mestom, koje prati misao da ne bismo bili u stanju da pobegnemo ili zatražimo pomoć. Kod jedinki koje pate od agorafobije, vrlo često u situaciji koja ih plaši, može da se pojavi panični

napad. Ukoliko se panični napad javi u sklopu simptoma agorafobije, ne dijagnostikuje se posebno, nego se smatra delom agorafobije. Agorafobija čini 60% svih fobija otkrivenih kliničkim pregledima (Davison & Neale, 2002).

Socijalna fobija. Socijalna fobija se dijagnostikuje kada se simptomi anksioznosti javljaju u nekoj od socijalnih situacija i kada ih osoba izbegava ili podnosi sa velikim strahom. Iako jedinka prepoznaje preteranost i bezrazložnost straha, ona se plaši socijalnih situacija, kada je u centru pažnje, plaši se da bi zbog simptoma koje ima, mogla da bude osramoćena ili da se oseća nelagodno. Socijalne fobije mogu biti diskretne i izražene na različite načine (strah od jedenja pred drugima, govorenja na javnom mestu, strah od ulaska u prostoriju u kojoj se nalaze ljudi koji međusobno razgovaraju, strah od ljubavnog sastanaka, itd.) (Davison & Neale, 2002).

Da bi se dijagnostikovao ovaj poremećaj mora pored vegetativnih simptoma da bude prisutan jedan od navedenih ispoljavanja; 1. crvenjenje ili drhtanje; 2. strah od povraćanja; 3. nagon za mokrenjem ili strah od mogućnosti umokravanja i defekacije. Dok mnogi ljudi osećaju neprijatnost u socijalnim situacijama koja nije kliničkih razmera, prevalenca socijalne fobije je visoka u odnosu na celi životni vek i iznosi 2% (Myers, et al., 1984).

Panični poremećaj. Bitna karakteristika paničnog poremećaja su ponovljeni napadi ozbiljnog ispoljavanja anksiozne simptomatologije koji nisu ograničeni na posebnu situaciju ili okolnost, te je to razlog njihove nepredvidivosti. Ispoljavanje panične anksioznosti se odnosi na situacije gde ne postoji objektivna opasnost. Dijagnoza paničnog poremećaja postavlja se kada osoba doživi nekoliko ozbiljnih napada iznenadne anksioznosti unutar razdoblja od jednog meseca. Nakon paničnog ataka u znatnom procentu slučajeva perzistira strah od sledećeg napada. To stanje se naziva anticipirajuća anksioznost, a pacijenti je opisuju kao nelagodu u očekivanju ispoljavanja ponovnog napada panike. Kao i kod drugih anksioznih poremećaja, simptomi variraju od osobe do osobe, ali česti su iznenadni početak lupanja srca, bol u grudima, osećaj nelagode, osećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvestica, slabost, osećaj da objekti nisu stvarni (derealizacija) ili se osoba oseća distanciranom od sebe same (kao da nije prisutna ili da sebe posmatra iz druge dimenzije), strah od gubitka kontrole, da će nestati, umreti ili poludeti. Mnoge se osobe, koje pate od problema paničnog poremećaja, javljaju u ambulante hitno-medicinskih ustanova zbog straha od

smrti. EKG² nalaz najčešće bude uredan, i nedijagnostikovanje paničnog poremećaja najčešće dovodi do nepotrebnih ponavljanja EKG nalaza. Broj simptoma i učestalost paničnih napada variraju od individue do individue, dok, što je veći broj napada, panični poremećaj je teži i više onesposobljavajući. Učestalost paničnog napada u opštoj populaciji je više izražena kod žena, 1 %, dok je kod muškaraca oko 0,7% (Myers, et al., 1984).

Generalizovani anksiozni poremećaj. Bitna karakteristika osoba sa generalizovanim anksioznim poremećajem je generalizovana i perzistentna simptomatologija, hronična zabrinutost (tzv. “slobodno lebdeća anksioznost”) koja nije ograničena na određenu situaciju. Simptomi se različito ispoljavaju kod različitih osoba. Najizraženiji simptomi su: nervoza, treperenje tela, napetost u mišićima, prenojanje, vrtoglavica, lupanje srca, nesvestica, suva usta, i dr. Pored niza drugih briga i slutnji, često kod osobe dominira intezivan strah da će sama jedinka, ili neko njoj blizak doživeti nesreću ili se razboleti od teško izlečive bolesti. Istražujući prirodu generalizovanog anksioznog poremećaja, pronalazimo da je njegovom ispoljavanju najčešće prethodio neki stresni životni događaj (Blazer, Hughes, & George, 1987), dok je njegova prevalenca visoka i kreće se oko 4% u opštoj populaciji (Rapee, 1991).

Opsesivno - kompulzivni poremećaj. Ovaj poremećaj će se dijagnostikovati kada su opsesije (misli, ideje, slike ili impulsi) ili kompulzije (radnje) ili i jedno i drugo, prisutne najmanje dve nedelje, ponavljaju se protiv volje jedinke na stereotipan način. Opsesije su perzistentne ideje, misli, ili impulsi koji se doživljavaju kao nametljive i neprimerene, te izazivaju anksioznost ili nelagodu. Iako je osobama sadržaj opsesija stran i nemaju kontrolu nad njima, sposobne su prepoznati opsesije kao svoje misli, a ne kao nametnute, što može biti slučaj kod psihotičnih poremećaja. Najčešće zastupljene opsesije su: ponavljajuće misli o zarazi, ponavljajuće sumnje (da li su vrata zaključana, da li je telefon isključen), potreba za određenim rasporedom stvari (intenzivna nelagoda, ako su stvari u neredu ili asimetrično raspoređene), agresivno i zastrašujuće ispoljavanje impulsa (npr. misao o udaranju nečijeg deteta, uzvikivanje psovki i ružnih reči, seksualne maštarije (ponavljajuća neželjena pornografska maštanja). Kompulzije su ponovljene radnje, tj. ponašanje (npr. pranje ruku, proveravanje, pospremanje) ili pak (ponavljanje reči, moljenje, brojanje) sa ciljem sprečavanja ili smanjenja inteziteta

² EKG - Elektrokardiogram

anksioznosti i nelagode. Obično, ali ne uvek, pacijent prepoznaje besmislenost ponavljajuće radnje, ali pod pritiskom narasle anksioznosti nastavlja da ga ponavlja. Opsesije i kompulzije imaju zajedničke karakteristike koje moraju da budu prisutne kako bi se dijagnostikovao ovaj poremećaj. Opsesije i kompulzije proizvode emocionalnu nelagodu, ili su odgovorne za bolesnikovo socijalno ili individualno funkcionisanje, u sadejstvu sa gubitkom vremena. Smatraju se klinički značajnim, kada zaokupljaju pažnju jedinke najmanje jedan sat dnevno. Opsesivno-kompulzivni poremećej se javlja kod 1,3 % populacije (Myers, et all., 1984).

Poremećaj prilagođavanja. Događaji koji su značajni za pojedinca poput gubitka posla, raskid emotivne veze, gubitak drage osobe, preseljenje u drugi grad, mogu da izazovu klinički značajnu anksioznost. Simptomi anksioznosti obično su tada pomešani sa depresivnim simptomima, uvremenjeni sa deklanširajućim faktorom, a trajanje simptoma ne prelazi šest meseci. Simptomi nastaju u periodu prilagođavanja na značajan životni događaj ili životne promene u razdoblju od mesec dana. Ako su simptomi prisutni preko šest meseci, dijagnoza je podložna korekciji u skladu sa postojećim kliničkim ispoljavanjima.

Reakcije žalovanja, bilo kojega trajanja, koje se smatraju klinički značajnim zbog njihovog ispoljavanja potrebno je registrovati kao reakcija na stres. Rukovodeći se prisutnošću dominantnih simptoma i njihovim trajanjem mogu se postaviti sledeće dijagnoze:

Kratkotrajna depresivna reakcija – prolazno, blago depresivno stanje koje ne traje duže od mesec dana;

Prolongirana depresivna reakcija – blago depresivno stanje koje se dogodilo kao odgovor na produženo izlaganje stresnoj situaciji, a čije trajanje ne prelazi dve godine, ne zadovoljava potpune kriterijume za blagu depresivnu epizodu;

Mešovita anksiozno - depresivna reakcija, prisutni su istovremeno kod jedinke anksiozni i depresivni simptomi, ali na nivou ne većem nego što je označeno kod mešovitog anksioznog i depresivnog poremećaja.

Za postavljanje dijagnoze depresivne epizode, neophodno je prisustvo najmanje dva tipična i dva druga simptoma i njihovo trajanje od najmanje dve sedmice. Tipični simptomi depresije su: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima koje pričinjavaju zadovoljstvo; smanjena energija i povećan

zamor. Navedene simptome prate i drugi česti simptomi depresije kao što su: poremećen san; insomnija ili hipersomnija; poremećaj apetita; značajan gubitak ili porast telesne težine više od 5%; smanjena koncentracija ili pažnja; smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje; osećanje krivice i bezvrednosti; ideje o samopovređivanju ili suicidu; promena u psihomotornoj aktivnosti ili agitaciji.

Ako simptomi traju kraće od dve sedmice, govorimo o kratkotrajnoj depresivnoj epizodi. Ako su prisutna dva tipična i dva ostala depresivna simptoma, reč je o blagoj depresivnoj epizodi, ako su prisutna 3-4 ostala simptoma, radi se o umereno izraženoj depresivnoj epizodi; a kada su prisutna 3 tipična i namanje 5-6 ostalih simptoma, to je teška depresivna epizoda. Kada se depresivna epizoda javlja prvi put, postavlja se dijagnoza prve depresivne epizode. Kada su kod bolesnika prisutne samo depresivne epizode, tada se radi o rekurentnom ili povratnom afektivnom poremećaju.

Tokom svog životnog veka svaki čovek doživi depresivne simptome koji se pojavljuju kao normalna i zdrava reakcija na situaciju u kojoj se nalazi, na, primer, neuspeh, gubitak posla ili bliske osobe, razočaranja ili razdoblja obeležena pomanjkanjem ciljeva (Hautzinger, 2002). Depresija je emocionalno stanje obeleženo intenzivnom tugom, osećajem bezvrednosti i krivice, nesanicom, gubitkom apetita i seksualne želje, povlačenjem od drugih i gubitkom zanimanja za uobičajene aktivnosti, čak i one koje su nas pre toga radovale (Davison & Neale, 2002). Klinička depresija nastaje kada simptomi predugo traju i toliko su snažni, da utiču na nivo normalnog funkcionisanja osobe.

Iako se od uvođenja mešovitog anksiozno-depresivnog poremećaja u klasifikacionim sistemima DSM 5 i ICD-X postavlja pitanje utemeljenosti pluralističke pozicije, ipak najveći broj profesionalaca smatra da su depresivni i anksiozni poremećaji posebne kategorije, te ćemo se i mi na ovom mestu držati pluralističke perspektive.

Neprijatne emocije kao što su osećanje nelagoda, tuga, strah i ljutnja mogu se javljati u okviru uobičajenih varijacija raspoloženja, ali mogu biti i pokazatelji psihičkih smetnji i poremećaja. Vrsta neugodnih emocija, njihov intenzitet i nivo u kojem ometaju svakodnevno funkcionisanje jedinke određuje da li se radi o kratkoročnim smetnjama ili o znacima trajnijih psihičkih tegoba, koje zahtevaju tretman.

Stručnjaci za psihičko zdravlje u svakodnevnom radu često moraju da procenjuju intenzitet neugodnih emocionalnih stanja i za to koriste prigodne

inventarijume. U teoriji i praksi se danas koriste inventari: Bekov inventar depresije BDI II, Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996), Spilbergerov upitnik anksioznosti, kao stanja i kao crte, STAI, State - Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983) i Bekov Inventar Anksioznosti, Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990), te ćemo se njma posebno posvetiti u Metodološkom delu rada.

Pravovremeno i valjano prepoznavanje psihopatološkog intenziteta smetnji vrlo je važno kako u kliničkoj praksi, tako i u istraživačkom radu. Takođe je vrlo važno utvrditi promene u intenzitetima smetnji jer se na taj način može pratiti delotvornost tretmana.

Postavljajući pitanje i pokušavajući dati odgovor na njega, zašto su neke osobe pod većim rizikom za razvoj anksioznih reakcija i poremećaja od drugih, jedan je od najvećih izazova u području izučavanja anksioznosti. Slično pitanje postavljamo i na nivou depresivne etiologije, no njim ćemo se manjim intenzitetom baviti u nastavku rada.

Etiologija anksioznih poremećaja

Istraživanja etiologije anksioznih poremećaja nisu ni izdaleka završena. Otkriveni su brojni činioci, dok je ujedno postavljeno još mnogo više hipoteza, koje tek čekaju svoju proveru.

U tumačenju etiologije anksioznih poremećaja jedan od problema koji se javlja, a na koji se na ovom mestu osvrćemo je problem izazvan multifaktorskom etiologijom anksioznih poremećaja. Ovaj problem proizilazi iz činjenice da brojni činioci biološke, psihološke i socijalne prirode mogu uzrokovati ili preduprediti razvoj poremećaja iz anksioznog spektra. Neki od poznatih uzroka su: nasleđe, konstitucija i somatske predispozicije, zatim delovanje prethodnog iskustva, funkcionalno-strukturalna operacionalizacija ličnosti, mentalno stanje i mentalni poremećaji, stresogene životne okolnosti, misleći na mnogobrojne činioce socijalne sredine i kulture u najširem smislu reči. Problem se usložnjava na dalje time što brojni biološki, psihološki i socijalni činioci mogu imati i pozitivno i negativno dejstvo na mentalno zdravlje, te svojim složenim interakcijama biti uzročnici psihičkih, odnosno anksioznih poremećaja. Situaciju dodatno usložnjava činjenica da je teško razgraničiti uzročne činioce, od onih koji imaju predisponirajuće ili deklansirajuće delovanje (Davison & Neale, 2002).

Kao i u slučaju gotovo svih do sada poznatih poremećaja iz domena mentalnog zdravlja, svoja tumačenja uzroka anksioznih poremećaja izložili su zagovornici biološke, psihodinamske, bihejvioralne i kognitivne paradigme.

Biološki činioci u etiologiji anksioznih poremećaja

Dok druge teorijske paradigme traže uzroke i mehanizme održavanja anksiozne simptomatologije u spoljašnjim faktorima, izvan jedinke, biološka teorija uzročnike za razvoj anksioznih poremećaja pronalazi u samoj individui, te u njenoj biološkoj predispoziciji. Do sada korišćeni modeli svoju pažnju usmeravaju na neuroanatomska, neurofiziološka, psihofiziološka i neurohemijska istraživanja, koja možemo pratiti u preglednim analizama (Davison & Neale, 2002; Kaličanin, 2002)

Prva istraživanja o mogućem uticaju naslednih faktora na pojavu anksioznih poremećaja, proističu iz zapažanja da su oni učestaliji u porodicama bolesnika, koji već imaju izraženu simptomatologiju (Kaličanin, 2002). Rezultati studija ukazuju da je naročito panični poremećaj, pa u izvesnoj meri i generalizovani anksiozni poremećaj, češće zastupljen u porodicama probanata sa paničnim poremećajem (Kaličanin, 2002). Zapažen je, donekle, sličan trend sa agorafobijom. Međutim, među srođnicima probanata sa agorafobijom nađen je uz agorafobiju nemali broj onih koji su ispoljavali druge anksiozne poremećaje. Pored toga, registrovano je da značajan broj srođnika osoba sa problemom agorafobije, ispoljava uz agorafobiju i panični poremećaj. U studiji na uzorku od 120 blizanaca, pronađena je značajna konkordantnost među monozigotnim blizancima, u odnosu na dizigotne blizance, za panične poremećaje (73% vs. 0%), ali ne i za panične napade (57% vs 43%). Blizanačke studije (Kendler et al, 1993; Torgerson, 1983; Slater & Shilds, 1969 navedeno u Batinić, 2009) su pokazale da je verovatnoća za razvoj paničnog poremećaja kod monozigotnih blizanaca 14-31%. Slične rezultate je dobio Torgesen (1983) koji opisuje veću povezanost u ispoljavanju agorafobije kod jednojajčanih, nego kod dvojajčanih blizanaca. Manjkavost dokaza za monozigotne i dizigotne blizance je pronađen u australijskoj studiji (Andrews, G., Stewart, G., Allen, R., & Henderson, 1990), što upućuje, da postoji izvestan rizik za razvoj paničnog poremećaja genetskog porekla, što nije potpuno objašnjeno.

Ne treba zanemariti činjenicu i da sredinski faktori imaju takođe značajnu ulogu u iniciranju paničnih napada kod osoba sa genetskom predispozicijom (Fyer, et al., 2006). Kod značajnog broja, čak i monozigotnih blizanaca pronađena je nepodudarnost u oboljevanju, što se kod iste nasledne osnove po valjanom sledu događaja pripisuje dejstvu okoline.

Prisustvo anksioznog poremećaja u detinjstvu i adolescenciji, predstavlja faktor rizika za razvoj rekurentnog anksioznog poremećaja u odraslom dobu. No, ono što je važno istaći je, da mnoga anksiozna deca i adolescenti ne razviju anksiozni poremećaj u odraslom dobu, isto tako mnogi ljudi koji u primarnoj porodici imaju osobe koje boluju od anksioznog poremećaja, čak ni monozigotni blizanci sa paničnim poremećajima, nemaju paniku, niti neki drugi anksiozni poremećaj (Kaličanin, 2002).

Neuroanatomska i neurofiziološke hipoteze

U brojnim studijama anksioznosti i anksioznih poremećaja, pronađene su specifične anatomske strukture, kao i sistemi angažovani pri doživljavanju normalnog i patološkog straha (Davison & Neale, 2002). Limbički sistem, koji predstavlja niz nukleusa i traktusa, i uključuje hipotalamus septum, hipokampus, amigdalnu i cingulum se stara o integraciji emocionalnog i motivacionog ponašanja, naročito o motornoj koordinaciji u emocionalnom reagovanju. Amigdala je u bliskoj vezi sa hipokampusom i odgovorna je za pamćenje emocionalno obojenog sadržaja. Limbički sistem preko hipotalamusa bitno utiče na funkcionisanje autonomnog nervnog sistema, dok hipotalamus učestvuje i u kontroli hipofize (Kaličanin, 2002).

Od posebnog značaja za doživljaj anksioznosti prepoznaje se neuroanatomska struktura *locus coeruleus* (Kaličanin, 2002). Pema navodima Kaličanina, Redmond (1975, 1977, 1979) je izneo znatan broj dokaza da *nucleus locus coeruleus* utiče na mnoge fiziološke reakcije, na bol i strah, kao i na druge puteve do moždane kore i nazad, kojim se prenose do raznih moždanih struktura povratne informacije posle kognitivne procene značenja nekog stimulusa. Limbički sistem služi kao „sabrni centar“, od koga zavisi reakcija koja može da varira od obraćanja normalne pažnje novim stimulusima, do doživljaja užasa i panike. Stimulacija *locusa coeruleus* kod majmuna izaziva ponašanja slična onima tokom anksioznih ispoljavanja. Niska

stimulacija dovodi do okretanja glave i tela, pretraživanje okoline očima, žvakanje i pokretanje jezika, čupanje dlaka i kose, grizenje prstiju, itd., dok njegova pojačana stimulacija može da dovede životinju do paničnog napada (Kaličanin, 2002).

Studija koja je u svom istraživanju koristila pozicionu elektronsku tomografiju (PET) je pokazala da verovatno postoji abnormalnost u funkcionisanju temporo-limbičkog sistema u subgroupi ispitanika koji pate od panično-agorafobičnog sindroma (Andrew, 2017).

Za razumevanje anksioznosti i anksioznih poremećaja od moždanih struktura važniji su poremećaji neurotransmiterskog sistema koji kontrolišu moždane funkcije. Utvrđeno je da postoji preko 40 neurotransmitera i neurohormona u centralnom nervnom sistemu. Za anksioznost i anksiozne poremećaje od posebnog su značaja noradrenergični i serotonergični sistemi. Postoje dokazi koji upućuju da oni imaju centralnu ulogu u anksioznim poremećajima. Gama-amino buterna kiselina (GABA) je ključni inhibitorni neurotransmiter u mozgu koji reguliše mnoge fiziološke i psihološke procese. Sredinom sedamdesetih godina prošlog veka utvrđeno je postojanje tesne veze između gabaergičnog sistema i anksiolitičnog delovanja benzodiazepinima (Kaličanin, 2002). Benzodiazepini se vezuju za GABA (A) kompleks, potencirajući inhibitorni efekat GABA na noradrenergičke, serotonergičke i dopaminergičke projekcije, čime se smanjuje učestalost i intezitet napada panike. Poremećaj u funkciji GABA sistema potkrepljuje praznjenje anksioznosti (Bremmer et al., 2000), uključujući i one koji doprinose patofiziologiji anksioznosti. Savremena istraživanja naglašavaju ulogu GABA (B) receptora u bihevioralnim procesima vezanim za anksioznost. Pozitivna stimulacija GABA (B) receptora na uzorku miševa, smanjuje anksioznost i može da služi kao nova terapijska strategija za razvoj anksiolitika (Mombereau, Kaupmann, van der Putten, Cryan, 2004).

Prema istraživanjima serotonergički neuroni su uključeni u regulaciju širokog spektra fizioloških i bihevioralnih procesa. Široko je prihvaćena hipoteza da se patogeneza paničnog poremećaja zasniva na centralnom serotonergičnom deficitu. U literaturi pronalazimo nalaze koji idu u prilog ovoj tvrdnji, no ima i onih koji ukazuju na hiperaktivnost ovog sistema kao uzroka nastanka anksioznih poremećaja.

Podrška hipotezi da je problem anksioznog poremećaja u deficitu serotonina proizilazi iz farmakoloških studija, koje pokazuju da su antidepresivi koji selektivno

deluju na serotoninske neurotransmitere efikasni i u lečenju paničnog poremećaja (Kaličanin, 2002). Utvrđeno je, takođe, da pacijenti sa paničnim poremećajem imaju na trombocitima smanjen broj mesta za vezivanje imipramina, što bi moglo da ukazuje na disfunkciju serotoninske neurotransmisije u mozgu (Kaličanin, 2002). Postoje naime i suprotni nalazi (Chareney & Heninger, 1986).

Navedeni nalazi nisu nepokolebljiv dokaz da je za nastanak anksioznih poremećaja odgovorna urođena, biološka komponenta. Istina je da bliski srodnici poseduju zajedničke gene, ali oni takođe imaju prilike da odrastaju u sličnom kontekstu, imitirajući i učeći jedni od drugih. Iako istraživanja ukazuju da ima smisla tražiti uzroke nastanka anksioznih poremećaja u biološkoj osnovi, zasada nema jasnih dokaza u kojoj meri su ti faktori zaista od značaja.

Psihodinamika anksioznosti i anksioznih poremećaja

Prvobitna pretpostavka jednog broja psihodinamskih prikaza uzroka nastanka anksioznih poremećaja temelji se na iskustvu iz detinjstva i konfliktima koji svoje poreklo imaju u seksualnim i agresivnim nagonima unutar interakcije roditelj - dete, u ranim fazama formativnog razvoja. Polazi se od stajališta da ovi konflikti ostaju nerazrešeni kod osoba koje razvijaju anksioznu neurozu u odraslom životnom dobu, gde anksioznost postaje način na koji ego izbegava suočavanje sa stvarnim problemom, tj. potisnutim konfliktom iz detinjstva (Devison & Neale, 2002).

Po Frojdovoj drugoj teoriji o strahu, nazvanoj „signalna teorija“ (Freud, 1926, navedeno u Kaličanin, 1996), strah nastaje kao reakcija svesnog dela ličnosti, tj. ega na nesvesne, neprihvatljive libidonozne zahteve, odnosno pulzije iz ida, neprihvatljive od okoline i/ili super ega. Kada ovaj mehanizam prevedemo na domen anksioznosti, možemo pratiti njen tok razvoja. Kada novo iskustvo inicira sećanje na bolni događaj u detinjstvu i pretili da prode u svesno, doživljava se signalna anksioznost u vidu akutne anksioznosti ili panike. Ego je upozoren da mobilize mehanizme odbrane i da se brani protiv porasta anksioznosti u svesno. Mehanizmi odbrane, potiskivanje i projekcija, premeštaju anksioznost u situacije koje simbolično reprezentuju potisnute konflikte i služe da sakriju pravo poreklo izvora anksioznosti i panike.

Psihoanalitički model anksioznosti polazi od pretpostavke da je anksioznost signal opasnosti, u čijoj osnovi leže nesvesni fantazmi i imaginacije opasne situacije, provocirane instiktivnim željama ili percepcijom spoljašnje situacije (Michels, Frances & Shear, 1985).

U literaturi nailazimo na jedan drugačiji pristup psihoanalitičkog porekla (Arieti, 1979). Po njegovim tumačenjima ne potiskuju se sadržaji iz ida, već određeni interpersonalni problem iz ranog detinjstva. U okvirima Arijetijeve teorije pronalazimo posmatranje anksiozne osobe u detinjstvu kao zaštićene od okoline, koja štiti od potencijalne opasnosti, sve dok jedinka ne počne da veruje da odrasli, odnosno njihovi roditelji, nisu sigurni, Tokom izrade intervjuja primećujemo da većina pacijenata sa anksioznim poremećajima poseduje u svom iskustvu tzv. separacionu anksioznost. Pretpostavlja se da kod njih postoji problematika nezrazrešenog konflikta na dimenziji zavisnost-nezavisnost, što je rezultat urođenog straha od nepoznatih situacija, koji biva dodatno komplikovan kontrolišućim stilom roditelja u ranim razvojnim fazama. Na ovim temama se kalemio psihodinamski model koji inkorporira koncept urođene vulnerabilnosti na separaciju ili pritisak i naučeni osećaj nesposobnosti da kontrolišu paniku (Chorpita & Barlow, 1998). Prema ovom modelu, biološki predodređena vulnerabilnost za strepnju je pogoršana kritičkim i kontrolišućim stavom roditelja, što zauzvrat usporava progres u postizanju separacije. Npoverenje i strah od napuštanja, postaje nešto nepodnošljivo, sa čim jedinka teško izlazi na kraj, što predstavlja uzročnike povišene anksioznosti. Model upućuje na to da su panični napadi uzrokovani mislima, pre nego da su spontani, na šta nas ne upućuje neurobiološki model.

Prema Bolbijevoj teoriji (Bowlby, 1960 a i b) vezivanje za značajne druge ostaje važno tokom celog života. Dok je dete u kontaktu sa majkom oseća se sigurnim. Odvajanje od nje ili samo pretnja izaziva anksioznost. Ukoliko odvajanje duže traje, razvija se tuga, dok su oba osećanja praćena ljutnjom. Separacija od roditelja u ranom razvojnom periodu, predstavlja faktor rizika za razvoj anksioznosti i stvaranje predispozicije za razvoj anksioznih, mešovutih anksiozno-depresivnih i depresivnih poremećaja tokom života.

Anksiozni poremećaj u svetlu teorija učenja

Polazno stanovište bihejviorista je da je čovekovo ponašanje uslovljeno interakcijom organizma i spoljašnje sredine, te u tom pravcu pristalice bihejviorizma usmeravaju svoju pažnju na pitanje u kojoj meri određena ponašanja, pa time i psihički poremećaji, predstavljaju posledicu onog što je uslovljeno, tj. naučeno u susretu sa spoljašnjom sredinom. Različiti bihejvioristi na različite načine tumače kako mehanizme učenja, tako i sadržaj naučenog.

Jedan od čestih mehanizama za razvoj patološkog straha je klasično uslovljavanje. Istorijski posmatrano, slučaj Malog Alberta (Watson & Rayner, 1920) se smatra modelom sticanja anksioznosti uslovljavanjem. Prema Mourerovom shvatanju (Mowrer, 1947), fobija se razvija iz dva povezana učenja: 1. preko klasičnog uslovljavanja osoba može da nauči da se plaši neutralne draži, ukoliko je ona uparena sa bolnim ili zastrašujućim događajem, 2. nakon toga osoba razvija ponašanje izbegavanja, što predstavlja drugu vrstu učenja, koja se održava usled svog potkrepljujućeg efekta.

Postoji niz averzivnih stimulusa, koji, poput bezuslovnih, izazivaju bezuslovnu emocionalnu reakciju u vidu straha. Pod delovanjem averzivnih bezuslovnih stimulusa aktivira se „anksiozni program“ koji predstavlja evoluciono nasleđe i u realno opasnim situacijama ima korisnu funkciju da štiti organizam od povrede. Koje će sve draži, u konkretnom slučaju ispoljiti ta svojstva, zavisi od niza činilaca, od osobina organizma, pri čemu hereditet, konstitucija i stepen zrelosti, kao i ranija iskustva imaju važnu ulogu (Kaličanin, 2002). Po ovom modelu ubrzano disanje može postati bezuslovni stimulus koji pokreće anksioznu spregu (bezuslovna reakcija). Kao i u klasičnom uslovljavanju i ovde prethodno neutralni stimulus, udružen sa ovim bezuslovnim, koji izaziva strah, koji može postati uslovni, a koji i sam izaziva ovu emocionalnu reakciju. Tako ubrzan rad srca udružen sa ubrzanim disanjem, može da izazove anksioznost. Međutim, zbog svoje povezanosti sa hiperventilacijom (bezuslovni stimulus) i procesom uslovljavanja, ubrzan rad srca može postati uslovna draž, tj. kroz vreme on izaziva anksioznost (uslovnu reakciju) nezavisno od hiperventilacije. U procesima klasičnog uslovljavanja, kada je reč o čoveku, ulogu uslovnih draži mogu da steknu govor, mišljenje i imaginacija. Na taj način se znatno povećava broj uslovnih stimulusa koji mogu da

iniciraju patološki strah, što doprinosi tome, takođe, da se ova naučena, stečena, emocionalna reakcija i na ove načine potkrepljuje i čini otpornijom na gašenje.

Klinička ispoljavanja anksioznosti se vrlo dobro uklapaju u teoriju uslovljavanja. Neki ljudi razviju strah od vožnje automobilom, izbegavajući da uđu u automobil nakon ozbiljne saobraćajne nesreće. Istraživanja su potvrdila shvatanje da ljudi klasičnim uslovljavanjem mogu doživeti strah od neutralnih draži, čak i kada su takve stimulacije u sadejstvu sa primarnim averzivnim dražima, poput električne struje (Dawson, Schell & Banis, 1986). Razumljivo je da u eksperimentisanju sa ljudima, zbog opravdanih etičkih razloga, većina istraživača nije koristila snažne averzivne draži. Nalazi na drugoj strani ukazuju da se uslovna reakcija straha gasi, vrlo brzo nakon što uslovna draž pojavi nekoliko puta bez potkrepljenja, umereno snažnom električnom strujom (Bridger & Mandel, 1965).

Teorije učenja poklanjaju veliku pažnju i konfliktnim situacijama, posmatrajući ih kao odgovorne za nastanak neuroza, psihosomatskih oboljenja i drugih psihičkih poremećaja. Poznato je da je Pavlov (1927) izazivao eksperimentalnu neurozu kod pasa, dovodeći ih u konfliktne situacije, koje karakteriše ambitendencija u reagovanju. U objašnjenju ovako izazvane eksperimentalne neuroze, Pavlov zastupa stanovište da je „neurotično“ reagovanje životinja posledica konflikta između inhibitornih i ekscitatornih procesa u mozgu, to jest prouzrokovano simultanim izazivanjem pozitivnih i negativnih uslovnih refleksa (Radonjić, 1992).

Kada je reč o čoveku, ne treba da zanemarimo činjenicu da se patološki strah, uz maladaptivne obrasce ponašanja koji ga prate, može razviti bez klasičnog uslovljavanja, učenjem po modelu ili učenjem po uzoru (Kaličanin, 2002). Brojne fobije upravo nastaju na ovaj način. To je relativno čest slučaj kod dece (strah od životinja, zbog upozoravanja roditelja da one mogu biti opasne i da ih se treba paziti).

Kognitivni model anksioznosti

U novije vreme obraća se velika pažnja mogućem delovanju kognitivnih procesa na razvoj i gašenje patološkog straha. Po kognitivnoj teoriji, za nastanak patološkog straha ne bi bio odgovoran događaj sam po sebi, već njegova pogrešna interpretacija, zbog koje se oseća ili procenjuje opasnost u situacijama koje za to nemaju opravdanog

razloga. Razmatrajući kognitivni model odgovoran za razvoj patološkog straha Aron Bek (Beck, 1976) je hipotezirao da kod anksioznih stanja osobe procenjuju opasnost u određenoj situaciji. Klark (Clark, 1986) je razradio ovaj model razvoja patološkog straha. Po njemu je to složen proces na koji utiče prevashodno katastrofična interpretacija telesnih senzacija od strane individue. Spoljašnji ili unutrašnji impulsi se opažaju kao pretnja i rezultiraju stanjem strepnje. Širok spektar stimulusa, telesnih senzacija, koje normalno prate strepnju se interpretira na katastrofičan način, što dalje pojačava strah. Više straha vodi ka inteziviranju telesnih senzacija, stvarajući tako začaran krug koji kulminira napadom panike. Inicijalne telesne senzacije mogu biti pored simptoma anksioznosti i druga različita emocionalna stanja ili neki sasvim bezopasni događaji (predmenstrualni simptomi, naglo ustajanje, umor, bolest, fizička aktivnosti, itd.). Ove senzacije se neuobičajeno smatraju mnogo opasnijim nego što zaista jesu i interpretiraju kao znak neposredne, bliske katastrofe. Katastrofična interpretacija senzacija produkuje anksiozni odgovor sa posledičnim inteziviranjem simptoma, što brzo kulminira napadom panike.

Socijalno anksiozni ljudi po nalazima (Beck & Emery, 1985) deluju u okviru „sheme ranjivosti“, što će reći da se oni trajno bave opasnostima i događajima, kao i neprijatnim situacijama koje bi mogle da im se dogode.

Anksiozni poremećaji u svetlu Racionalno - emotivno i kognitivno - bihejvioralne terapije (RE&KBT)

Konceptualizacija anksioznosti polazi od pretpostavke da je u osnovi očiglednih kognitivno - bihejvioralno - emocionalnih problema anksioznosti, iracionalno uverenje o sopstvenoj ugroženosti (Beck & Emery, 1985). Bek smatra da je anksioznost posledica sekundarnih procesa procene u stresnoj situaciji. U primarnoj proceni osoba procenjuje pretnju, a sekundarna procena se odnosi na procenu sopstvenih kapaciteta prevladavanja pretnje. Kada osoba registruje pretnju, njeni emocionalni i bihejvioralni odgovori zavise od 1) njenog suda o sredstvima pomoću kojih može prevladati opasnost i 2) njene procene o sopstvenoj sposobnosti da ta sredstva upotrebi (Beck & Emery, 1985). Osoba smatra da je izložena nekoj opasnosti i u nemogućnosti da prevlada tu opasnost.

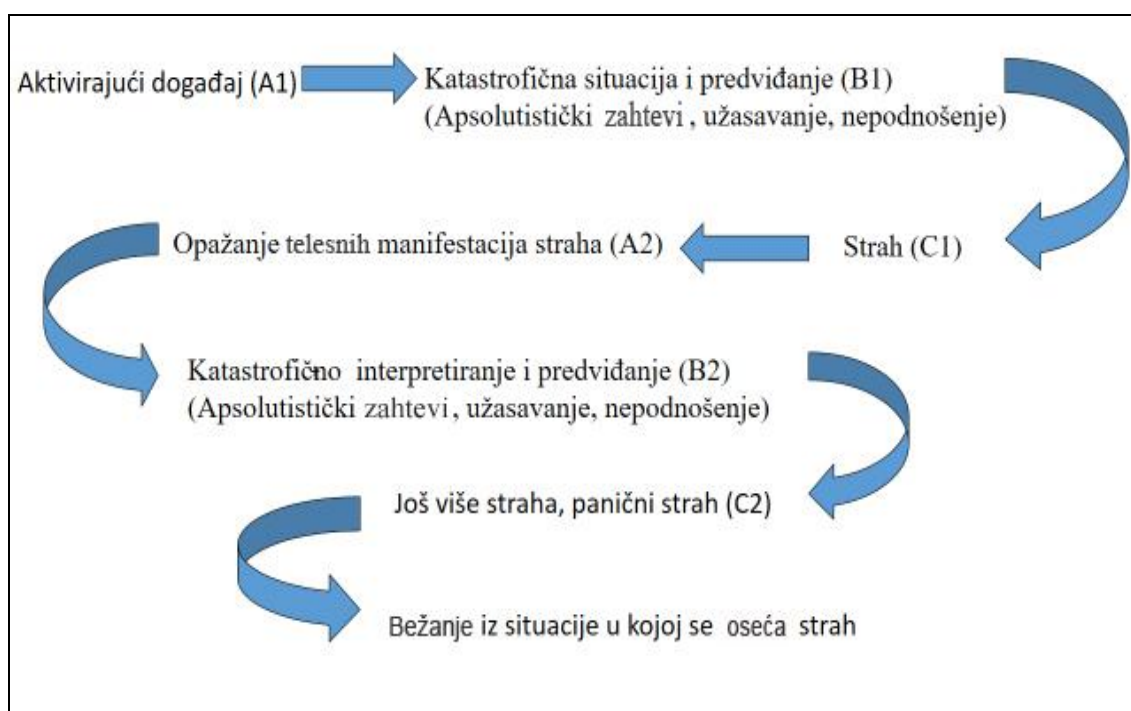
Osnovna postavka RE&KBT, koja određuje strategiju ovog psihoterapijskog pristupa, se odnosi na shvatanju da ljudi nisu uznemireni stvarima samim po sebi, već svojim mislima, idejama i filozofijama koje sami stvaraju povodom tih stvari. Dakle, anksioznost, prema konceptima RE&KBT, nastaje tako što je jedinka sama proizvodi osećanje, čineći sebe uznemirenom povodom određenih stvari zato što na anksiozni način, misli o njima. Analizirajući sakupljene iskaze svojih klijenata, od ukupno 287 različitih oblika iracionalnih uverenja, Albert Ellis (Ellis, 1979) ih je po sadržaju sveo na četiri kategorije obrazaca mišljenja. 1. Katastrofiziranje - kada klijent veruje u to da je stvarnost više od 100% loša, što se odražava na tvrdnju da je nešto strašno ili užasno. 2. Nizak prag tolerancije na frustraciju - iskazuje se rečenicom poput: “ Ne mogu ovo da podnesem”, manifestujući klijentovu percepciju okolnosti za koju on čvrsto veruje da ne može da izdrži, iako je činjenica da je podnosi godinama. 3. Globalno vrednovanje - kada klijent trenutne okolnosti, samog sebe i druge ljude objašnjava iskazima koji se odnose na trajno stanje umesto na pojedinačni događaj. 4. Apsolutistički zahtevi - ovaj zahtev može da se odnosi na životne okolnosti (moji životni uslovi moraju biti perfektni), na druge ljude (drugi ljudi moraju da se prema meni ponašaju perfektno) ili na samog sebe (moram biti savršen).

Kada jedinka misli poput “Grozno je da se takva i takva stvar dogodi”; “Život mora da bude lak i da se odvija na način koji meni odgovara, a ako nije tako to je onda grozno i ja to ne mogu da podnesem”; “Moram da se osećam dobro”; “Ne smem da osećam anksioznost”, vrlo lako sebe može da dovede do osećanja anksioznosti.

Prema modelu Racionalne - emotivno i kognitivno – bihejvioralne - terapije (RE&KBT), strahovanje od novog iznenadnog napada panike svodi se na dve dimenzije. Prva se odnosi na strahovanje od neprijatnosti samog fizičkog i psihičkog doživljaja, za koje osoba veruje da je užasan i da ne može da ga podnese još jednom. Dok druga, na strahovanje od mogućnosti katastrofičnog ishoda iznenadnog napada panike, za koje osoba veruje da se ne sme desiti i da ga mora po svaku cenu preduprediti, jer je psihički i fizički ugrožavajući (Ellis, 1979). Kako napade panike karakteriše intenzivno telesno uzbuđenje, osoba tokom napada doživljava i primećuje niz telesnih senzacija poput lupanja srca, ubrzanog disanja, znojenja, pritiska u glavi, doživljaja vrtoglavice, itd. Ove telesne promene postaju novi izvor straha, jer ih jedinka tumači kao početak novog napada. Svaki nagoveštaj navedenih stimulusa, postaje novi

aktivirajući događaj, za razvoj novog napada panike. Osobe koje pate od patološkog straha, razvijaju tendenciju izbegavanja situacija u kojima se napad javlja, bilo iz straha od negativne socijalne procene ili iz straha da se u toj situaciji ne može dogoditi adekvatna pomoć ili zaštita (Ellis, 1979).

Dominantne negativne automatske misli karakteristične za napade panike su katastrofično interpretiranje i predviđanje. Disfunkcionalna uverenja se manifestuju u obliku apsolutističkih zahteva i njihovih derivata u vidu užasavanja i nepodnošenja, kako je prikazano na slici koja sledi:



Slika 1. Model Racionalno emotivno i kognitivno bihejvioralne terapije tumačenje panike (adaptirano prema Batinić,2009)

OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST (OnA)

Osetljivost na anksioznost, objašnjenje konstrukta

Pokušavajući da proniknu u etiologiju anksioznih poremećaja, pojavio se jedan vrlo zanimljiv konstrukt i od tada postao predmet sve brojnijih istraživanja. Reč je o već pomenutom konstrukt osetljivost na anksioznost. Ciljevi dosadašnjih istraživanja su uglavnom bili usmereni na pokušaju identifikovanja pojedinca pod rizikom i primenu odgovarajućih preventivnih tretmana u cilju prevencije anksioznog poremećaja. Izučavanje ovog konstrukta pokazalo je da je (OnA) predstavlja kognitivni faktor rizika za razvoj različitih anksioznih poremećaja, a naročito paničnog poremećaja (Taylor & Cox, 1998a).

Ključni autor na ovom području, Stiven Rais navodi da je važnije znati ono šta osoba misli da će se dogoditi kao posledica doživljavanja anksioznosti, nego koliko je često u zadnje vreme doživljavala anksioznost (Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986).

U kontekstu istraživanja anksioznih poremećaja posebnu pažnju stručne javnosti je privukao koncept „strah od straha“ i njegova uloga u razvoju i održavanju problema iz spektra mentalnog zdravlja (Calkins et al., 2009; Chambless & Goldsteina 1988, prema Chambless, Aaron, Edward, & Jessica, 2000; Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009). On se u literaturi opisuje kao strah od javljanja simptoma anksioznosti i telesnih senzacija povezanih sa anksioznošću, a koji proizilazi iz uverenja da ti simptomi i telesne senzacije mogu imati negativne psihološke, telesne i socijalne posledice. Kao što se neke osobe plaše visine, insekata, otvorenog prostora, tako se neke druge plaše senzacija koje prate strah, anksioznost ili paniku. Osoba, koja ima visok nivo osetljivosti na simptome anksioznosti će iznenadni ubrzani rad srca interpretirati kao znak predstojećeg srčanog udara. Nasuprot tome, osoba sa niskim nivoom osetljivosti na anksioznost će ovu senzaciju protumačiti kao neprijatnu ali bezopasnu (McNally, 1989).

Razvojno posmatrano, ideja o konstrukt, koji će predstavljati temelje straha od simptoma anksioznosti nije se prvi put pojavila pod nazivom osetljivost na anksioznost. Njegov značaj uvideli su psihoterapeuti različitih orijentacija. Još je 1924. godine u

Frojdovim radovima opisivan strah od ponovnog javljanja paničnih simptoma kod osoba s paničnim poremećajem (Kaličanin, 2002), zatim 1945. godine u Fenichelovim kliničkim opažanjima straha od anksioznosti kod osoba s izraženom anksioznošću (Fenichel, 1945), te krajem sedamdesetih godina prošlog veka u radovima Beka i Emerija, gde autori opisuju strah kod osoba kod kojih se intenzivni anksiozni napadi ponavljaju (Beck & Emery, 1979). Slični opisi mogu se naći i u konstruktivnoj inkubaciji Hansa Ajzenka (1979), koja nudi jedno od prvih tumačenja povezanosti između straha od anksioznosti i individualnih razlika u varijablama ličnosti (Reiss et. al., 1986; prema Lilienfeld, 1996). U radovima Viktora Frankla, kroz egzistencijalistički pristup strahu od anksioznosti, nalazimo anticipatornu ulogu anksioznosti ili očekivanje ponavljanja simptoma (Frankl, 2004). Postojanje brige o simptomima dovodi do anksioznosti, dakle, upravo do onih simptoma koji su predmet zabrinutosti, što dovodi do stvaranja začaranog kruga koji leži u osnovi anticipatorne anksioznosti (Reiss, et al., 1986).

U svom objašnjenju nastanka paničnog poremećaja sa agorafobijom (Goldstein & Chambless 1978; navedeno u Edelman, 1992) su se odmakli od tradicionalnog određenja poremećaja kao „straha od otvorenog prostora“ i predložili termin „strah od straha“. Prema tom kognitivno - bihevioralnom tumačenju, panični napad se prevashodno javlja kao reakcija na neki konflikt ili na kontinuirano stanje stresa, a ljudi koji su doživeli jedan ili više paničnih napada postaju naglašeno osetljivi na telesne senzacije koje su mu prethodile. Drugim rečima, ovaj model pretpostavlja da simptomi anksioznosti postaju unutrašnji okidač, tj. uslovna draž prema Pavlovljevom modelu klasičnog uslovljavanja, izazivajući uslovljenu reakciju napada panike. Osim tog, javljanju napada pridonose i iskrivljene kognicije koje se odnose na štetne posledice vlastite anksioznosti.

Kognitivisti smatraju da strah od anksioznosti određuju uverenja o posledicama anksioznosti, koja uzrokuju različiti faktori - prethodna iskustva, iracionalna uverenja i proces socijalnog učenja. Uverenja imaju značajnu ulogu u predispoziciji, razvoju i održavanju simptoma (Reiss, et al., 1986). Albert Ellis koncept straha od anksioznosti razmatra u okviru Racionalno emotivno bihevioralne teorije, tačnije pod pojmom sekundarnog ili meta-emocionalnog poremećaja, koji predstavlja pojavu da ljudi remete sami sebe povodom određenog poremećaja ili osećanja (Ellis, 1979). Tako doživljavaju i strah povodom straha, depresiju povodom depresije, bes povodom osećanja krivice

(Vukosavljević-Gvozden, 2009). Izvor anksioznosti i straha od anksioznosti su iracionalna uverenja. S druge strane, Kirš o ovom konceptu govori u svojoj teoriji očekivanja odgovora, prema kojoj očekivanje određenog ponašanja povratno utiče na subjektivno iskustvo i fiziološko funkcionisanje (Kirsch, 1985). Na primer, očekivanje straha može dovesti do ponašanja izbegavanja, kao i subjektivnog osećanja straha (Reiss, 1987). Ipak, najkompletnije tumačenje konstrukta osetljivosti na anksioznost dali su Rais i MekNeli u svojoj teoriji očekivanja, kojoj se detaljnije posvećujemo.

Teorija očekivanja Stivena Raisa (Raiss & McNelly, 1991)

Najraniji pokušaj da se obezbedi teorijski okvir OnA, u kom će se on posmatrati kao predisponirajući faktor za razvoj straha, anksioznosti, panike i izbegavanja, pripisuje se nizu istraživača (Reiss, 1980, 1991; Reiss & McNally, 1985; Taylor & Fedoroff, 1999). Na temeljima koncepta „strah od straha“ svoj rad su temeljili Rais i Mekneli (Reiss & McNally, 1985). Ovaj konstrukt je sastavni deo Raisovih teorija: teorije očekivanja, teorije osetljivosti, kao i novije teorije motivacije (McNally, 2002; Reiss et.al., 1986; Reiss, 1991).

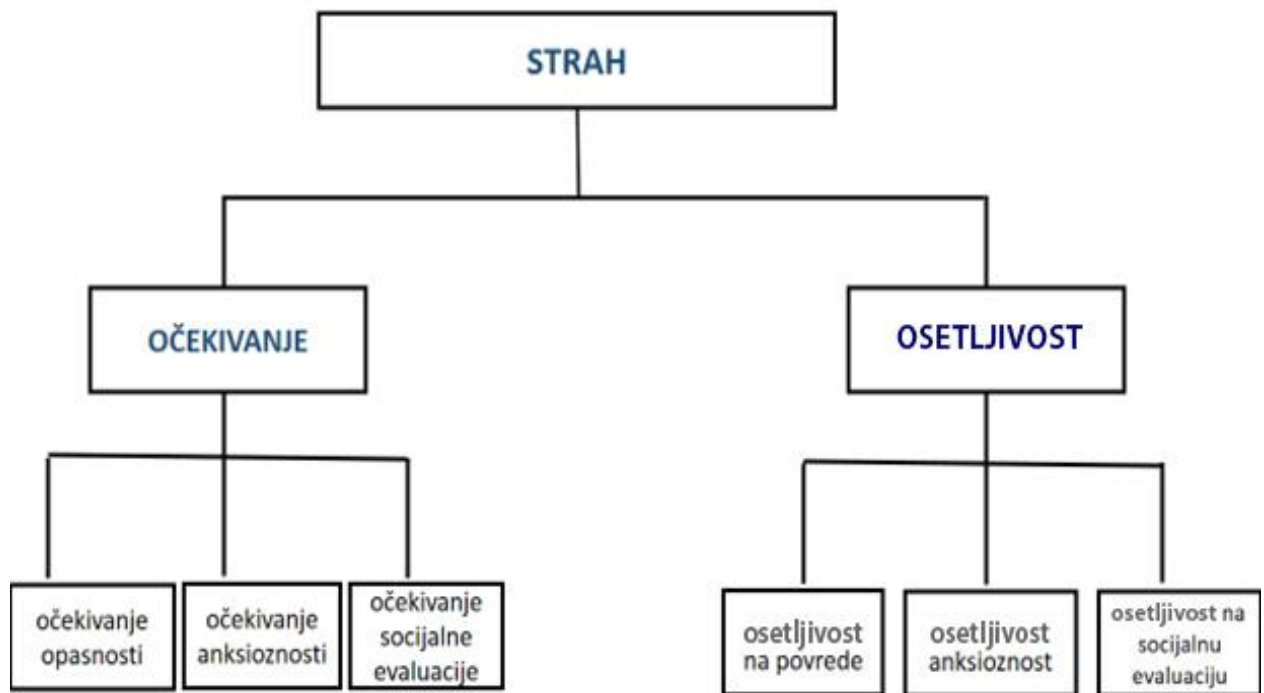
Rais i MekNeli su ovu pojavu razumeli preko dve komponente: očekivanja anksioznosti i osetljivost na anksioznost. Očekivanje anksioznosti je primarno proces učenja u kome je osoba naučila da dati stimulus izaziva anksioznost/strah. Osetljivost na anksioznost povećava budnost na stimulse koji signaliziraju mogućnost da će osoba postati anksiozna, brigu povodom anksioznosti i motivaciju da se izbegnu stimulusi koji provociraju anksioznost. Tako, postoje značajni nalazi da strah od anksioznosti može održavati začarani krug u kome prethodno postojeća uverenja o fiziološkom uzbuđenju (i slični prateći znaci anksioznosti) predisponiraju osobu da odgovori strahom na te reakcije, što vodi povećanju doživljaja anksioznosti. Očekivanja, šta osoba misli da će se dogoditi i osetljivosti, zašto se osoba plaši onog što će se dogoditi, prema Raisu (Reiss, 1991) predstavljaju ključne postavke u razumevanju strahova.

Raisovo i MekNelijevo poimanje koncepta "straha od straha" se razlikuje od Goldsteinovog i Kamblesovog gledišta u dva glavna aspekta (McNally, 1994). Osetljivost na anksioznost se odnosi na verovanja o štetnim posledicama telesnih senzacija, a ne na uslove ispoljavanja reakcije na te senzacije. Prema tome, osetljivost

na anksioznost nije vezana za događaj, već je ona dispozicija koja varira među ljudima. U kasnijim svojim radovima Rais je proširio svoju teoriju osetljivosti na sveobuhvatniju teoriju motivacije, smatrajući da je osetljivost na anksioznost jedan od motivacionih uslova koji se javlja već u ranoj dobi i koja predstavlja rizik za različite poremećaje, pa čak i one poput depresije, shizofrenije i autizma (Reiss, Silverman, Weems, 2001).

U okviru ovog modela naglašavaju se individualne razlike, kako u očekvanjima tako i u osetljivostima. U tom smislu strah se posmatra kroz prizmu šest faktora (Reiss, 1991):

1. *Očekivanja opasnosti* – osoba očekuje da će se dogoditi neka povreda ili opasnost od neke situacija, npr.: “Lift će se sigurno zaglaviti”;
2. *Očekivanje anksioznosti* – osoba očekuje da će u određenoj situaciji postati anksiozna ili da će biti pod velikim stresom, npr.: “Znam da je vožnja liftom u najvećem procentu sigurna, ali ja mogu doživeti panični napad ili mi može pozliti”;
3. *Očekivanje socijalne evaluacije* – osoba očekuje da će njene reakcije u nekoj situaciji biti negativno vrednovane od strane drugih, npr.: “Neću moći da kontrolišem svoj strah tokom vožnje liftom i onaj ko bude sa mnom moći će da vidi kako sam slab”;
4. *Osetljivost na povredu* – osoba pokazuje preteranu osetljivost na bilo kakvu pomisao na povredu, npr.: “Ne mogu da podnesem misao da budem povređen”;
5. *Osetljivost na anksioznost* – osoba pokazuje preteranu osetljivost na simptome anksioznosti, npr.: “Mogu doživeti srčani udar, ako doživim panični napad ili budem napet ili pod pritiskom stresa”;
6. *Osetljivost na socijalnu evaluaciju* – osoba pokazuje preteranu osetljivost na sve oblike vrednovanja od strane drugih, npr.: “Ne mogu da podnesem da drugi vide da se plašim i kako sam slab”, Slika 2.



Slika 2. Faktori u razvoju straha, prema modelu očekivanja i osetljivosti (Reiss, 1991, str. 143-144)

Teorije očekivanja predstavljaju najraniji pokušaj da se obezbedi teorijski okvir povezivanja osetljivosti na anksioznost kao predisponirajućeg faktora za razvoj anksioznih poremećaja (Reiss, 1980, 1991; Reiss & McNally, 1985; Taylor & Fedoroff, 1999). Ova teorija je konstruisana da doprinese razumevanju udela koji osetljivost na anksioznost ima u delu funkcionisanja čoveka (Taylor & Fedoroff,1999).

Očekivanja su situaciono specifična, dok je osetljivost specifičan faktor ličnosti koji je obrnuto proporcionalan kapacitetu da se toleriše visok nivo anksioznosti. Ljudi koji imaju nisku osetljivost na anksioznost, simptome anksioznosti interpretiraju kao trenutno iskustvo koje nema neki poseban značaj osim kratkotrajnog doživljaja neprijatnosti. Samim tim imaju i visok nivo tolerancije na životne stresove i u stanju su da se suoče sa problemima. Sa druge strane, oni koji imaju visok nivo osetljivosti na anksioznost, imaju i nisku toleranciju na životne stresove, postaju preokupirani brigom o anksioznosti, što dalje dovodi do teškoća u svakodnevnom funkcionisanju. Usled toga, OnA se posmatra kao varijabla individualnih razlika - baš kao što se ljudi razlikuju po sklonosti da dožive anksiozne simptome, tako se i strah od simptoma razlikuje od

čoveka do čoveka. Prema teoriji očekivanja, ove razlike su povezane sa predispozicijom za razvoj anksioznih poremećaja (Reiss, 1987).

Specifična, pojedinačna očekivanja i osetljivosti predstavljaju temelj za tumačenje određenih strahova. U svetlu Raisove teorije centralno mesto zauzimaju tri osnovna, fundamentalna straha i veći broj svakodnevnih, uobičajenih strahova. Fundamentalni strahovi su: 1) strah od povrede i bolesti, koji uključuje i strah od smrti; 2) strah od negativne evaluacije koja predstavlja strah od odbačenosti, neprihvatanja i kritikovanja; 3) osetljivost na anksioznost, koja predstavlja strah od straha, tj. zastrašujuću pomisao da bi javljanje simptoma straha u određenoj situaciji moglo imati katastrofalne socijalne i telesne posledice (Reiss, 1991). U kasnijim studijama koje prate izvesne izmene, Rais i Haverkamp (Reiss & Haverkamp, 1998) ovu listu osnovnih strahova proširuju. Suština je ista, a to je, da osnovni strahovi pojačavaju ostale strahove, anksioznost i paniku.

Svakodnevni, uobičajeni strahovi, su strah od životinja, visina, zatvorenog prostora, socijalni strahovi i sl. Fundamentalni strahovi se razlikuju od uobičajenih u odnosu na dva kriterijuma: 1) većina ljudi se plaši stimulusa koji uzrokuju fundamentalni strah; 2) uobičajeni strahovi se mogu logički svesti na fundamentalne strahove (Reiss, 1991). Npr. ako se uporede dva uobičajena straha (npr. strah od buba i strah od letenja avionom) i OnA, kao fundamentalni strah, teško je pronaći vezu između straha od buba i letenja avionom, retka je osoba koja će reći "Plašim se buba, jer se plašim i letenja avionom". Nasuprot tome OnA kao fundamentalni strah predstavlja smislenu osnovu za oba navedena straha (npr. osoba može reći "Plašim se buba i letenja avionom, zato jer se užasavam pomisli da mogu doživeti panični napad i utrnulost, koji se mogu javiti u takvim situacijama"). Pored ova dva kriterijuma, osnovni strahovi bivaju izazvani od strane velikog broja stimulusa, dok to nije karakteristično za specifične strahove.

Strah od specifičnih situacija (odnosno, zajednički strah) je rezultat interakcije fundamentalnih strahova i iskustva učenja (Taylor & Fedoroff, 1999). Kada je fundamentalni strah u interakciji sa iskustvom učenja, pojedinac može steći zajednički strah, ili razviti strah da već proživljeni simptomi straha u ponovnom susretu sa stimulusom mogu dobiti još veću snagu (Taylor & Fedoroff, 1999).

U osnovi ovog procesa se nalaze tri oblika učenja: a) uslovljavanje traumatičnog iskustva, b) učenje imitacijom i c) učenje dobijanjem verbalnih informacija o opasnosti u vezi sa uobičajenim stimulusima (Rachman, 1990). Kao ilustraciju navešćemo primer fobije od psa, kod čoveka koga je napao pas. Fundamentalni strah od bolesti/povrede/smrti, osetljivost se vezuje za psa (tj. uobičajeni strah) i sve što podseća pojedinca na psa (odnosno, učenje uslovljavanjem). Osim toga, ovaj strah može biti intenziviran dejstvom fundamentalnog straha, kao što je OnA. U ovom slučaju pojedinac strahuje od straha (Taylor & Fedoroff, 1999).

Samo učenje, međutim, za OnA nije dovoljno. Smatra se da manifestacija OnA potiče od kombinacije genetskih predispozicija, iskustvenog učenja i usvajanja uverenja o potencijalno oštećujućim efektima autonomnog uzbuđenja (Olatunji et al., 2005). Kako OnA spada u jedan od tri fundamentalna straha, osobe koje imaju izraženiju OnA biće sklonije da dožive veći broj različitih strahova (Reiss, 1991), međutim, mnogi naučnici ovu pretpostavku dovode u pitanje smatrajući da nije dovoljno jasno da li se uopšte razlikuje od drugih fundamentalnih strahova kao što je strah od bola (Taylor & Fedoroff, 1999).

Nakon pojave konstrukta OnA usledio je period proispitivanja i proveravanja njegove fenomenologije, te svrsishodnosti i opravdanosti njegovog uključivanja među već odomaćene deskriptore anksioznosti. Smatralo se da se osobe koje imaju problem sa anksioznošću razlikuju jedino u odnosu na to koliko anksioznih simptoma doživljavaju, ali ne i u odnosu na nivo njihove osetljivosti na anksioznost. Ujedno, postojalo je umreženo mišljenje da je OnA sastavni deo anksioznosti i da zbog toga nema potrebe njom se pojedinačno baviti stvarajući nove konstrukte. No, ipak, kontinuirano bavljenje ovim konstruktom je doprinelo shvatanju da upravo OnA pridonosi boljem razumevanju prirode i etiologije anksioznih poremećaja.

Istraživanja konstrukta OnA

Postavke Raisa i Meknela (Reiss & McNelly, 1985) pokrenule su veliki broj empirijskih istraživanja, koje su rezultirale i nizom značajnih nalaza. Longitudinalne studije pokazuju da visok nivo OnA predviđa razvoj napada panike (Maller & Reiss, 1992; Schmidt, Lerew, & Jackson, 1997; Schmidt, Lerew, & Jackson, 1999; Schmidt,

Keough, Timpano & Richey, 2008). U skladu sa tendencijom izbegavanja neprijatnosti, OnA je u pozitivnoj korelaciji sa simptomima agorafobije (White, Brown, Somers, & Barlow, 2006). Visok nivo OnA je takođe u pozitivnoj korelaciji sa socijalnom fobijom (Ball, Otto, Pollack, Uccello, & Rosenbaum, 1995; Norton, Cox, Hewitt, & McLeod, 1997). Istraživanja pokazuju da niži nivoi OnA predisponiraju brži oporavak od simptoma socijalne fobije (Vriends, Becker, Meyer, Williams, Lutz, & Margraf, 2007). Jedno od istraživanja ukazuje, da je OnA crta ličnosti, koja je različita od crte anksioznosti (McWilliams & Cox, 2001). Tejlor (1995) smatra da se crta anksioznosti odnosi na opštu sklonost osobe da anksiozno reaguje na potencijalno provocirajuće anksiozne stimuluse, dok je OnA, više specifična sklonost anksioznog reagovanja na vlastitu anksioznost i telesne simptome povezane s anksioznošću. Istraživanja ukazuju da je to konstrukt koji je različit u odnosu na ostale anksiozne poremećaje (Ball, Otto, Pollack, Uccello, & Rosenbaum 1995; Cisler, Reardon, Williams, & Lohr, 2007; Rector, Szacun-Shimizu, & Leybman, 2007; Schmidt, et al., 2008; Olatunji, & Wolitzky-Taylor, 2009). Ispitanici s visokim rezultatom na upitniku osetljivosti na anksioznost, koji su praćeni tokom 3 godine, 5 puta češće dobijaju dijagnozu nekog anksioznog poremećaja. Dalje, u grupi onih koji su u tom razdoblju doživeli panične napade, njih oko 75% je bilo iz grupe s visokim rezultatom na upitniku osetljivosti na anksioznost (Reiss et al., 2001).

Panične napade doživljavaju samo one osobe koje pored izražene crte anksioznosti imaju i visok nivo OnA, smatraju Lilienfeld i saradnici (1996). Brojne studije ukazuju da je OnA faktor rizika ne samo za anksiozne poremećaje, već i za razvoj teškog depresivnog poremećaja i suicidalnosti (Taylor, Koch, Woody, & McLean, 1996; Capron, Cogle, Ribeiro, Joiner, & Schmidt, 2012; Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009). OnA može pojačati osetljivost na traumu, smanjiti nivo tolerancije na stres i povećati mogućnost da se benigni stresori proglašavaju malignim, što može izazvati postraumatsku reakciju (Rosen & Schulkin, 1998). Nemali broj istraživanja ukazuje da OnA predstavlja rizik za razvoj postraumatskog stresnog poremećaja (Asmundson & Stapleton, 2008; Bryant & Panasetis, 2001; Collimore, McCabe, Carleton, & Asmundson, 2008; Fedoroff, Taylor, Asmundson, & Koch, 2000; Feldner, Zvolensky, Schmidt, & Smith, 2008; Lang, Kennedy, & Stein, 2002; Stewart, Conrod, Samoluk, Pihl, & Dongier, 2000; Vujanovic, Zvolensky, & Bernstein, 2008),

faktor rizika za razvoj hipohondrijaze (Watt & Stewart, 2000), bolesti zavisnosti (Otto, Safren, & Pollack, 2004), hroničnog bola (Asmundson, 1999), itd. U njenom nastanku značajnu ulogu igraju i genetski i sredinski faktori (Asmundson, 1999; Olatunji et al., 2005; Scher, & Stein, 2003; Taylor, Jang, Stewart, & Stein, 2008). Iako je reč o crti koja je stabilna tokom vremena, ona se može ublažiti adekvatnim psihološkim tretmanom (Smits, Berry, Tart, & Powers, 2008).

Moguća uloga osetljivosti na anksioznost u etiologiji i održavanju poremećaja

Osetljivost na anksioznost i panični poremećaji

Prema teoriji osetljivosti na anksioznost (Reiss, 1991), osobe sa povišenom osetljivošću na anksioznost, osećaju pojačan strah kao odgovor na stimuluse koji izazivaju anksioznost i doživljavaju simptome anksioznosti naglašeno neprijatnim. U skladu sa ovim stavom, OnA igra važnu ulogu u razvoju i održavanju poremećaja povezanih sa anksioznošću, posebno paničnim poremećajem (Cox, Borger, & Enns, 1999). Ne tako mali broj dosadašnjih studija upućuje na značaj Indeksa osetljivosti na anksioznost u proučavanju etiologije i održavanja paničnog poremećaja. Pokazano je da OnA diferencira panični napad od drugih anksioznih poremećaja, da predviđa reakcije straha u situacijama koje izazivaju panične simptome, a predviđa i sam razvoj paničnih napada (Deacon, Abramowitz, Woods & Tolin, 2003).

U literaturi pronalazimo dve teorije koje objašnjavaju nastanak paničnog poremećaja, Raisova teorija očekivanja (Reiss, 1980) i Klarkova kognitivna teorija (Clark, 1986). U tom smislu, OnA se posmatra kao faktor koji pojačava anksioznost i predstavlja dispozicioni faktor u etiologiji anksioznih poremećaja. Na temelju Raisove teorije osetljivosti na anksioznost moguće je objasniti vrlo jasnu razliku između agorafobije (snažno povezane sa paničnim napadima) i drugih oblika fobija. OnA, kao fundamentalni strah, leži u osnovi agorafobije, te pridonosi javljanju paničnih napada, dok je u osnovi ostalih fobičnih stanja, drugi osnovni strah, tj. osetljivost na bolest i /ili povrede. Na primeru ćemo to bolje objasniti. Osoba koja pati od agorafobije, reći će da se plaši letenja avionom, zato što bi boravak u avionu mogao doprineti razvoju paničnog

napada (osetljivost na anksioznost), dok će osoba sa problemom fobije reći da izbegava vožnju avionom jer se boji da će se avion srušiti (osetljivost na povredu).

Već pomenuta Klarkova kognitivna teorija panike (1986), pruža jedan koristan model za razumevanje uloge OnA u procesu nastanka problema iz spektra mentalnog zdravlja. Isprekidano disanje, ubrzano lupanje srca i drugi znakovi anksioznosti, osim što služe kao uslovna draž, izazivaju kod ljudi sa paničnim poremećajem i strah da će im se nešto loše dogoditi, da će „poludeti ili umreti“ i tako se ta anksioznost, koja je prvovremeno samo blagog ili umerenog inteziteta, pretvara u još snažniji strah koji daljim nadograđivanjem formira „začaran krug“: fizički simptomi - katastrofične interpretacije - pojačana anksioznost - panika - pojačani fizički simptomi - pojačana anksioznost - panika (Clark, 1986). Početak ovog kruga je u strahu od telesnih senzacija povezanih s anksioznošću. Prema ovim teorijama, povišena anksioznost i/ili fiziološko uzbuđenje kojima je svako od nas sklon, tokom stresnih perioda postaje stimulus koji može da pokrene začarani krug i stalno pojačava anksioznost, pa čak i paniku kod osoba sklonijih osetljivosti na simptome anksioznosti. Sklonost ka katastrofiziranju bi se povratno objasnila povišenom OnA. S druge strane, osobe koje imaju nisku osetljivost na anksioznost, ove simptome bi tumačile kao prolazne i bezazlene (Elwell, 2004).

Kognitivni modeli teoretičara Arona Beka (Beck, Epstein, Brown, & Steer 1988) i Davida Barlova (Barlow, 2002) naročito su značajni u kontekstu proučavanja konstrukta OnA, zbog isticanja uloge telesnih senzacija u nastanku anksioznih poremećaja, naročito panike. Uloga kognitivnih faktora u interpretaciji telesnih procesa do danas je potvrđena u dostupnim studijama (Chambless et al., 2000). Iako se jedno vreme smatralo da osobe sa paničnim poremećajem pogrešno interpretiraju sve preteće događaje, istraživanja su pokazala da se ipak dominantno radi o telesnim senzacijama. Naime, osobe sa problemom paničnog poremećaja se razlikuju od osoba sa ostalim anksioznim poremećajima upravo po tome što su bili skloniji negativnom tumačenju vlastitih telesnih senzacija, što nije slučaj sa socijalnim situacijama i interakcijama. Osobe koje pate od paničnog poremećaja, pogrešno tumače isključivo vlastite telesne senzacije, ali ne i isti proces kod drugih osoba. To znači da se kod osoba sa paničnim poremećajem, radi o specifičnoj povezanosti između katastrofične interpretacije i straha od vlastitih telesnih senzacija, a ne o opštem uverenju da su te senzacije za sve ljude potencijalni znak opasnosti (Chambless et al., 2000).

Osetljivost na anksioznost i depresija

Teorijski, koncept OnA se u početku dovodio u vezu sa različitim formama psihopatološkog ispoljavanja, dok je depresija izostajala sa te liste. Verovatno, zato što intuitivno nije bilo lako sagledati razloge njihove povezanosti, osim što su, šire gledano, povezani sa negativnim afektom. Kroz vreme je postao jasniji značaj akcentovanja i razumevanja stanja teorijske konceptualizacije koja se tiče istraživanja u vezi povezanosti anksioznosti i depresije, sa posebnim osvrtom na osetljivost na anksioznost kao konstrukt. Dok jedan broj postojećih studija nudi pokazatelje da je OnA faktor rizika za razvoj anksioznih poremećaja, drugi broj studija pronalazi vezu između OnA i depresije (Otto, Pollack, Fava, Uccello, & Rosenbaum, 1995; Taylor, Koch, Woody, & McLean, 1996; Van der Does, Duijsens, Eurelings-Bontekoe, Verschuur, & Spinhoven, 2003).

Prve podsticaje za bliže sagledavanje problema povezanosti OnA i depresije potiču od istraživanja Ota i saradnika (1995), koji su ukazivali na povišene OnA skorove kod depresivnih pacijenata, čak i onih koji nisu imali komorbidnu dijagnozu anksioznog poremećaja. Dijagnoza depresije je bila povezana sa faktorom kognitivne diskontrole, odnosno sa onim delom osetljivosti na anksioznost koji se naziva frenofobija i često se pominje kao faktor rizika za depresiju. Lako je objasniti povezanost s obzirom da u odlike depresije spadaju nedostatak koncentracije i teškoće u donošenju odluka. Ovaj faktor neki autori su nazvali „forma osetljivosti na anksioznost koja je specifična za depresiju“ (Cox, Borger, & Enns 1999).

Na uzorku ispitanika koji u komorbiditetu sa paničnim poremećajem pate od major depresije pronađena je povišena OnA ($M = 40.3$, $SD = 11.3$) u odnosu na pacijente sa paničnim poremećajem bez depresije ($M = 31.4$, $SD = 9.6$), (Taylor et al., 1996). Postoje podaci o povezanosti KOnA ili tačnije frenofobije (tj. strah od gubitka kognitivne kontrole), kao jednog od faktora OnA i depresije (Schmidt, Lerew, & Jackson, 1997; Zinbarg, Brown, Barlow, & Rapee, 2001). Problemi sa koncentracijom su obično uključeni u ispoljavanje depresivne simptomatologije, a to može da podrži strah od gubitka kognitivne kontrole, kao faktor rizika za razvoj anksioznih poremećaja. Osobe koje imaju specifične strahove u okviru frenofobičnih ispoljavanja su postajale anksiozne kada su bile suočene sa kognitivnom problematikom (Taylor et al., 1996;

Cox, Enns, & Taylor, 2001). Strah od gubitka kognitivne kontrole je konceptualno u skladu sa osetljivošću na anksioznost. Simptomi kao što su slaba koncentracija i sa njom u vezi simptomi derealizacija i depersonalizacija, mogu da doprinesu razvoju specifičnih strahova, kao što je strah od trajne depresije ili intelektualne neefikasnosti (Cox et al., 2001).

Takođe, istraživanja ukazuju na verovatnoću postojanja istog atribucionog stila prisutnog kod OnA, koji je u vezi sa kognitivnim distorzijama, kao što su „katastrofiziranje“, koji dovode do depresivnog poremećaja (Otto, et al., 1995). Simptomi depresije i anksioznosti kovariraju, te je moguće tvrditi, da postoje i jedinstvene i preklapajuće osobine depresije i anksioznosti kao što je slučaj u trojnom modelu Votsona i Klarka (Watson & Clark, 1992) i Brovna, Korpita i Barlova (Brown, Chorpita & Barlow 1998). Ovaj model je istraživački potkrepljen, gde je pronađeno da sadrži specifičan faktor anksioznosti (fiziološku hipersenzitivnost), kao i faktor specifičan za depresiju (tj. anhedoniju). Ovaj model je obezbedio polaznu osnovu za studiju (Brown, et al., 1998), koja je registrovala zajedničke karakteristike anksioznosti i depresije (npr. negativno raspoloženje) i podržala preciznije analize osobina koje su jedinstvene za oboje (Schmidt, et al., 1998).

Moguće je kada se posmatra trojni model, zapaziti korelaciju između OnA i fiziološke hipersenzitivnosti, dok OnA i anhedonija izgleda nemaju specifičan odnos predisponirajućeg faktora i simptoma. Ovo potvrđuje stanovište da je povišeni nivo OnA faktor predikcije za napade panike i panični poremećaj, koji su možda najtipičniji primeri ispoljavanja fiziološke hipersenzitivnosti (Schmidt, et al., 1998), dok nikako ne isključuje da neki od simptoma specifičan za depresiju nije povišen u ispoljavanju OnA u prisustvu anksioznosti. No, kada posmatramo trojni model, moguće je zapaziti da OnA pozitivno korelira sa negativnim raspoloženjem na nespecifičnim nivoima, dok direktno ne utiče na anhedoniju (Schmidt, et al., 1998).

Takođe, kao što je pomenuto u studiji Tejlora i saradnika (Teylor et al., 1996), jedan od faktora prvog reda OnA povezan je sa depresijom. Pronađeno je da je faktor u okviru konstrukta OnA, strah od gubitka kognitivne kontrole, povezan sa specifičnim karakteristikama anksioznosti i depresije (Schmidt, et al., 1998; Zinbarg, et al., 2001).

Dosadašnja istraživanja koja ukazuju na povezanost faktora kognitivne diskontrole sa depresijom ali ne i sa crtom anksioznosti, idu korak dalje krećući se ka

zaključku da frenofobija ima više uloga, da ona možda nije samo briga o depresivnim simptomima ili anksiozna depresija. To predstavlja podlogu da neki autori predlažu strah od depresije (osetljivost na depresiju) koji je širi od same frenofobije, pošto postoje i drugi simptomi depresije koji se mogu interpretirati kao indikatori štetnih posledica. Kliničari i praktičari, prepoznaju ovo stanovište kao posebno značajno u odnosu na osobe koje se nakon depresivne epizode plaše relapsa. Tako su Tejlor i saradnici (Teylor et al., 1996) došli do koncepta strah od tuge, a Nolen-Hoksema (Nolen-Hoeksema, 1991) do hipoteze o ruminaciji, koja glasi da ruminacija o depresivnom raspoloženju održava simptome depresije. Osetljivost na depresiju bi mogla da objasni šta je izvor ruminacije. Koks i saradnici (Cox et al., 1999) opisuju osetljivost na depresiju kao predispoziciju da se reaguje na depresivno raspoloženje i depresivne simptome tako da se simptomi pojačavaju, usled njihove užasavajuće misaone interpretacije. Sve su to razlozi koji pred istraživače postavljaju nov zadatak, kako da se bolje istraži i razjasni veza depresije i straha od kognitivne diskontrole.

Prema dosadašnjim nalazima, korelacije između celokupnog instrumenta ASI i Bekovog inventara depresije (BDI II) (Beck, Steer & Brown, 1996) su najčešće oko .41 (Smári, Erlendsdóttir, Björgvinsdóttir, & Ágústsdóttir, 2003). Za razliku od straha od kognitivne diskontrole, faktor straha od fizičkih simptoma, povezan je samo sa crtom anksioznosti. Iz toga sledi da je strah od fizičkih simptoma upravo ona subkomponenta OnA koja razlikuje depresiju od anksioznosti. Koncept OnA bi u tom smislu mogao da ponudi i objašnjenje povezanosti anksioznosti i depresije, kroz njihovu interakciju sa specifičnim i zajedničkim komponentama (Smári, et al., 2003).

U prethodna dva poglavlja, bavili smo se funkcionalnim karakteristikama dinamičkih procesa koji se dešavaju u okviru intrapsihičkog sveta, kao i između pojedinca i njegove psihosocijalne sredine. Transakcije se dešavaju kroz funkcionalne domene koji predstavljaju načine izražavanja regulatornih akcija (ponašanja), kognitivnih procesa i unutrašnjih mehanizama, koji kordiniraju, transformišu i kontrolišu razmenu između unutra i spolja. Iz perspektive funkcionalnog domena bavili smo se pitanjem odnosa konstrukta osetljivosti na anksioznost, anksioznih poremećaja i depresije.

Nasuprot funkcionalnim, strukturalni atributi predstavljaju duboko usađene i relativno trajne obrasce sećanja, stavova, potreba, strahova i konflikata koji utiču na

iskustvo i transformišu prirodu životnih događaja. Strukturalni domeni mogu biti shvaćeni kao supstrati i dispozicije za delovanje, te u skladu sa tim pitali smo se u daljem toku rada, kakav odnos postoji između konstrukta osetljivosti na anksioznost i strukturalnih, trajnih, usađenih elemenata ličnosti, određivši fokus na crte anksioznosti.

Osetljivost na anksioznost i crte anksioznosti

Identifikacija pojedinačnih razlika konstrukta koji se tiču anksioznosti, igra značajnu ulogu u razumevanju etiologije anksiozne patologije. To su važne varijable koje se moraju uzeti u obzir u prevenciji, tretmanu i održavanju simptoma. Dva takva konstrukta su osetljivost na anksioznost i crte anksioznosti, te je njihova povezanost predmet debate kako među teoretičarima, tako i među praktičarima. Jedan od načina rasvetljavanja odnosa ova dva koncepta jeste njihova međusobna korelacija.

Postoji mnogo varijacija u ljudskim tendencijama da osećaju anksioznost. Mali intenzitet stimulusa će kod nekih osoba rezultirati iskustvom anksioznog ispoljavanja, dok je kod drugih ljudi potreban ekstremno intenzitet stresnih okolnosti pre nego što prijave da osećaju anksioznost. Ove varijacije u sklonosti prema anksioznosti, navedene su u konstruktu crta anksioznosti (Reiss & McNally, 1985). Iste pojedinačne razlike među ljudima nađene su u njihovom strahu od simptoma anksioznosti. Dok neki ljudi vlastite telesne senzacije doživljavaju samo kao neprijatnost, neki drugi su pak u stalnom iščekivanju tih senzacija kao izvora opasnosti. Ove pojedinačne razlike navedene su u konstruktu OnA (Reiss & McNally, 1985). Crta anksioznosti se odnosi na spremnost da se strahom odgovori na širok dijapazon stresora, dok je OnA varijabla individualnih razlika koja se odnosi na specifičnu tendenciju da se strahom odreaguje na sopstvene telesne senzacije (simptome anksioznosti) (McNally, Horning, Hoffman, & Han, 1999).

Prvobitna pitanja u studijama koje se bave osetljivošću na anksioznost ticala su se dileme da li su crte anksioznosti i osetljivost na anksioznost različiti entiteti? Neki autori smatraju da je OnA crta anksioznosti samo pod novim imenom, a da istraživanja koja ukazuju na njihovu nezavisnost koriste loše mere koje ne uspevaju da obuhvate multidimenzionalnost OnA i crte anksioznosti (Smári, et al., 2003). Ovo shvatanje je podržano istraživanjima koja ukazuju na preklapanje ova dva konstrukta, posebno onim

koja objašnjavaju OnA kao niži faktor crte anksioznosti, njegovu komponentu i ukazuju na visoku korelaciju crte anksioznosti i osetljivosti na anksioznost (Bernard, Dollinger, & Ramaniah, 2002). S druge strane, ima i onih koji smatraju da se osetljivost na anksioznost, razlikuje od crte anksioznosti. Aktuelno izgleda da postoji saglasnost da anksiozna osetljivost jasno pokazuje jednu empirijski i konceptualno posebnu pojedinačnu varijablu različitu od anksioznosti kao crte. Crte anksioznosti se posmatraju kao viši red ili konstrukt trećeg reda, koji ukazuje na pojedinca koji generalno teži da iskusi strah kao odgovor na stresore (Lilienfeld et al., 1993).

OnA ukazuje na pojedinca koji posebno teži da iskusi strah kao odgovor na njegove ili njene simptome anksioznosti. Posmatra se kao konstrukt nižeg reda ili drugog reda. Prema Raisu, Raisu i Meknaliju, (Reiss, 1987, 1991; Reiss & McNally, 1985) faktori osetljivosti na povrede i strah od negativne evaluacije variraju sa osetljivošću na anksioznost kao rezultat njihovih zasićenja na faktoru trećeg reda, crta anksioznosti (Lilienfeld, 1996; McNally, 1989).

Dosta se stvari uradilo da bi se podržao stav da OnA nije samo deo crte anksioznosti. Teylor i saradnici (Teylor et al., 1998a) su pregledom literature zaključili da se korelacije ove dve mere kreću od .07 do .55, sa srednjom vrednošću koja iznosi .46, što znači da u proseku dele oko 21% varijanse. S obzirom da je u pitanju umerena korelacija, zaključuju da su u pitanju različiti konstrukti (McWilliams & Cox, 2001).

Rais (Reiss, 1997) navodi nekoliko osnovnih obeležja između osetljivosti na anksioznost i crte anksioznosti od značaja za njihovu diferencijaciju. U predviđanju budućih doživljaja anksioznosti i straha, osetljivost na anksioznost i crta anksioznosti temelje se na različitim indikatorima: pomoću crte anksioznosti moguće je predviđati buduće anksiozne simptome na temelju prošlih, sličnih iskustava, dok se pomoću OnA mogu predviđati budući strahovi na temelju jačine verovanja u posledice tih strahova, nezavisno od frekvencije i intenziteta anksioznih iskustava u prošlosti. Budući da „prošla iskustva anksioznosti“ i „verovanja u posledice anksioznosti“ nisu isti fenomeni, nameće se zaključak da OnA i crta anksioznosti nisu isti konstrukti. Nadalje, iako i osetljivost na anksioznost i crta anksioznosti uključuju sklonost doživljavanju anksioznosti i straha u budućnosti, događaji koji će im prethoditi javljaju se u različitim uslovima. Na temelju crte anksioznosti predviđaju se stanja anksioznosti u situacijama psihološke pretnje. Nasuprot tome, na temelju OnA predviđa se javljanje straha u

situacijama kada osoba doživljava anksioznost. Budući da su rezultati istraživanja na ovom području bili često nekonzistentni, Rais (Reiss, 1997) je upozorio na oprez prilikom donošenja zaključaka zbog nejasnoća koje postoje u definisanju koncepta crte anksioznosti u postojećim mernim instrumentima, smatrajući da su sami instrumenti koji se koriste, izvor moguće greške u zaključivanju.

Naime, Rais je smatrao da upitnici anksioznosti često mere i više od onoga što je planirano. Pri tome se osvrnuo na jedan od najčešće korišćenih mernih instrumenata - Spilbergerovu skalu crte anksioznosti (STAI-T). Za razliku od ASI-ja, STAI-T čine samo kognitivni simptomi. Prema Raisu, STAI-T nije prava mera crte anksioznosti s obzirom da zahvata i depresiju i nedostatak samopouzdanja. STAI ustvari meri koncept koji je sličniji Frojdovoj "neurotičnoj anksioznosti" nego crti anksioznosti kako je ona danas operacionalizovana. Pri tome Rais ne dovodi u pitanje valjanost tog upitnika, već prvenstveno upozorava na oprez prilikom interpretacije rezultata, a naročito u slučajevima kada se ispituje fenomenologija nekog novog konstrukta, u ovom slučaju osetljivosti na anksioznost (Reiss et al. 2001; Reiss, 1997).

Vodeći se ovim zamerama, Merviliams i Koks (McWilliams & Cox, 2001) su svojim istraživanjem pokazali da je povezanost umanjena upravo zahvaljujući multidimenzionalnosti ASI-ja, kao i ajtema STAI-T koji se odnose na kognitivne simptome, ističući da među ovim konstruktima postoji veća povezanost nego što se očekivalo. Ličnost je slojevita, te je evidentan njen prodor na temelju psihopatologije. Pored anksioznosti kao crte u poslednje dve decenije, primećeno je veliko interesovanje za ispitivanje odnosa između osobina ličnosti i subjektivnih komponenti emocionalnih stanja (Aliik & Realo, 1997; Harris & Lucia, 2003; Watson & Clark, 1992).

Ličnost u petofaktorskom modelu

Vremenom su istraživači punu pažnju poklanjali modelu Velikih pet, dodeljujući mu različit konceptualni status (Pervin & Lawrence, 2008). Ovaj model ličnosti danas predstavlja dominantnu paradigmu u savremenim teorijama ličnosti i polazna je osnova za istraživanja (Pervin & Lawrence, 2008).

Model Velikih pet se tokom vremena svog razvoja kretao od njegovog tumačenja, gde su ga posmatrali kao pogodan model za opis konzistentnih obrazaca

mišljenja, osećanja i ponašanja, bez tendencije da objasni što stoji u pozadini. Nekoliko teorija je Velikih pet konceptualizovalo kao relacione konstrukte, ističući da je reč o obrascima mišljenja, osećanja i ponašanja osobe u relaciji sa drugim. Po njima, oni opisuju relativno trajne obrasce interpersonalnih situacija koje se često ponavljaju tokom života. Evolucionističke teorije tvrde da se Velikih pet odnosi na „mehanizme za uočavanje različitosti” koji omogućavaju ljudima da opaze individualne razlike važne za opstanak i reprodukciju (Pervin & Lawrence, 2008).

Petofaktorski model ličnosti je prvenstveno rezultat operacionalizacije strukture ličnosti. Kosta i Mek Kri (Costa & McCrae, 1992) vide Velikih pet kao uzročne dispozicije ličnosti, smatrajući da oni dobrim delom potiču iz bioloških struktura i procesa. U svojoj teoriji oni razlikuju „osnovne tendencije” i „karakteristične adaptacije”. Po ovom konstrukt crte ličnosti su bazične tendencije koje odražavaju apstraktne potencijale koji leže u osnovi ličnosti, dok su stavovi, uloge, odnosi i ciljevi karakteristične adaptacije nastali kao rezultat interakcije bazičnih tendencija i sredinskih zahtjeva akumuliranih tokom vremena (Pervin & Lawrence, 2008). Polazeći od navedenog polazišta osnovne tendencije ostaju stabilne tokom vremena, dok karakteristične adaptacije mogu tokom života da se znatno menjaju. Ovaj model Koste i Mek Kria je hijerarhijski model ličnosti, koji obuhvata pet osnovnih faktora ili domena: neuroticizam, ekstraverziju, otvorenost ka iskustvu, saradljivost i savesnost. Osim pronalaženja osnovnih, velikih, široko-obuhvatnih crta, ovi autori se opredeljuju i za pronalaženje nivoa nižeg reda (koji se još nazivaju aspekti, atributi, facete). U potrazi za njima, oni se odlučuju za tzv. od vrha ka dnu (“top-down”) pristup hijerarhijskoj proceni ličnosti. U literaturi pronalazimo slaganje većine istraživača kada je reč o dimenzijama najvišeg nivoa ličnosti, dok to nije slučaj prilikom specifikacije užih crta, na nižem nivou. Nekoliko modela predlaže različit broj specifičnih crta, hijerarhijski nižeg nivoa, ali istraživanja do sada nisu potvrdila superiornost nijednog modela (Knežević, Džamonja-Ignjatović i Djurić-Jočić, 2004), te je struktura i sadržaj dimenzija nižeg reda i dalje predmet rasprava i istraživanja (Knežević i sar., 2004; Šaula, 2012). Instrument koji je nastao u okrilju Petofaktorskog modela ličnosti je NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992).

Postoji ideja da određene kategorije psihopatološkog ispoljavanja definišu uz pomoć petofaktorskog modela (McCrae & Costa, 1991), što je naznaka ideje da se

karakteristike ličnosti tretiraju kao psihološki faktori vulnerabilnosti za nastanak afektivnih poremećaja. U poslednje dve decenije povećano je interesovanje za ispitivanje odnosa između osobina ličnosti i emocionalnih stanja (Aliik & Realo, 1997; Harris & Lucia, 2003; Watson & Clark, 1992). Neuroticizam i ekstraverzija se u okviru petofaktorskog modela ličnosti navode kao najčešće osobine ličnosti koje predisponiraju kod jedinki emocionalne reakcije. One pokazuju najveću povezanost sa bazičnim dimenzijama afekta (David, Green, Martin, & Suls, 1997; Lucas & Fujita, 2000; Watson & Clark, 1992). Ekstraverzija je visoko pozitivno povezana sa naglašenim pozitivnim afektivitetom, faktor opšteg zadovoljstva i entuzijazma, tj. sklonost ka doživljavanju prijatnih afektivnih stanja, dok je neuroticizam visoko pozitivno povezan sa negativnim afektivitetom, tj. dimenzijama nezadovoljstva, te sklonosti ka doživljavanju negativnih emocija. Ovakva povezanost je utvrđena bez obzira na to je li reč o trenutnim raspoloženjima ili o trajnoj podložnosti pozitivnom ili negativnom afektivitetu (David et al., 1997; Lucas & Baird, 2004). Regstruje se pozitivna povezanost otvorenosti ka iskustvu i pozitivnog afektiviteta, koja je uglavnom konzistentna, dok dimenzije saradljivost i savesnost ispoljavaju pozitivnu povezanost sa pozitivnim afektivitetom, a negativnu sa negativnim afektivitetom (Aliik & Realo, 1997; McCrae & Costa, 1991; Watson & Clark, 1992). U literaturi nije pronađen znatan broj istraživanja u kojima su ispitivani odnosi dimenzija ličnosti i specifičnih afektivnih stanja. Ipak, ono što se sa sigurnošću može izdvojiti je to da je neuroticizam konzistentno pozitivno povezan sa skoro svim negativnim emocionalnim stanjima, odnosno sa strahom, tugom, krivicom i hostilnošću (Aliik & Realo, 1997; Garrity & Demick, 2001; Watson & Clark, 1992). OnA je do sada istraživana dominantno u kontekstu modela Velikih pet (Cox, Borger, Taylor, Fuentes, & Ross, 1999) uz sugestiju da ovaj konstrukt predstavlja jednu od faceta neuroticizma (Naragon-Gainey, 2010).

Najveće dileme na ovom području bile su vezane za strukturu OnA. Multidimenzionalne konceptualizacije OnA postavljaju važna pitanja o prirodi ovog konstrukta i njegove uloge u psihopatologijama povezanim sa anksioznošću. Na primer, do koje mere različiti nivoi konstrukta (npr., globalni nasuprot, dimenzionalnim) objašnjavaju psihopatologiju povezanu sa anksioznošću? Da li mogu istraživači i kliničari da dobiju korisnije informacije iz skorova na subskalama nego iz ukupnih

skorova o merama OnA? Sva ova pitanja sa sobom su povlačila potrebu za jasno utemeljenom merom kojom bi se ovaj konstrukt proverio.

Faktorska struktura operacionalizacija konstrukta OnA

Imajući na umu pretpostavljenu ulogu konstrukta OnA, njegov značaj u etiologiji i održavanju anksioznih poremećaja, te samim tim jasne potrebe da se razvije dobro utemeljena mera kojom bi se koncept proverio, u poslednjih nekoliko decenija dizajnirana su četiri upitnika koja su privukla veću pažnju akademske javnosti, a čije psihometrijske karakteristike i faktorska struktura nastavljaju da budu još uvek predmet istraživanja.

Da bismo objasnili teorijsku važnost problematike faktorske strukture ovog konstrukta moramo se osvrnuti na Raisovo shvatanje osnovnih strahova, koje je u korenu osetljivosti na anksioznost, postavljajući pitanje da li OnA ispunjava kriterijume za fundamentalan strah. Kao što je već navedeno, po Raisu, (1991) da bi strah bio fundamentalan, potrebno je da ispunjava dva kriterijuma: 1) da je to strah od stimulusa koji su neprijatni većini ljudi; 2) da se razlikuje od ostalih fundamentalnih strahova i da se ne može svesti na druge fundamentalne strahove. Jasno nam je da OnA ispunjava prvi kriterijum. Dok odgovor vezan za drugi kriterijum u velikoj meri leži upravo u faktorskoj strukturi konstrukta.

Suštinsko konceptualno pitanje se odnosi na strukturu fenomena OnA. Na jednoj strani grupa istraživača zastupa poziciju po kojoj je reč o jednodimenzionalnom konstrukt (npr. Reiss & McNally, 1985), dok na drugoj strani pojedini autori sugerišu da se radi o konstrukt višedimenzionalne strukture (npr. Taylor, Zvolensky & Deacon, 2007). Konceptualni problem definisan na ovakav način ima svoje implikacije za operacionalizaciju i validaciju konstrukta.

Indeks osetljivosti na anksioznost (ASI)

Najčešće korišćenu operacionalizaciju konstrukta OnA su razvili Rais i saradnici i nazvali je *Indeks osetljivosti na anksioznost* (Anxiety Sensitivity Index, ASI) (Peterson & Plehn, 1999). Reč je o upitniku samoprocene raznih simptoma anksioznosti koji je

nastao sa ciljem da se identifikuju individue koje su pod rizikom, kako bi im se mogla pružiti adekvatna pomoć i kako bi se sprečio razvoj patološke anksioznosti (Elwell, 2004).

Pitanje faktorske strukture ASI nije sasvim razjašnjeno, u početnim fazama bavljenja konstruktom istraživači su bili manje usaglašeni, dok, kretajući se ka novijim izvorima primećujemo prevalentniji stav o tome da se govori ili o trofaktorskom rešenju ili nekoj varijaciji 3-1 hijerarhijske/bifaktorske strukture (e.g Deacon, & Abramowitz, 2006; Hinton, Pich, Safren, Pollack, & McNally, 2005; Zinbarg, et al., 2001, Olatunji et al., 2005).

Iako je OnA definisana kao unitarni, jednodimenzionalni konstrukt (McNelly, 2002) empirijske studije ukazuju na hijerarhijski organizovanu, multidimenzionalnu strukturu koja se sastoji od jednog faktora višeg reda i određenog broja faktora nižeg reda, o čijem broju je u prošlosti postojalo sve manje saglasnosti (npr. Rodriguez, Bruce, Pagano, Spencer, & Keller, 2004). Istraživanja poput Meknelijevog, potvrđuje teoriju očekivanja prema kojoj se OnA shvata kao jednodimenzionalan konstrukt, a samim tim i kao fundamentalni strah (McNally, 2002). Međutim, brojna druga istraživanja su podržala multifaktorsku strukturu, u kojoj postoje najmanje tri do četiri faktora prvog reda (Reiss et al., 2001; Zinbarg, Barlow, & Brown, 1997). Neke studije sugerišu postojanje jednog faktora (Sandin, Chorot, & McNally, 1996), neke druge pak navode dva (Asmundson, Frombach, & Hadjistavropoulos, 1998; Cintrón, Carter, Suchday, Sbrocco, & Gray, 2005; Schmidt & Joiner, 2002), dok neke ističu četvorofaktorsku strukturu (Vujanovic, Arrindell, Bernstein, Norton, & Zvolensky, 2007). Dvofaktorsko rešenje je dobijeno u istraživanju Asmundsona i saradnika (1998): 1) Strah od somatskih senzacija i 2) Strah od kognitivne i emocionalne diskontrole; slično kao u istraživanju Smita i Džoiner (Schmidt & Joiner, 2002) u kome su dobijena dva faktora: Strah od mentalne katastrofe i Strah od kardio-pulmonarnih senzacija.

Latentna struktura koja ukazuje na hijerarhijsko rešenje, tj. postojanje jednog faktora višeg i tri faktora nižeg reda replicira se u najvećem broju istraživanja (e.g. Jurin, Jokić-Begić, & Korajlija, 2011; Rodriguez et al., 2004; Taylor, 1999; Vukosavljević-Gvozden, Batinić i Peruničić, 2012; Zinbarg et al., 1997; Zvolensky, McNeil, Porter, & Stewart, 2001). Faktori nižeg reda su imenovani kao strah od telesnih senzacija/zabrinutost za fizičko funkcionisanje/fizička osetljivost na anksioznosti

(FOnA), strah od gubitka kognitivne kontrole/zabrinutost za kognitivno funkcionisanje/kognitivna osetljivost na anksioznosti (KOnA) i strah od manifestacija anksioznosti u socijalnim uslovima/zabrinutost za socijalno funkcionisanje/socijalna osetljivost na anksioznost (SOnA). Faktor višeg reda je imenovan kao generalna osetljivost na anksioznost (GOnA).

Studije ukazuju da treći faktor, SOnA ima relativno nisku unutrašnju konzistentnost i da objašnjava najmanji procenat varijanse OnA, verovatno zato što se sastoji samo od dve tvrdnje (e.g. Zvolensky et al., 2001). Konačno neka istraživanja ukazuju na postojanje ajtema koji su još uvijek nejasni (Taylor & Cox, 1998a). Prema Zinbargu izdvajaju se tri faktora nižeg reda: 1) Strah od fizičkih senzacija (koji se odnosi na strah od različitih fizioloških anksioznih senzacija), 2) Strah od anksioznosti i simptoma anksioznosti koji se ispoljavaju u javnosti (strah da će drugi ljudi primetiti anksiozne simptome) i 3) Strah od mentalne nesposobnosti (strah od negativnih psiholoških posledica koje su povezane sa anksioznošću) (Zinbarg, Mohlman & Hong, 1999). Moguće je da se i ovi faktori mogu svesti na druge osnovne strahove.

Studije koje su rađene u različitim kulturama takođe ukazuju na postojanje varijabilnosti u broju faktora. Faktori iz studija koje ispituju faktorsku strukturu (ASI), ispitivani su na uzorku koji je u svom sastavu uključivao i belce i crnce. Na navedenom uzorku pronašli su hijerarhijsku strukturu, opšti faktor i tri domen specifična faktora: zabrinutost o mentalnoj nesposobnosti, zabrinutost o fizičkom zdravlju i socijalnu zabrinutost (Mohlman & Zinbarg, 2000; Zinbarg & Barlow, 1996; Zinbarg, et al, 1999). Na uzorku koji je u svom sastavu uključio deo populacije iz Afrike i deo iz Azije, Karter i saradnici (Carter et al., 1999) su pronašli dimenzije: socijalnu zabrinutost i mentalnu nesposobnost, koje odgovaraju onima koje je pronašao Zinbarg, iako su drugačije imenovani. Nasuprot istraživanjima Zinbarga, treći faktor, strah od fizičkih simptoma, u ovom slučaju je bio podeljen na dva odvojena faktora - nestabilna zabrinutost i kardio-vaskularna zabrinutost (Zvolensky, Arrindell, Taylor, Bouvard, Cox & Stewart, 2003). Suprotno ovome, u pokušajima da se ispita validnost konstrukta OnA među španskom kliničkom populacijom, pronalazi se potvrda za postojanje jednofaktorske strukture ASI (Sandin, et al, 1996). Istraživanje rađeno u Holandiji ukazalo je na četvorofaktorsko rešenje koje čine sledeći faktori: 1) strah od kognitivnih simptoma, 2) strah od simptoma vidljivih javnosti, 3) strah od kardio-respiratornih i

gastro-intestinalnih senzacija i 4) strah od drhtanja i nesvestice (Vujanovic i sar., 2007). Zvolanski tvrdi da OnA prevazilazi geografske, lingvističke i kulturološke granice, tvrdeći postojanje nekih opštih sličnosti po pitanju dimenzija (Zvolensky et al., 2003), nasuprot njemu Vujanović zaključuje da su različiti faktori produkt jedinstvenosti sociokulturnih iskustava u učenju koje je povezano sa anksioznošću (Vujanovic i sar., 2007), čemu se pridružuje i studija koja ispituje konstrukt na populaciji Portorikanca, čiji nalazi ukazuju na isti zaključak (Cintro'n, Carter, Suchday, Sbrocco, & Gray 2005).

Povezanost ASI sa naslednim i demografskim varijablama

Pored faktorske valjanosti upitnika koji meri konstrukt OnA u većem broju istraživanja autori su se bavili analizom ASI u odnosu na starosne, polne i genetsko-sredinske varijable.

ASI i varijabla uzrast

Istraživanja u vezi sa OnA dugo vremena je bio predmet isključivo na uzorku odraslih ispitanika, jer se smatralo da deca mlađe dobi nemaju kognitivnu zrelost za proces atribucije kao važan u razvoju konstrukta. Potvrdu da deca mogu naučiti da su fiziološki simptomi povezani sa negativnim posledicama i razviti verovanja vezana za negativnu prirodu uzbuđenja vezanog za anksioznost dao je Rais u svojim istraživanjima. U sklopu teorije motivacije Rais je izneo nalaz, da je moguće izolovati osetljivost na anksioznost već u ranoj dobi (Reiss et al., 2001), te da se povišeni nivo osetljivosti na anksioznost javlja kod dece uzrasta od 7 do 14 godina, što može biti pouzdan prediktor razvoja paničnog poremećaja u dobi od 16 do 30 godina. Još uvek nije istraženo da li se OnA javljaju i na nižim uzrastima, kao ni da li su povezane sa kognitivnim razvojem. Inspirisana Raisovim studijama, Vendi Silverman je konstruisala skalu osetljivosti na anksioznost za decu pod nazivom *Indeks anksiozne osjetljivosti za djecu - CASI (Childhood Anxiety Sensitivity Index*, Silverman, Fleisig, Rabian, & Peterson 1991). Autorka je i sama pokazala da individualne razlike u ispoljavanju OnA postoje već na uzrastu od 7-8 godina.

ASI i varijabla porekla

Drugo važno pitanje koje se postavlja pred nama je, da li je OnA više urođena ili stečena? Dostupna istraživanja stoje u diskrepanci, jedna upućuju na postojanje genetske predispozicije za povišen nivo osetljivosti na anksioznost, dok druga upućuju na značaj faktora učenja kao dominantnog. Istraživanje Vata i Stiverta je pokazalo da samo 11-12% varijanse ASI skora može biti objašnjeno iskustvenim učenjem (Watt & Stewart, 2000). U drugoj studiji Tejlor i Koks (Teylor & Cox, 1998a) iznose pretpostavku da iskustveno učenje u detinjstvu utiče na razvoj osetljivosti na anksioznost u zreлом životnom dobu. Nasuprot navedenom, studija sprovedena na blizancima, utvrđuje je da 45% varijanse može biti objašnjeno genetskom komponentom, dok je više od polovine varijanse objašnjeno situacionim faktorima (Elwell, 2004). Indeks heritabilnosti za konstrukt osetljivosti na anksioznost nije mali, iako je ipak zanemariv u odnosu na visoku heritabilnost koeficijenta inteligencije, koji je čak oko 90%, gde pronalazimo da je u većini industrijskih zemalja prosečan rezultat na testovima inteligencije rastao u rasponu od 0.3 do 10 IQ jedinica za deset godina (Nuffield Council on Bioethics, 2002).

ASI i varijabla pol

Kada je reč o pitanju postojanja razlika u polu u odnosu na stepen ispoljavanja OnA, rezultati su prilično neusaglašeni. Većina istraživanja je pokazala da žene imaju viši nivo osetljivosti na anksioznost u odnosu na muškarce, sa druge strane, postoje i ona koja tvrde da ne postoje statistički značajne razlike. Stjuart, Tejlor i Bejker (Stewart, Taylor, & Baker, 1997) su našli razlike po određenim dimenzijama, tako da žene imaju povišene skorove na dimenziji straha od fizičkih simptoma, dok muškarci imaju povišene skorove na dimenzijama socijalne zabrinutosti i psihološke zabrinutosti. Ove razlike se objašnjavaju u skladu sa polnim ulogama koje se stiču socijalizacijom, imajući na umu da muškarci od ranog djetinjstva bivaju učeni da više brinu o socijalnim i psihološkim posledicama anksioznih simptoma s obzirom da nije primereno pokazivati anksioznost, niti gubiti kontrolu u javnosti (Peterson & Plehn, 1999).

Teškoće koje se javljaju sa Indeksom osetljivosti na anksioznost (ASI)

Dugogodišnji kritičar Raisovih postavki o konstruktivnosti OnA, Skot Lilienfeld, istrajno se bavio pitanjem rasvetljavanja problema nekonzistentnosti nalaza u istraživanjima koji su se bavili ovom problematikom. Smatrao je da jezgro problema stoji u nastojanju autora da usmere konstrukt na različite nivoe hijerarhije: oni koji su zastupali jednofaktorsku strukturu bili su usmereni na više nivoe hijerarhije, dok su zagovornici multifaktorske solucije bili pre usmereni na niže nivoe hijerarhije (Lilienfeld, Turner, & Jacob 1993). Drugo pitanje koje su Lilienfeld i saradnici postavili, ticalo se toga da li je ovaj konstrukt kognitivan ili afektivan. Iako nijedan ajtem ne ispituje direktno uverenja, implicitno se pretpostavlja da se tvrdnja kao što je „*Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa*“ odnosi na uverenje o negativnim posledicama ubrzanog lupanja srca. Ali, po Meknilu ovakve pretpostavke ipak je potrebno empirijski potvrditi (McNelly, 1999).

U pogledu metodoloških implikacija hijerarhijskog modela osetljivosti na anksioznost, važno je imati u vidu da je većina studija koje su istraživale ovu oblast koristila ukupne skorove na upitniku ASI. Određen konsenzus po pitanju faktorske strukture glasi da je u pitanju multidimenzionalni konstrukt (Rodriguez et al., 2004). Ono što je osporavajuće, tiče se činjenice da je multifaktorski model veštački proizvod, dok je na drugoj strani ASI, a priori definisan kao jednodimenzionalan konstrukt (Taylor & Cox, 1998b). U literaturi se navodi nekoliko razloga za ovakva tumačenja. Prvenstveno se propituje opravdanost dobijenih podataka imajući na umu sam izgled instrumenta. ASI čini šesnaest ajtema, od kojih se većina odnosi na temu straha od fizičkih senzacija, te sa izvesnom dozom opreza valja posmatrati dobijene podatke, a tiču se ostalih faktora. Naime poseduje mali broj ajtema koji bi proveravao strah od somatskih senzacija, kao što je strah od kardio-vaskularnih simptoma ili strah od gastro - intestinalnih simptoma. Malim brojem ajtema je obuhvaćen i faktor socijalne osetljivosti na anksioznost (samo dva ajtema), kao i strah od respiratornih simptoma (samo jedan ajtem) (Taylor & Cox, 1998b).

Zamerke su upućene operacionalizaciji ionako malog broja ajtema uključenih u ASI. Neki ajtemi se ni ne odnose na specifične faktore, npr., nije potpuno jasno šta meri ajtem: „*Plaši me kada sam uznemiren*“ (Olatunji et al., 2005). Deluje kao da različiti

broj latentnih dimenzija zasićuje ovaj ajtem. Uzroci slaganja sa tvrdnjom mogu biti raznoliki, nekome to može biti strah od kognitivne diskontrole koja je povezana sa anksioznošću, a nekome strah od simptoma koji su povezani sa anksioznošću, ili bojazan da će prisutni simptomi uznemirenosti biti vidljivi u javnosti. Neki ajtemi su po svom sadržaju potencijalno višeznačni. Ajtem: „*Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima*“ pre bi se reklo da odgovara nekom drugom konceptu, a koji nije osetljivost na anksioznost, deluje kao da se više odnosi na strah od gubitka kontrole tokom proživljavanja emocija, nego na samo njihovo proživljavanje (Olatunji et al., 2005). Sledeći primer je ajtem koji je potencijalno dvosmislen, tj. sadržinski nedovoljno određen: „*Neobični telesni simptomi me plaše*” - nije sasvim jasno koje su to telesne senzacije koje su neobične i izazivaju strah (Taylor & Cox, 1998b). Blais i saradnici su analizom ajtema ponudili rešenje o izuzimanju pet potencijalno problematičnih ajtema (1 - Važno je da ne izgledam uznemireno, 5 - Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima, 7 – Sramota me je kada mi stomak krči, 8 – Uplašim se kada mi je muka u stomaku i 13 – Drugi ljudi primete kada drhtim), tako da bi ASI zadržao 11 ajtema, koji faktorskom analizom daju dvofaktorske rešenje (strah od somatskih senzacija i strah od gubitka mentalne kontrole) (Blais et al., 2001).

Inspirisani Tejlorovim zapažanjima u literaturi pronalazimo još nekoliko kritika na račun ASI. On je naveo tri moguća uzroka nekonzistentnosti rezultata. Prvo, ASI možda nema stabilnu faktorsku strukturu. Drugo, ASI poseduje stabilnu strukturu samo u okviru određene populacije. Treći razlog su korišćenje neodgovarajuće metode obrade rezultata. Dodatno se navode i zamerke vezane za neadekvatnost uzorka u pojedinim istraživanjima (na primer, manje od 200 ispitanika po istraživanju) (Zinbarg, et al, 1999). Na osnovu ovde rečenog, možemo konstatovati odsustvo invarijantne faktorske strukture.

Sve prethodno navedeno je pospešilo motivaciju da se razvije instrument koji će biti obuhvatnija mera faktora nižeg reda, ujedno razmatrajući mogućnost o postojanju više od tri faktora. U cilju unapređivanja do sada najčešće korišćenog instrumenta Indeksa osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Index, ASI) razvijene su tri druge verzije: Indeks osetljivosti na anksioznost-revidiran (Anxiety Sensitivity Index-Revised, ASI-R), Profil osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Profile, ASP) i Indeks osetljivosti na anksioznost-3 (Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3).

Indeks osetljivosti na anksioznost – revidiran (ASI-R)

Indeks osetljivosti na anksioznost - revidiran (Anxiety Sensitivity Index-Revised, ASI-R; Taylor, & Cox, 1998a) konstruisan je sa namerom da bude sveobuhvatnija mera od ASI. Reč je o instrumentu koji se sastoji od 36 ajtema, sa uputstvom i načinom odgovaranja identičnim originalnom ASI instrumentu. Deset od šesnaest stavki iz originalnog testa je zadržano, dok je eliminisano potencijalno šest problematičnih ajtema (5, 7, 13, 14, 15 i 16). Tačnije, tri ajtema su bila previše uopštena da bi se mogli odrediti specifični faktori (npr., „*Plaši me kada sam uznemiren*“), neki ajtemi se nisu odnosili na štetne posledice straha (npr., „*Drugi ljudi primete kada drhtim*“) dok je jedan merio stid umesto anksioznosti („*Sramota me je kad mi stomak krči.*“) (Arnau, Broman-Fulks, Green & Berman 2009).

Faktori psihološke i socijalne zabrinutosti su empirijski replicirani, dok je faktor fizičke zabrinutosti sadržao četiri pod-faktora (kardio-vaskularni, respiratorni, gastro-intestinalni i neurološko-disocijativni simptomi). Ovom faktoru su pridruženi dopunski indikatori, koji su dodati kako bi se idealno proširio predmet merenja manifestacija iz fizičkog domena, tako da je ukupan broj izdvojenih dimenzija šest (Arnau et al., 2009).

Iako je ASI-R zamišljen kao poboljšana verzija Indeksa osetljivosti na anksioznost, na šta su i ukazivala početna istraživanja (Teylor & Cox, 1998a), uočeno je niz nedostataka upućenih ovom instrumentu. Nekoliko studija je potvrdilo postojanje četiri faktora, dok niti jedna studija nije pronašla šest faktora. Na uzorku od 155 psihijatrijskih pacijenata, Tejlor i Koks (Teylor & Cox, 1998a) su došli do toga da se ASI-R sastoji od četiri međusobno povezana faktora: 1) strah od respiratornih simptoma, 2) strah od kognitivne diskontrole, 3) strah od kardio-vaskularnih simptoma i 4) strah od simptoma vidljivih javnosti. Svaki faktor je umereno korelirao sa crtama anksioznosti i depresije, dok je najveća korelacija nađena između straha od kognitivne diskontrole i depresije, što je u skladu sa prethodnim istraživanjima. U studijama (Teylor & Cox, 1998a) utvrđeno je da su stavke koje se odnose na fizičku zabrinutosti podeljene u dva faktora, a preostala dva faktora su povezana sa psihološkim i socijalnim zabrinutostima (Bernstein et al., 2006; Deacon, et al., 2003).

U velikoj multinacionalnoj studiji dobijena je dvofaktorska ASI-R latentna struktura. Prvi faktor je obuhvatao indikatore fizičke zabrinutosti, a drugi je obuhvatao

indikatore psihološke i socijalne zabrinutosti koji su se spojili u jedan faktor (Zvolensky et al., 2003).

Profil osetljivosti na anksioznost (ASP)

U cilju poboljšanja merenja prethodno navedenih šest dimenzija u okviru ASI-R, Tejlor i Koks razvili su novi upitnik, Profil osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Profile, ASP; Taylor & Cox, 1998b). Čini ga 60 ajtema, preko kojih se meri šest dimenzija: 1) kardio-vaskularni simptomi, 2) respiratorni simptomi, 3) gastro-intestinalni simptomi, 4) neurološko - disocijativni simptomi, 5) simptomi anksioznosti koji su vidljivi u javnosti, 6) kognitivna diskontrola (Taylor & Cox, 1998b).

Kao i kod ASI-R, faktorske analize ne pronalazi šest, već četiri faktora (Ayvasik & Tutarel-Kislak, 2004; Olatunji et al, 2005; Taylor, & Cox, 1998b). Četiri faktora koja su dobili i sami Tejlor i Koks su: 1) respiratorni simptomi, 2) kognitivna diskontrola, 3) gastro-intestinalni simptomi i 4) kardio-vaskularni simptomi (Taylor & Cox, 1998a). Važno je naglasiti da se faktor socijalne zabrinutosti ne izdvaja kao zaseban niti u jednom od ovih citiranih istraživanja, dok se njegovih deset stavki integrišu u okviru druga dva faktora.

Analiza Olatunje i saradnika sugerise postojanje sledećih faktora: strah od simptoma povezanih sa uznemirenošću, strah od kognitivne diskontrole i disocijacije, strah od gastro-intestinalnih simptoma i strah od kardio-vaskularnih simptoma (Olatunji et al., 2004). Sadržaj, koji je u originalnom istraživanju (Taylor & Cox, 1998b) potpadao u fizičku osetljivost na anksioznost u ovom istraživanju se razdvaja na tri zasebna faktora, dok faktor vezan za socijalnu zabrinutost izostaje.

Neka druga istraživanja koja su se bavila proveravanjem faktorske strukture ovog instrumenta ukazuju i na jednofaktorsku i dvofaktorsku strukturu. Konkretno, Van de Dos i saradnici (Van der Does et al., 2003) su istraživanjem na kliničkom uzorku došli do zaključka da ASP čini jedan faktor, iako je konfirmatorna faktorska analiza &Fpokazala da je i šestofaktorska strukturu koju su predložili Tejlor i Koks, prihvatljivo rešenje. U svakom slučaju, zaključili su da se broj ajtema može redukovati sa 60 na 24, bez uticaja na pouzdanost instrumenta.

Indeks osetljivosti na anksioznost – 3 (ASI-3)

U pokušaju uklanjanja nedostataka originalnog ASI-ja, Tejlor i saradnici su razvili instrument, Indeks osetljivosti na anksioznost–3 (Anxiety Sensitivity Index–3, ASI-3, Taylor, et al, 2007). Koristeći ASI i ASI-R, Tejlor i saradnici su svaku stavku ASI-3 učinili sadržajno specifičnom i reprezentativnom za jedan od tri predefinisana domena: fizička zabrinutost, kognitivna zabrinutost i socijalna zabrinutost. ASI-3 je zasnovan na četiri istraživanja u SAD i jednom istraživanju na kanadskom nekliničkom uzorku ($N= 2,361$).

Rezultatima istraživanja usmerenih na proveru faktorske strukture dominira hijerarhijski model sa tri faktora nižeg i jednim faktorom višeg reda, koji se pokazao da u većini slučajeva ima bolje indikatore fita u poređenju sa istom konfiguracijom modela na stavkama prethodnih verzija upitnika (Taylor et al., 2007). Konfirmatornom faktorskom analizom uglavnom su potvrđena trofaktorska rešenja koja su odgovarala podeli konstrukta na somatske, socijalne i kognitivne komponente (Kemper et al., 2012; Lim & Kim, 2012).

Objašnjenje ovako dobijenih rezultata može se potražiti u načinu na koji je konstruisan ASI-3. Naime, prilikom konstruisanja ove verzije upitnika, uzete su samo one stavke koje su u ranijim verzijama upitnika ASI i ASI-R bile snažno zasićene sa jednim od tri dobijena faktora (Taylor et al., 2007). Ovakav pristup autora je u skladu sa teorijskim shvatanjem strukture OnA kao višedimenzionalnog konstrukta (Lim & Kim, 2012; Taylor et al., 2007). Rešenja sa više faktora omogućavaju jasniju distinkciju između dimenzija koje leže u osnovi straha od specifičnih simptoma anksioznosti, što može u značajnoj meri doprineti razvoju teorija koje se bave potencijalnim uzrocima nastanka različitih poremećaja (Rodriguez et al., 2004). Faktori nižeg reda ostvaruju značajne relacije sa širokim spektrom poremećaja (Allan, Korte, Capron, Raines, & Schmidt, 2014), dok najčešće ponovljeni nalazi upućuju na pozitivnu povezanost FOnA i paničnog poremećaja, KOnA i depresivne simptomatologije i SOnA i straha od socijalne evaluacije i socijalne anksioznosti (Kemper, Bähr, Rüdell, & Hock, 2012; Olthuis, Watt, & Stewart, 2014; Osman, Gutierrez, Smith, Fang, Lozano, & Devine 2010; Taylor et al., 2007). Nalazi na kliničkom uzorku su oskudniji i prema saznanju postoji samo jedna studija koja je uključila ispitanike sa sledećim dijagnozama: panični

poremećaj, specifična fobija, agorafobija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, postraumatski stresni poremećaj i generalizovani anksiozni poremećaj (Zawilinsky, 2011, navedeno u Lim & Kim, 2012).

U literaturi pronalazimo studije koje pažnju usmeravaju na proveru bifaktorske strukture latentnog prostora ASI-3 (Teylor et al., 2007), sugerišući da pitanje faktorske strukture OnA upitničkih operacionalizacija isprva nije ni bilo dobro postavljeno. Tipično je, ne uvek, ali skoro pa uvek, da kada imamo jedan konstrukt za koji jedna grupa istraživača sugerise da je unidimenzionalan, a druga da je multidimenzionalan, da je reč o hijerarhijski organizovanom konstrukt.

Bifaktorski model je konceptualizacija hijerarhijske latentne strukture koji istovremeno podrazumeva postojanje generalnog faktora OnA koji zasićuje sve stavke upitnika, ali i tri specifična faktora (FOnA, KOnA, SOnA). Generalni (GOnA) faktor u bifaktorskom modelu odražava zajedničku varijansu svih stavki, dok specifični faktori Sp OnA, objašnjavaju procenat varijanse koji nije pokriven generalnim faktorom i ne predstavlja varijansu greške (Brown, 2006). Ovakva solucija, u kojoj je jasno diferencirana zajednička varijansa objašnjena generalnim i specifičnim faktorima, tradicionalno podrazumeva da su sve dimenzije u modelu međusobno ortogonalne. Rezultati dosadašnjih istraživanja konzistentno ukazuju na bolji fit bifaktorskog modela u odnosu na sve ranije testirane modele, pri čemu neki autori sugerisu da njihovi rezultati podržavaju jednodimenzionalnu prirodu konstrukta OnA (Ghisi, Bottesi, Altoè, Razzetti, Melli, & Sica, 2016; Ebesutani, McLeish, Luberto, Young, & Maack 2014; Osman et al., 2010). Čini se da je ovo samo uslovno tačno, pod okolnostima pod kojima GOnA faktor objašnjava disproporcionalno više varijanse u odnosu na specifične faktore i gde specifični faktori nemaju inkrementalnu prediktivnu vrednost za mere od interesa iznad Sp OnA faktora. Ali čak ni tada se ne može doneti zaključak o jednodimenzionalnoj prirodi konstrukta, već je ispravnije govoriti o funkcionalnoj ili esencijalnoj unidimenzionalnosti (odnosno: da, postoje naznake da se na nižim nomološkim nivoima nešto dešava, ali tendencija jedinstvenog grupisanja je ipak toliko izražena, da sve ovo drugo nije od nekog praktičnog interesa). Bifaktorski model nije pomirenje više multifaktorskih istraživačkih debati, već je, na isti način kao što je to i “obični” hijerarhijski pristup, uglavnom ispravniji način pristupa situaciji.

PREDMET ISTRAŽIVANJA

Jedno od suštinskih konceptualnih pitanja tiče se strukture fenomena OnA. Starija istraživanja su pokazala nedoslednost, dok u novijim uglavnom pronalazimo konsenzus o tri faktora, uz relativno manji broj nalaza (ali prilično ubedljivih) koji sugerišu hijerarhijsku/bifaktorsku strukturu.

U literaturi postoji nezanemarljiv broj, mahom starijih istraživanja, u kojima postoji dosta nedoslednosti, koja odražavaju sumnju u pretpostavku da se ajtemi u upitnicima koji mere osetljivost na anksioznost grupišu u pretpostavljena tri faktora. Faktorska rešenja o kojima se izveštava variraju od jednofaktorskog (izdvajamo, Won, Park, & Kwon, 1995) preko dvofaktorskog, do četvorofaktorskog (izdvajamo, Keough, 2004; Schmidt & Joiner, 2002; Vujanovic et al., 2007). Dok je po novijim nalazima sve više i više saglasnosti gde se većina istraživača slaže i podržava soluciju o postojanju tri faktora nižeg reda, a čine ih: fizička zabrinutost, kognitivna zabrinutost i socijalna zabrinutost i jednog faktora višeg reda (izdvajamo: Jurin, et al., 2011; Vukosavljević-Gvozden i sar., 2012),

Većina nepravilnosti upitničkih operacionalizacija OnA poput loše formulacije stavki ili niske sadržinske validnosti, previše ajtema, što je upitnike činilo glomaznim i limitiralo mogućnost primene, je ispravljeno već pre operacionalizacije ASI-3, koji ne predstavlja ništa drugo do pokušaj da se dobije kompaktnija mera, iz opusa postojećih (bez da se pravi novi set stavki). Rezultati istraživanja koji su se bavili proverom faktorske strukture ASI-3 sugerišu da hijerarhijski model sa tri faktora nižeg i jednim faktorom višeg reda poseduje bolje indikatore fita, u poređenju sa istom konfiguracijom modela na stavkama prethodnih verzija upitnika (Taylor et al., 2007). Osnovu za tumačenje ovakvog koncepta dobijenih rezultata pronalazimo u načinu na koji je konstruisan ASI-3. Konstruktori upitničke operacionalizacije ASI-3 su smatrali da je od koristi ne zadržati se samo na generalnoj osetljivosti na anksioznost, insistirajući na specifičnim faktorima u domen analizama, zbog njihove praktične važnosti i kliničke relevantnosti. Tri domena specifičnih faktora su u skladu sa teorijskim shvatanjem o strukturi OnA, kao višedimenzionalnom konstrukt (Lim & Kim, 2012; Zinbarg et al., 1997). Pozicija posmatranja rešenja sa više specifičnih faktora olakšava distinkciju među dimenzijama koje se nalaze u osnovi straha od simptoma anksioznosti, što

predstavlja ključnu ulogu u teorijama koje se bave potencijalnim precipitatorom različitih poremećaja. Istraživanja sugeriraju da specifični faktori ostvaruju značajnu povezanost na dugačkom kontinumu poremećaja (Allan, Capron, Raines, & Schmidt, 2014). Upućuju na pozitivnu povezanost fizičke osjetljivosti na anksioznost i paničnog poremećaja, kognitivne osjetljivosti na anksioznost i depresije i socijalne osjetljivosti na anksioznost i straha od socijalne procene od strane drugih i socijalne anksioznosti (Olthuis, Watt, & Stewart, 2014; Osman et al., 2010; Taylor et al., 2007, Zinbarg et al., 2001). Naime, iz do sada navedenog, primećujemo da se skorovi na specifičnim faktorima pokazuju kao bolji prediktori specifičnih ponašanja u odnosu na skorove na višim dimenzijama (Paunonen & Ashton, 2001).

Hijerarhijska struktura OnA se može konceptualizovati putem bifaktorskog modela. Bifaktorski model podrazumeva postojanje generalnog faktora GOnA kojim su zasićeni svi ajtemi upitnika, ali i tri specifična faktora (FOnA, KOnA i SOnA). Generalni faktor (GOnA) je odraz zajedničke varijanse svih stavki u bifaktorskom modelu, dok specifični faktori objašnjavaju procenat varijanse koji nije pokriven generalnim faktorom i ne predstavlja varijansu greške (Brown, 2006). Solucija u kojoj se jasno izdvaja zajednička varijansa objašnjena generalnim i specifičnim faktorima, podrazumeva međusobnu ortogonalnost svih dimenzije u modelu. Rezultati dosadašnjih istraživanja konzistentno ukazuju na bolji fit bifaktorskog modela u odnosu na sve ranije testirane modele (Ebesutani et al. 2014; Osman et al. 2010), zato je jedan od glavnih zadataka ovog istraživanja provera bifaktorske strukture ASI-3 upitnika.

ASI-3 je nastao selekcijom stavki iz ASI/ASI-R inventara. Tejlor i saradnici (2007) navode da je prilikom odabira stavki iz prethodnih verzija upitničke operacionalizacije OnA, glavni kriterijum bila njihova sadržinska validnost. Odnosno, stavke su zadržane u ASI-3 ako je „njihov sadržaj nedvosmisleno korespondirao samo jednom domenu fizičkih, kognitivnih ili socijalnih poteškoća“ (str. 178). Odabir ASI-3 stavki je, dakle, vršen više na osnovu apriorne teorijske analize, nego na osnovu njihovih metrijskih svojstava. Ovakav postupak selekcije stavki zasigurno nije pogrešan i rezultatna forma ASI-3 upitnika zaista pokazuje adekvatna psihometrijska svojstva (Taylor et al., 2007). Međutim, ostaje izvesna bojazan da apriorna selekcija stavki u sebi možda uključuje inheretnu subjektivnost i da finalni set zadržanih stavki nije nužno „najbolji“. Vođeni pitanjem izbora ajtema od strane autora ASI-3, u ovom istraživanju

se vraćamo „korak nazad“, rukovodeći se istom polaznom idejom Tejlora i saradnika (Teylor et al., 2007), da se kreira kompaktni OnA inventar (iz prostora ASI/ASI-R). Međutim, za razliku od pristupa ovih autora, ideja aktuelnog istraživanja jeste da se odabir stavki vrši striktno na osnovu statističko-psihometrijskih kriterijuma, postavljajući pitanje šta će se dogoditi ako se nekoj kategoriji ajtema ne daje privilegija (iz perspektive apriorno procenjene sadržinske validnosti). Polazna osnova je da damo podjednaku šansu svim ajtemima, rukovodeći se empirijsko-statističkim kriterijumima, te da proverimo da li na taj način novodobijena kompilacija ajtema nalikuje onom što je, u slučaju ASI-3, dobijeno putem teorijski inspirisanog redukovanja ajtema. U tom smislu, ovo je potrebno izvršiti uvažavajući verovatnu 3-1 hijerarhijsku, odnosno bifaktorsku prirodu konstrukta OnA. Odnosno, ideja je da se, ako je to moguće, na osnovu eksplorativnih statističkih kriterijuma identifikuju i zadrže one ASI/ASI-R stavke koje najbolje reflektuju i trofaktorsku i hijerarhijsko-bifaktorsku strukturu OnA konstrukta, te da se takvo rešenje uporedi sa postojećom ASI-3 konfiguracijom. U teoriji postoji dominantno utemeljenje za tri faktora, dok mi želimo eksplorativno pristupajući da proverimo da li će struktura ta tri faktora izgrađena na osnovu empirijsko-statističkog pristupa da podseća na ASI-3, odnosno da li će i na koji način korespondirati sa strukturom koja je dobijena u ASI-3 upitniku. Najjednostavnije rečeno, naš postupak možemo objasniti kao pokušaj dolaska do istog cilja koji su sebi postavili Tejlor i saradnici (Taylor et al., 2007) prilikom kreiranja ASI-3 instrumenta, ali zasnovano na konceptijski drugačijem setu koraka. Mi ćemo se rukovoditi podacima, a sa namerom da utvrdimo da li će sadržaj ajtema koji su ostali, biti isti ili dovoljno sličan ajtemskom sadržaju ASI-3, kao i da uporedimo prediktivne vrednosti postojećeg ASI-3 inventara i operacionalizacije OnA koju ćemo mi dobiti, i da ih simultano testiramo na nekliničkom i kliničkom uzorku. Ključna svrha ove nešto drugačije procedure, jeste da ona potencijalno daje dodatnu dimenziju potvrde (ili makar predstavlja dopunu) aktuelnoj, modernoj konceptualizaciji i operacionalizaciji OnA, koju su Tejlora i saradnici (Taylor et al., 2007) predložili u formi ASI-3 inventara. Ovaj set koraka nije sam po sebi bolji od pristupa Tejlora i saradnika (Teylor et al., 2007), ali je korisno imati uvid u nalaze i iz jedne i iz druge perspektive.

U slučaju da se zaista dobije pretpostavljena 3-1 faktorska konfiguracija, biće utvrđeno koji od ajtema iz zajedničkog ASI/ASI-R prostora najbolje odražavaju

specifične aspekte OnA, a koji su bolji reprezentivi generalne dimenzije ovog konstrukta. U tom slučaju, ovi, na eksplorativno-statističkim kriterijumima odabrani ajtemi, biće upoređeni sa teorijski izvršenom selekcijom ASI-3 ajtma. Ove dve selekcije biće komparirane kako u smislu sadržaja, tako i u smislu relacija sa drugim relevantnim konstruktima i varijablama.

U ovom istraživanju, manje problematizujemo faktorsku strukturu konstrukta, po nama je upitniji i relevantniji sadržaj ajtema po faktorima. Ovo je potencijalno interesantniji ugao iz kog ćemo posmatrati problem rada baš zbog načina na koji su odabirani ajtemi koji su ostali u trofaktorskoj strukturi ASI-3, to je ono na čemu temeljimo fokus rada, očekujući da ćemo verovatno dobiti ekvivalentnu strukturu, ali ne nužno i sadržaj faktora. Ako ne uspemo da repliciramo takvu faktorsku strukturu, dalji proces rada će biti čisto eksplorativan, gde ćemo za ono što dobijemo utvrditi na koji način korespondira sa sadržajem iz ASI-3, dok ćemo ga tretirati kao zasebnu celinu i videti kako se i na koji način ponaša u odnosu na druge varijable kojim se bavimo. U slučaju repliciranja, glavni zadatak koji nam predstoji jeste sadržinsko i relaciono-prediktivno poređenje strukture faktora.

OnA predstavlja faktor vulnerabilnosti za razvoj psihopatoloških stanja (Reiss et al., 1986; Bernstein & Zvolensky, 2007; Li & Zinbarg, 2007) i ima značajnu prediktivnu moć u odnosu na simptome anksioznosti i depresivnosti. Specifičnim faktori ASI-3 operacionalizacije učestvuju u predikciji simptoma što sugerise da bi razvoj pojedinačnih simptoma mogao da korelira u izvesnom stepenu u odnosu na to koja simptomatska ispoljavanja jedinke utiču na stvaranje nerealnih uverenja (u odnosu na fizička, kognitivna ili socijalna ispoljavanja). Kako je potrebno istraživanje koje bi razjasnilo pretpostavljeni odnos veličine efekta koje faktori OnA poseduju u odnosu na predikciju simptoma, mi ćemo na ovom mestu komparirati faktore OnA na kliničkim i nekliničkim podgrupama ispitanika i u relacijama sa relevantnim konstruktima poput osobina ličnosti, depresije i anksioznosti. Interesuje nas uloga jedinstvenog sumacionog skora OnA i specifičnih komponenti u kontekstu određenih poremećaja, gde ćemo u slučaju sličnosti dobijenih podataka na kliničkom i nekliničkom uzorku potvrditi prediktivna svojstva OnA za razvoj psihopatologije i visoku relijabilnost specifičnih faktora OnA. Opravdanost ovakve upotrebe specifičnih skorova potvrđuju i nalazi

prethodnih studija (izdvajamo, Osman et al., 2010; Wheaton, Deacon, McGrath, Berman, & Abramowitz, 2012).

Radićemo na proveravanju konvergentne i divergentne validnost dobijenih ajtemskih solucija. Inkrementalne valjanosti, odnosno provere poboljšanja diskriminativnog potencijala u odnosu na bazičnu strukturu ličnosti operacionalizovanu petofaktorskim modelom (NEO-FFI), u pravcu već dobro etabliranih konstrukata, anksioznosti i depresije. “Da bi jedan konstrukt imao stvarni heuristički značaj, mora se pokazati da u odnosu na postojeće koncepte daje nove i relevantne informacije” (Šaula, 2007, str. 41). Tako definisano istraživanje će nam pružiti priliku za bolje razumevanje jedinstvene povezanosti između subskala osetljivosti na anksioznost i određenih vrsta psihopatologije.

Ciljevi istraživanja

1. Eksplorativno proveriti da li se u zajedničkom prostoru ASI/ASI-R inventara mogu identifikovati tri OnA faktora, te konfirmativno proveriti trofaktorsku strukturu u prostoru ASI-3 inventara; u oba slučaja razmotriti i opravdanost hijerarhijske/bifaktorske strukture.

2. Izvršiti psihometrijsku analizu stavki ASI-3 i stavki iz eksplorativno identifikovanih ASI/ASI-R faktora.

3. Utvrditi prosečne skorove ASI-3 i eksplorativno identifikovanih ASI/ASI-R faktora i identifikovati eventualne razlike u trendovima tih razlika između ovih različitih operacionalizacija/konceptualizacija.

4. Eksplorativno i na osnovu statističko-psihometrijskih kriterijuma odabira stavki, identifikovati najkarakterističnije OnA stavke iz zajedničkog ASI/ASI-R prostora i komparirati sadržaj ovih stavki sa sadržajem ASI-3 inventara.

5. Utvrditi i uporediti prediktivnu vrednost ASI-3 i eksplorativno identifikovanih ASI-ASI-R operacionalizacija OnA, za relevantne psihološke kriterijumske varijable STAI-T (State - Trait Anxiety Inventory, Spielberger et al., 1983); Bekov inventar anksioznosti, BAI (Beck Anxiety Inventory-Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) i Bekov inventar depresivnosti (BDI-II, Beck Depression Inventory Beck et al., 1996),

povrh bazične strukture ličnosti operacionalizovane preko NEO-FFI (NEO PI-R: Costa & McCrae, 1992, Đurić-Jočić, Džamonja-Ignjatović i Knežević, 2009).

Hipoteze

H1: Faktorska struktura upitničkih operacionalizacija konstrukta osetljivost na anksioznost predstavlja kontinuirano predmet diskusije. Novije studije uglavnom konvergiraju ka 3-1 strukturi, izdvajajući jedan faktor višeg reda i trofaktorsko rešenje, kada je reč o specifičnim faktorima, koje čine: fizička zabrinutost, psihološka zabrinutost i socijalna zabrinutost (izdvajamo, Jurin, et al., 2011; Taylor et al., 2007; Wheaton et al., 2012; Rodriguez et al., 2004; Taylor, 1999; Vukosavljević-Gvozden i sar., 2012; Zinbarg et al, 1997; Zvolensky et al., 2001). Radeći inspekciju dosadašnjih istraživanja OnA, može se primetiti da sva ona istraživanja zasnovana na EFA (Eksplorativnoj faktorskoj analizi), kada je korisnije bilo raditi CFA (Konfirmatornu faktorsku analizu) su manje legitimna i nude neodoslednost faktorizacije (izdvajamo: Cintrón, Carter, Suchday, Sbrocco & Gray, 2005; Schmidt & Joiner, 2002; Reiss et al., 2001; Zinbarg et al., 1997), dok su bolje studije poput Tejlorove i saradnika (Teylor et al., 2007) u svom radu koristile CFA, što je doprinelo umanjenju međusobnog odstupanja u broju faktora (izdvajamo, Kemper et al., 2012; Lim & Kim, 2012). Pozivajući se na studije koje izveštavaju o izdvajanju jednog faktora višeg reda i trofaktorsko rešenje, kada je reč o specifičnim faktorima, koje čine faktori fizička, kognitivna i socijalna zabrinutost, očekuje se da će ovo istraživanje replicirati navedene faktorizacije, dakle, jedan opšti i tri već navedena specifična faktora, u domenu zajedničkog prostora ASI/ASI-R i ASI-3.

H2: Prilikom konstruisanja ASI-3 upitničke operacionalizacije, za sadržaj stavki su uzeti samo oni ajtemi koji su u ranijim verzijama bili snažno zasićeni jednim od tri dobijena faktora (Taylor et al., 2007). Iako se konstruktori ASI-3 inventara prilikom selekcije ajtema nisu apriorno rukovodili subjektivnošću, ona je možda uticala na selekciju ajtema. Rukovodeći se istom polaznom osnovom, vršeći odabir na osnovu statističko-empirijskih kriterijuma iz prostora ASI/ASI-R, očekuje se da će se dobiti ista strukturu faktora, FOnA, KOnA i SOnA, uz vrlo izvestan zajednički faktor višeg reda,

odnosno generalni faktor OnA, koja nalikuje onom što je teorijski inspirisano redukovanje ajtema, na čemu je zasnovan ASI-3, ali ne nužno i sadržina ajtema.

H3: Prema dostupnim podacima, do sada su sprovedena samo dva publikovana istraživanja u kojima je primenjena analiza zasnovana na Teoriji odgovora na stavke (IRT), sa ciljem provere psihometrijskih svojstava upitničke operacionalizacije ASI-3 (Kemper & Hock, 2017; Volarov, Oljača, Mihić i Čolović 2017). Koristeći se IRT analizom, ispituju se metrijski aspekti stavki/instrumenta, kao što su: parametri težine, diskriminativnosti i informativnosti. Za očekivati je da će ova svojstva biti komparabilna između ASI-3 i eksplorativno identifikovanih ASI/ASI-R stavki.

H4: Očekuje se postojanje diferencijalnih razlika između grupa ispitanika iz opšteg i kliničkog poduzorka u odnosu na prosečne skorove na dimenzijama osetljivosti na anksioznost, bilo da su operacionalizovane preko ASI-3 i eksplorativno identifikovanih ASI/ASI-R solucija. U skladu sa nalazima istraživanja, očekujemo da će najviši skor FOnA biti u grupi anksioznih (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Zinbarg et al., 2001), KOnA u grupi depresivnih (Schmidt, et al., 1997; Zinbarg, et al, 2001) i SOnA u grupi socijalno anksioznih ispitanika (Rector et al., 2007; Rodriguez et al., 2004; Zinbarg et al., 1997).

H5: Očekujemo da će OnA, inventar koji procenjuje osetljivost na anksioznost, posedovati inkrementalni doprinos povrh osobina ličnosti, prilikom objašnjavanja skala STAI, BDI i BAI. Navedeno očekivanje je potkrepljeno istraživanjima, koja ističu da osetljivost na anksioznost igra važnu ulogu u razvoju i održavanju anksioznosti i depresije (Cox, Borger & Enns, 1999; Otto, Pollack, Fava, Uccello & Rosenbaum, 1995; Taylor, Koch, Woody & McLean, 1996; Van der Does et al., 2003).

METOD I TEHNIKE ISTRAŽIVANJA

Uzorak i postupak

Prvobitni uzorak je činilo 421 ispitanika, od čega smo jednog ispitanika isključili iz dalje obrade, zbog velikog broja nedostajućih podataka na većini upitnika. Starost ispitanika kretala se od 17 do 62 godine. Istraživanje je obavljeno tokom 2015/2016 godine, tako što je uzorak prikupljan u dva navrata. Prvobitno smo regrutovali uzorak „kliničke“ grupe ispitanika, njih 167, dok smo u drugom navratu prikupili uzorak „nekliničke“ grupe ispitanika, njih 253.

Postupak prikupljanja „kliničkog“ uzorka je sproveden na psihijatrijskom odeljenju JZU Opšta bolnica u Nikšiću, na odeljenju psihijatrije KBC-Podgorica, u Domu zdravlja, u Nikšiću i u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti u Dobroti. Najveći broj ispitanika testiran je u ambulantnim uslovima rada.

Kliničke grupe formirane su na osnovu dijagnoza mentalnih poremećaja procenjenih, na osnovu ICD-10 Klasifikacije mentalnih poremećaja (WHO, 2010). Odluka o kliničkim grupama, odnosno dijagnozama, koje smo uključili u istraživačke grupe doneta je na osnovu preciznije diferencijacije između različitog ispoljavanja merenog konstrukta osetljivosti na anksioznost u domenu različitih kategorija, ujedno vodeći se korelacionim moćima pojedinačnih faktora konstrukta, polazeći od provere diskriminativne moći novonastalog instrumenata za precizniju distinkciju specifičnijih modaliteta psihopatoloških ispoljavanja.

Ispitanici su bili svrstani u tri grupe: 1. anksiozna grupa ispitanika sa dijagnozom paničnog poremećaja, sa ili bez agorafobije, uključujući i ostala panična stanja; 2. ispitanici sa dijagnozom depresije i 3. socijalno anksiozni ispitanici.

Kriterijumi za uključivanje u kliničke grupe bili su:

1) Ispitanik je ispunjavao kriterijume za dijagnozu specifičnog poremećaja, a na osnovu kriterijuma ICD-10 klasifikacije mentalnih poremećaja (WHO, 1992).

2) Odsustvo podatka o postojanju organskog moždanog psiho-sindroma ili neurološkog poremećaja (traume glave, epilepsije, moždanog insulta, demencije), na osnovu medicinske dokumentacije i iskaza ispitanika;

3) Odsustvo psihotičnih poremećaja;

4) Važan kriterijum uključivanja u uzorak je da ispitanici nisu počeli novi ili promenili postojeći farmakološki tretman u protekla tri meseca, što bi mogao biti faktor koji bi remetio potpunu objektivnost kliničkog ispoljavanja.

U sastav grupe anksioznih ispitanika, uključili smo ispitanike sa dijagnozom panični poremećaj sa ili bez agorafobija, uključujući i ostala panična stanja. Iako neka istraživanja ukazuju na postojanje korelacije faktora fizičke zabrinutosti i PTSP (post-traumatskog-stresnog-poremećaja), ovu kategoriju smo isključili iz uzorka, radi njegovog pojednostavljenja i teškoće pri mobilisanju.

Depresivni ispitanici su dijagnostikovani sa dijagnozama depresije, u ovom uzorku smo isključili ispitanike sa dijagnozom generalizovane anksioznosti, uprkos postojanju nekih istraživanja, koja ukazuju na njihovu korelaciju sa faktorom kognitivne zabrinutosti. Grupu socijalno anksioznih, činili su ispitanici sa dijagnozom socijalne anksioznosti. Prikupljanje ovog dela uzorka najduže je trajalo, jer je reč o retkoj dijagnozi.

Ispitivanje je sprovedeno u skladu sa principima dobre naučne prakse. Svi ispitanici su pre početka testiranja popunili formular o dobrovoljnom informisanom učešću u ispitivanju (Prilog 1), tim putem su ujedno informisani o istraživanju i poverljivosti podataka. Zbog statusa ovog dela ispitanog uzorka, saopšteno im je da rezultati ispitivanja ni na koji način neće uticati da dalji tok njihovog lečenja.

Do članova uzorka „kontrolne, nekliničke“ grupe smo došli tako što smo sproveli „online“ istraživanje. U tu svrhu smo koristili „Facebook“ alat za kreiranje veb anketa, „Polls for Pages“. Kao i kod prikupljanja podataka na kliničkom uzorku, upitnik je sadržao i uputstvo kojim su ispitanici upoznati sa procedurom ispitivanja, gde je naglašeno da je ispitivanje zasnovano na dobrovoljnoj osnovi, da ne uključuje bilo kakav rizik i da će se dobijeni podaci biti tretirani anonimno, te da neće biti moguće da se dovedu u vezu sa konkretnom osobom. Razlika u proceduri zadavanja upitnika nekliničkoj grupi isključila je informisanu saglasnost, jer je samo odgovaranje već bio pokazatelj da se ispitanik slaže da učestvuje u proceduri ispitivanja. Pre slanja upitnika, ispitanici su porukom pitani da li imaju slobodnog vremena da učestvuju u istraživanju, gde smo upitnike slali tek nakon njihovog pristanka da odgovore. Iz tog razloga, nismo imali ni jedan slučaj odustajanja od procedure popunjavanja zadatih inventara. Diskriminaciono pitanje za ovu grupu ispitanika, na koje su odgovarali na samom

početku popunjavanja je glasilo: „Da li ste se obraćali psihologu ili psihijatru zbog problema iz spektra mentalnog zdravlja?“ Ispitanici su na to pitanje odgovarali sa da ili ne. Nije bilo ispitanika koji su potvrdno odgovorili. Osnovne demografske osobine uzorka i grupne razlike prikazane su u (Tabeli 1).

Tabela 1. Osnovne demografske karakteristike uzorka i razlike grupa.

VARIJABLE	Anksiozni	Soc.anksiozni	Depresivni	Neklinički u.	TEST ZNAČAJ.	
					RAZLIKA	
	N	20	31	24	158	$\chi^2 = 21.446$
Muški	%	4.76 %	7.38 %	5.71 %	37.61%	p = .000
POL	N	31	20	41	95	
Ženski	%	7.38 %	4.76%	9.76 %	22.61%	
STAROST	M ±SD	34.4 ±10.77	27.33 ±6.99	39.75 ±11.36	33.75 ± 6.92	F = 0.503
U GOD.	max-min	58-18	51-17	62-18	59-19	p = 0.606

Ispitivane dijagnostičke grupe se značajno razlikuju po polu, dok to nije slučaj i sa varijablom starosti. U grupama socijalno anksioznih i nekliničkih ispitanika, ima gotovo za duplo više ispitanika muškog pola, dok je taj odnos u korist ispitanika ženskog pola zastupljen u grupama anksioznih i depresivnih ispitanika. Na ovom mestu možemo diskutovati razliku u polu na ispitanom uzorku. Epidemiološka istraživanja pokazuju da veći broj muškaraca strada od socijalne anksioznosti, dok su anksioznost i depresija više od dva puta češći u populaciji žena (Kaličanin, 2002). Navedene razlike se objašnjavaju delovanjem činilaca kulture, odnosno razlikama u statusu i ulogama žena i muškaraca. Muškarci su izloženi većem socijalnom pritisku tj. većim očekivanjima da stupe u socijalne interakcije sa drugim ljudima, što se odražava na učestaliju simptomatologiju iz domena socijalne anksioznosti.

Nećemo izbeći da ne primetimo neočekivanu polnu disbalansiranost nekliničkog uzorka, očekujući da su žene spremnije da učestvuju u dobrovoljnom anketiranju. No, imajući na umu da je ovaj uzorak prikupljen “online” metodom, prepustili smo se odluci da se pre vodimo prigodnošću prikupljanja uzorka, negoli polnim izjednačavanjem. Na

ovom mestu, naš zadatak nije bio ni pitanje razloga polne neujednačenosti uzorka, te se njim nismo bavili.

Instrumenti

ASI. *Indeks osetljivosti na anksioznost*, (Anxiety Sensitivity Index, ASI). Skala samoprocene, koja se sastoji od 16 stavki koje mere strah od simptoma anksioznosti na petostepenoj Likertovoj skali procene (od 0 “nimalo tačno” do 4 “potpuno tačno”). Ukupan skor se dobija sabiranjem bodova na svim tvrdnjama. Najmanji mogući rezultat je 0, a najveći 64 (Peterson & Plehn, 1999). Na dosadašnjim uzorcima iz različitih zemalja Evrope i Amerike, srednje vrednosti variraju od 14,2 do 22,5 (M=19,01; SD=9,11) (Vukosavljević-Gvozden i sar., 2012). Skorovi iznad 25 sugerišu „moguće probleme“, a skorovi iznad 30 mogu da ukazuju na dijagnozu paničnog poremećaja, agorafobije, PTSD ili druge značajne psihopatologije (Reiss et al., 1986).

Psihometrijske karakteristike upitnika u dosadašnjim istraživanjima su se pokazale kao vrlo dobre. Stepenn interne konzistentnosti je visok, kreće se u rasponu od .82 do .91 (Peterson & Reiss, 1992; navedeno u McNally, 1996). Takođe, ovaj instrument je pokazao i zadovoljavajuću test - retest pouzdanost, sa koeficijentom stabilnosti $r = .75$ za period od 2 sedmice (Reiss et al., 1986), i koeficijentom stabilnosti $r = .71$ za razdoblje od 3 godine (Maller i Reiss, 1992). Korelacije između ASI i Spilbergerovog Inventara anksioznosti crta-stanje (STAI-T), kreću se od .40 do .60 (Isyanov; & Calamari, 2004; McWilliams, & Cox, 2001), dok su korelacije između ASI i Bekovog inventara depresije (BDI II) oko .41 (Smári, Erlendsdóttir, Björgvinsdóttir, & Ágústsdóttir, 2003). Na ovom mestu naglašavamo da visina predočenih korelacija, koje spadaju u okvir umereno visokih, ali ne i takvih koje bi sugerisale da su mereni isti konstrukti, ukazuju na diskriminativnu valjanost ASI operacionalizacije.

ASI-R *Indeks osetljivosti na anksioznost-revidiran* (Anxiety Sensitivity Index-Revised, ASI-R), sadži 36 ajtema dizajniranih da ocene zabrinutost zbog simptoma anksioznosti, odgovarajući na petostepenoj skali Likertovog tipa (od 0 “nimalo tačno” do 4 “potpuno tačno”). Ukupan skor se dobija sabiranjem bodova na svim tvrdnjama. Najmanji mogući rezultat je 0, a najveći 144 (Taylor & Cox, 1998a).

Istraživanja ukazuju da ASI-R pokazuje dobru internu konzistentnost sumacionog skora, koji se odnosi na generalni faktor konstrukta osetljivosti na anksioznost, raspona od .93 do .95 (Deacon et al., 2003). FonA, KonA i SOnA umereno koreliraju sa anksioznošću, dok faktor psihološke zabrinutosti korelira sa depresijom, ali ne i sa anksioznošću kao crtom (Taylor, & Cox, 1998a).

ASP Profil osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Profile, ASP), sadrži 60 ajtema dizajniranih sa ciljem da procene zabrinutost zbog simptoma anksioznosti na 7-stepenoj skali Likertovog tipa (od 1 „nimalo vjerovatno“ do 7 „veoma moguće“). Ukupan skor se dobija sabiranjem bodova na svim tvrdnjama. Najmanji mogući rezultat je 60, a najveći 420 (Taylor & Cox, 1998b).

ASP pokazuje dobru unutrašnju konzistentnost sumacionog skora, koji se odnosi na generalni faktor (Cronbach's $\alpha > .88$) (Van der Does et al., 2003), dok se registruje umerena korelacija sa anksioznošću (Elwell, 2004) i niska korelacija sa depresijom (Olatunji et al., 2005).

ASI-3 Indeks osetljivosti na anksioznost-3 (Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3), sadrži 18 ajtema koji ocenjuju zabrinutost zbog simptoma anksioznosti na 5-stepenoj skali Likertovog tipa (od 0 „nimalo tačno“ do 4 „potpuno tačno“). Ukupan skor se dobija sabiranjem bodova na svim tvrdnjama. Najmanji mogući rezultat je 0, a najveći 72, (Taylor et al., 2007). Upitnikom su operacionalizovane tri dimenzije: Fizička osetljivost na anksioznost, Kognitivna osetljivost na anksioznost i Socijalna osetljivost na anksioznost. Svaka dimenzija je operacionalizovana sa 6 stavki.

Istraživanja ukazuju da ASI-3 poseduje dobru internu konzistentnost generalnog faktora osetljivosti na anksioznost (Cronbach's $\alpha > .80$) i smatralo se da je ASI-3 u odnosu na ASI mnogo bolja mera domena osetljivosti na anksioznost (Osman et al., 2010). Inicijalni nalazi ukazuju na dobra psihometrijska svojstva ovog instrumenta (Teylor et al., 2007), dok još uvek izostaju ekstenzivnije replikacije ovih nalaza na drugim uzorcima.

Upitnici koji ocenjuju osetljivost na anksioznost, korišćeni u ovoj studiji su prevedeni na srpski jezik uz dozvolu izdavača, pri čemu je prevod korigovan metodom povratnog prevoda (Vukosavljević-Gvozden, Dutina & Milosev, 2016). Indeks osetljivosti na anksioznost-3 (ASI-3), adaptirali su prvobitno na srpski (Mihić, Čolović, Jokić-Begić i Lauri-Korajlija, 2013).

Tokom preliminarnog istraživanja i provere upitnika na malom broju ispitanika, zapazili smo jednu upadljivu pojedinost, naime ajtemi upitnika ASP predstavljaju pre svega meru anksioznosti, a ne osetljivosti na anksioznost, što i potvrđujemo navođenjem ajtema po redu: “Srce vam snažno kuca; Mislite sporije nego inače; Imate osećaj kao da ne možete duboko da udahnete; Vaš stomak pravi glasne zvukove; Ruke su vam utrnule; Osećate bol u grudima;“ itd. Navedeni uvid nas je naveo da inventar ASP isključimo iz dalje procedure.

Za potrebe ovog istraživanja nakon procesa jezičke adaptacije preostala tri upitnika, uradili smo inspekciju dobijenih ajtema, isključivši ajteme koji se ponavljaju, a dva ili više inventara, ovom procedurom smo pronašli 23 ajtema koji se ponavljaju. Od ukupno 44 ajtema, koliko postoji u tri upitničke operacionalizacije (ASI, ASI-R i ASI-3), četiri ajtema se nalaze u svakom upitniku (“Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak; Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan; Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa; Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma“). (Prilog br.6.)

NEO PI R. Za procenu osobina ličnosti upotrebljena je kraća verzija NEO PI R-a (*NEO-FFI*), čiji su autori Costa i Mek Kri (Costa & McCrea, 1995), odnosno srpska adaptacija tog testa koju su 2009. godine priredili Đurić-Jočić, Džamonja-Ignjatović i Knežević. Instrument sadrži 60 ajtema, po 12 za svaki od domena petofaktorskog modela: neuroticizma, ekstraverzije, otvorenosti, saradljivosti i savesnosti (dakle nema subskala koje se odnose na njihove facete). Ajtemi su Likertovog tipa sa rasponom odgovora od 1 “potpuno netačno” do 5 “potpuno tačno”. Pouzdanosti skala koju navode autori se kreće od $\alpha=.61$ za domen otvorenost, do $\alpha=.81$ za domen savesnost.

STAI-T. Stepen anksioznosti meren je preko dela Upitnika anksioznosti kao stanja i kao crte (State - Trait Anxiety Inventory, Spielberger et al., 1983). Ovaj upitnik konstruisan je na temelju Spilbergerovih (Spielberger) postavki o razlikovanju anksioznosti kao stanja i kao osobina ličnosti. Kako se upitnik sastoji od dve odvojene skale samoprocene, namenjene utvrđivanju anksioznosti, od kojih je jedna namenjena merenju trenutnih, prolaznih, anksioznih stanja, a druga merenju relativno stabilne sklonosti pojedinca anksioznom reagovanju. S obzirom da nas u ovom istraživanju zanimaju samo trajne karakteristike ličnosti koristili samo skalu koja meri anksioznost kao crtu ličnosti. Primenjena forma upitnika sadrži 20 tvrdnji, koje reprezentuju

simptome ili karakteristike anksioznosti, sa ponuđenim odgovorima u vidu četvorostepene skale Likertovog tipa. Ispitanikov zadatak je da uz svaku tvrdnju zaokruži jedan od odgovora tj. nivoa, koji na najbolji način opisuje njegove stabilne tendencije (1-gotovo nikad, 2-katkad, 3-često i 4-gotovo uvek). Ukupan skor se dobija sabiranjem bodova na svih dvadeset tvrdnji. Najmanji mogući rezultat je 20, a najveći 80 (Spielberger, 2000). Skala anksioznosti kao osobine često je primenjivana u procjeni kliničke anksioznosti kod jedinki s telesnim, psihofizičkim i psihijatrijskim oboljenjima, ali i u opštoj tzv. "normalnoj" populaciji. U kliničkim i eksperimentalnim istraživanjima ova skala se pokazala korisnom u otkrivanju povišenog nivoa neurotske anksioznosti. Stabilnost, određena koeficijentom teste-retest pouzdanosti, srazmerno je visoka za T-skalu (oko 0.76), a niska za S-skalu (oko 0.33), dok je unutrašnja doslednost vrlo visoka (Cronbach's $\alpha > .80$), (Spielberger, 2000). STAI je često korišćen instrument u istraživanjima osetljivosti na anksioznost, pa smo ga i mi koristili zbog mogućnosti upoređivanja rezultata sa prethodnim.

BAI. Za merenje anksioznosti korišćen je i BAI, Bekov inventar anksioznosti (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Skala sadrži 21 ajtem koji obuhvataju širok raspon anksioznih simptoma (Beck & Steer, 1990). Za svaki simptom anksioznosti ispitanici daju ocene od 0 do 3. Dobijeni skor se kreće u rasponu od 0 do 63. Unutrašnja konzistentnost ove skale je visoka $\alpha=0.93$ (Beck & Steer, 1990).

BDI II. Bekov inventar depresije (BDI), jedan od danas najčešće korišćenih instrumenata za određivanje težine depresije (Hautzinger, 2002). BDI je instrument, koji se sastoji od 21 čestice. Bekovo inventara depresivnosti - drugo izdanje (Beck Depression Inventory, BDI-II; Beck et al., 1996) predstavlja samoopisnu meru depresivnih simptoma. Maksimalni broj bodova je 63. Pouzdanost inventara izražena Kronbahovim alfa koeficijentom za skupinu ambulantnih bolesnika iznosi 0,92, a za skupinu studenata .93 (Beck et al., 1996). Bek i saradnici nalaze pozitivnu povezanost BDI-II s Bekovom lestvicom beznađa (BHS; $r = .68, p < .01$), Lestvicom suicidalnih misli (SSI; $r = .37, p < .01$), te Bekovim upitnikom anksioznosti (BAI; $r = .60, p < .001$).

Upitnici koji služe proceni konstrukta osetljivosti na anksioznost dati su u prilogima, uz pridružen inventar OnA, koji je nastao kao proizvod ovog istraživanja, a

deskriptivni podaci i detaljnije informacije o metrijskim svojstvima ASI, ASI-R i ASI-3 inventara date su u okviru sekcije rezultata istraživanja.

Metod analize podataka

Struktura zajedničkog latentnog prostora upitnika ASI i ASI-R ispitana je uz pomoć eksplorativne faktorske analize (EFA), koja je sprovedena u programu FACTOR (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2013). Kao postupak ekstrakcije faktora korišćena je robusna verzija dijagonalno ponderisanih najmanjih kvadrata (engl. Diagonally Weighted Least Squares – DWLS; DiStefano & Morgan, 2014; Li, 2016; Míndrila, 2010), koji je prikladan za rad sa ordinalnim/stepenovanim stavkama (kakve su Likertove). Paralelna analiza i HULL postupak, koji se koriste kao preporučeni postupci za utvrđivanje optimalnog broja fakora (Subotić, 2013).

Provera interne strukture upitnika ASI-3 sprovedena je upotrebom konfirmatorne faktorske analize (CFA) u paketu „lavaan” (Rosseel, 2012) u R okruženju (R Core Team, 2016) i zasnovana je na DWLS postupku ekstrakcije faktora (DiStefano & Morgan, 2014; Li, 2016; Míndrila, 2010). Parametri saglasnosti su procenjeni robusnom metodom ponderisanih najmanjih kvadrata (WLSMV procenitelj), koji se preporučuje za modele koji sadrže kategorijalne/ordinalne mere - stavke sa formatom odgovora Likertovog tipa (Flora & Curran, 2004). Za potrebe evaluacije fita modela, korišćeni su sledeći indeksi saglasnosti: komparativni indeks fita (CFI), Tucker-Lewis indeks (TLI), koren iz prosečne kvadrirane greške aproksimacije (RMSEA) i SRMS indeks (eng. Standardized Root Mean Square Residual).

Psihometrijske karakteristike stavki i dimenzija upitnika ASI-3 i kombinacije upitnika ASI i ASI-R, su proverene analizama zasnovanim na teoriji odgovora na stavke (IRT). Analiza je sprovedena u paketu „ltm” (Rizopoulos, 2006) u R okruženju. Prilikom sprovođenja IRT analize korišćena je „grm“ (engl. Graded Response Model) procedura, koja je prikladna za stepenovane stavke sa jednakim brojem ponuđenih odgovora. Hijerarhijske višestruke regresione analize su sprovedene sa ciljem ispitivanja inkrementalne validnosti dimenzija upitnika ASI-3 i kombinacije ASI/ASI-R.

REZULTATI

Zajednički latentni prostor ASI i ASI-R inventara

Zajednički latentni prostor upitnika ASI i ASI-R ispitan je uz pomoć eksplorativne faktorske analize (EFA). Imajući u vidu da ova dva inventara dele 10 identičnih ajtema, duplirani ajtemi su u analizu uvršteni samo jednom. Ovo je izvršeno po principu da su u analizu uključeni svi ASI ajtemi, a pored njih su uvršteni svi ASI-R ajtemi koji nisu sadržani u ASI. Tako je inicijalna analiza kombinovano obuhvatila 42 ASI (svih 16) i ASI-R (36-10=26) ajtema. Prosečna korelacija odgovora ispitanika na duplirane ASI/ASI-R ajteme iznosila je $M_{\rho_ASI-ASI-R_duplirani}=.687$ ($SD=.17$). Sprovedenje EFA na način da su odgovori na duplirane ajteme uzimani iz ASI-R, umesto ASI, rezultovalo je vrlo sličnim faktorskim rešenjem, tako da, zbog redundantnosti, ova varijacija analize nije prikazana.

Sve analize su sprovedene na matrici polihoričnih korelacija. EFA su sprovedene etapno, pošto su neadekvatni ajtemi (npr. ajtemi sa niskim zasićenjima, ajtemi sa višestrukim zasićenjima na više faktora i slično) uklanjani u nekoliko sukcesivnih koraka, a u radu je prikazana samo finalna verzija analize. Kao kriterijum za odstranjivanje ajtema tipično se koristi granica faktorskih zasićenja od $\Lambda < |.30|$ ili $\Lambda < |.32|$ (npr., Grice 2001; Tabachnick & Fidell 2013), ali je ovde, s obzirom na broj ajtema i stepen njihovog potencijalnog preklapanja, korišćen nešto strožiji kriterijum za odstranjenje od $\Lambda < |.40|$ (Grice 2001). Odnosno, iz analiza su automatski uklonjeni svi ajtemi koji ni na jednom faktoru nemaju veće zasićenje od .40.

ASI i ASI-R imaju relativno nestabilnu faktorsku strukturu, ali su ranija istraživanja identifikovala da je u njihovom zajedničkom latentnom prostoru najopravdanije očekivati tri faktora (Taylor et al., 2007): fizičku osetljivost na anksioznost, kognitivnu osetljivost na anksioznost i socijalnu osetljivost na anksioznost. Ova tri faktora su očekivano visoko korelirana i hijerarhijski organizovana, tj. iznad njih je moguće pretpostaviti jedan zajednički faktor drugog reda, koji se odnosi na generalnu/opštu osetljivost na anksioznost (Taylor et al., 2007). Stoga je polazna intencija prilikom sprovođenja EFA bila ekstrakcija većeg broja koreliranih faktora prvog reda, a potom sprovođenje eksplorativne (bifaktorske) hijerarhijske faktorske

analize, u svrhu provere opravdanosti i trofaktorskog rešenja i rešenja sa faktorom višeg reda, sledeći istu generalnu ideju kojom su se rukovali Taylor i saradnici (2007) prilikom konstrukcije ASI-3³ iz zajedničkog latentnog prostora ASI i ASI-R. U skladu s preporukama iz literature, kao postupak za određenje optimalnog broja faktora korišćena je paralelna analiza – PA (npr., Subotić, 2013). Međutim, u zavisnosti od konkretne etape EFA analize, PA je sugerisala zadržavanje jednog ili dva faktora. Dopunski konsultovani HULL postupak (Subotić, 2013) konzistentno je sugerisao zadržavanje jednog faktora. Drugim rečima, preporučeni konvencionalni postupci za određenje optimalnog broja faktora (Subotić, 2013) od starta su favorizovali hijerarhijski nadređeno rešenje, tj. potfaktorisali su, ako se kao referentan uzme nalaz Taylora i saradnika (2007) o postojanju tri faktora prvog reda. Iz ovog razloga, kontra indicijama PA i HULL postupaka, ipak je isprobana faktorska solucija sa tri faktora (a radno su proverene i opcije sa manjim i većim brojem faktora). Kako je utvrđeno da solucija sa tri pretpostavljena faktora jasno rezultuje faktorima fizičke osetljivosti, kognitivne osetljivosti i socijalne osetljivosti na anksioznost, koji su zapravo i teorijski očekivani, kao polazna osnova za analizu ipak je uzeto trofaktorsko rešenje. Nakon etapne eliminacije ukupno 16 ajtema (sa niskim i/ili višestrukim zasićenjima i sl.), dobijena je trofaktorska solucija, koja je objašnjavala ukupno 61.61% zajedničke varijanse ajtema. Faktori su rotirani u Promax poziciju. Rezultati su dati u Tabeli 2.

Tabela 2. Rezultati EFA analize ASI i ASI-R upitnika

Br.	Oznaka	Ajtemi	Faktorska zasićenja (Λ)		
			FOnA	KOnA	SOnA
1	asi1	Važno je da ne izgledam uznemireno.			.468
2	asi2	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.		.660	
4	asi4	Uplašim se kada mi se vrti u glavi.	.711		
5	asi5	Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima.			.470
6	asi6	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa.	.640		

³ Dosledna replikacija procedure/koraka Taylora i saradnika (2007) nije bila moguća, zbog velikih razlika u strukturi i veličini uzorka između istraživanja.

8	asi8	Uplašim se kada mi je muka u stomaku.	.620
9	asi9	Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar.	.766
10	asi10	Uplašim se kada ostanem bez daha.	.887
11	asi11	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan.	.651
14	asi14	Neobični telesni simptomi me plaše.	.448
15	asi15	Kad sam uznemiren, brinem da bih mogao biti mentalno bolestan.	.916
17	asiR1	Kada osetim da nemam dovoljno vazduha, plašim se da bih mogao/la da se ugušim.	.948
19	asiR4	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno).	.833
20	asiR6	Kada osetim stezanje u grlu brinem da bih mogao/la da se ugušim .	.946
21	asiR8	Kada počnem nepravilno da dišem, plašim se da će se nešto loše dogoditi.	.594
22	asiR10	Kada imam problema sa gutanjem, brinem se da bih mogao/la da se zadavim.	.747
25	asiR14	Verujem da bi bilo užasno da povraćam u javnosti ili pred ljudima.	.756
26	asiR15	Mislím da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.	.579
27	asiR16	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.	.808
29	asiR18	Kada počnem da se znojím pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni.	.487
30	asiR19	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.	.742
34	asiR24	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt.	.726
38	asiR30	Plaši me kada osećam trnjenje i peckanje u rukama.	.542
40	asiR32	Kada mi misli brzo naviru brinem da ću poludeti.	.984
41	asiR33	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom.	.615
42	asiR36	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.	.890

Karakteristični koren	7.86	4.01	3.16
Cronbachova α	.948	.901	.841
McDonaldova ω	.949	.907	.845
Korelacija s FOnA	1		
Korelacija s KOnA	.691	1	
Korelacija s SOnA	.604	.682	1

Legenda: FOnA = Fizička osetljivost na anksioznost; KOnA = Kognitivna osetljivost na anksioznost; SOnA = Socijalna osetljivost na anksioznost. Šifre iz kolone Oznaka se odnose na poziciju ajtema u ASI, odnosno ASI-R inventaru. Cronbachova α i McDonaldova ω su koeficijenti pouzdanosti interne konzistencije (Zinbarg, Revelle, Yovel, & Li, 2005). KMO=.932.

Sva tri faktora su visoko interkorelirana, a pouzdanosti interne konzistencije (α i ω koeficijenti; Zinbarg et al., 2005) su dobre/adekvatne, pošto svi koeficijenti prelaze .80 (Nunnally & Bernstein, 1994). Faktor FOnA primarno je zasićen stavkama čiji se sadržaj odnosi na strah od fizičkih senzacija. Na ovom faktoru, najviša zasićenja imaju stavke koje su indikatori strahovanja od respiratornih simptoma, nakon njih po nivou zasićenja slede ajtemi koji ističu strahovanje od kardiovaskularnih simptoma, dok je nivo zasićenja najniži na stavkama koje u svom sadržaju ističu gastrointestinalne simptome. Vrednosti zasićenja stavki kreću se u rasponu od .448 do .948. Među stavkama koje su grupisane u sklopu faktora FOnA nalazi se i jedna stavka koja je identifikovana kao problematična u prethodnim istraživanjima (npr., Taylor & Cox, 1998). Reč je o ajtemu asi 14: “Neobični telesni simptomi me plaše.” Razlog problematičnosti ovog ajtema je verovatno njegova nejasnoća u smislu ukazivanja na to koje su to konkretne telesne senzacije koje ispitanik procenjuje neobičnim i koje izazivaju strah (Taylor & Cox, 1998). U ovom istraživanju, reč je o ajtemu koji ima najniže faktorsko zasićenje od svih koji su ušli u sastav fizičke osetljivosti na anksioznost. Drugi faktor, KOnA, definisan je stavkama koje opisuju bojazan od kognitivne diskontrole. Vrednosti zasićenja stavki se kreću u rasponu od .615 do .984. Treći faktor, SOnA, u svom sadržaju uključuje stavke

koje se odnose na strah od simptoma vidljivih javnosti. Vrednost zasićenja stavki kreću se u rasponu od .468 do .808. Među ajtemima koji definišu ovaj faktor nailazimo na jednu potencijalno sadržinski višeznačnu tvrdnju - asi 5: „Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima”. Pre bi se reklo da ova tvrdnja odgovara nekom konceptu koji nije toliko svojstven samo za osetljivost na anksioznost, koliko se odnosi i na strah od gubitka kontrole tokom proživljavanja emocija, više nego na samo njihovo proživljavanje. No, ova stavka ipak „opstaje”, tj. očigledno je da ipak ima smisla, odnosno da je relevantna za ovaj faktor (u specifičnom smislu). Sličan nalaz koji potvrđuju i prethodna istraživanja (Olatunji et al., 2005).

U sledećem koraku je sprovedena eksplorativna bifaktorska analiza (EFA), u kojoj su polazni skup stavki sačinjavala zadržana 26 ajtema iz prethodne trofaktorske solucije. U bifaktorskoj analizi je pretpostavljeno postojanje tri faktora prvog reda i jedan (generalni, tj. GOnA) faktor višeg reda. Svi faktori su postavljeni u međusobno ortogonalnu, tj. nekoreliranu poziciju. Nakon ekstrakcije, GOnA i Sp OnA su objašnjavali ukupno 65.80% zajedničke varijanse ajtema. Rezultati su prikazani u Tabeli 3. Zbog preglednosti, iz prikaza (i interpretacije) su isključena faktorska zasićenja manja od $\Lambda < .32$ (Tabachnick & Fidell 2013). Ovaj manje restriktivni kriterijum je odabran s obzirom na to da se u bifaktorskoj analizi ajtemi simultano fituju i na GOnA i Sp OnA, zbog čega je za očekivati da će faktorska zasićenja tipično biti niža u odnosu na ona iz „obične“ EFA. Svi ajtemi su imali zasićenja veća od ovog praga na GOnA faktoru. Na specifičnim faktorima, ovaj prag su prešla četiri ajtema za faktor FOnA, pet ajtema za faktor KOnA i sedam ajtema za faktor SOnA. Odnosno, 16 od ukupno 26 zadržanih ajtema su identifikovani kao naročito dobri reprezenti domen specifičnih aspekata fizičke, kognitivne i socijalne osetljivosti na anksioznost, tj. ovi ajtemi se mogu posmatrati kao glavni nosioci faktora prvog reda. Preostalih 10 ajtema (koji su se u originalnoj EFA grupisali pod faktor FOnA) ipak bolje operacionalizuju opštu osetljivost na anksioznost, odnosno generalni faktor, tj. faktor višeg reda. Međutim, treba naglasiti da čak i 16 ajtema koji su identifikovani kao dobri reprezenti domena specifičnih faktora, uglavnom podjednako dobro reprezentuju i opštu osetljivost na anksioznost.

Tabela 3. Rezultati EFA analize ASI i ASI-R inventara

Br.	Oznaka	Ajtemi	Faktorska zasićenja (Λ)			
			SpOnA			GOnA
			FOnA	KOnA	SOnA	
1	asi1	Važno je da ne izgledam uznemireno.			.468	.321
2	asi2	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.		.365		.625
4	asi4	Uplašim se kada mi se vrti u glavi.				.657
5	asi5	Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima.			.470	.422
6	asi6	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa.				.775
8	asi8	Uplašim se kada mi je muka u stomaku.				.712
9	asi9	Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar.				.811
10	asi10	Uplašim se kada ostanem bez daha.	.409			.643
11	asi11	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan.				.813
14	asi14	Neobični telesni simptomi me plaše.				.750
15	asi15	Kad sam uznemiren, brinem da bih mogao biti mentalno bolestan.		.522		.754
17	asiR1	Kada osetim da nemam dovoljno vazduha, plašim se da bih mogao/la da se ugušim.	.594			.674
19	asiR4	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno).				.792
20	asiR6	Kada osetim stezanje u grlu brinem da bih mogao/la da se ugušim.	.495			.779
21	asiR8	Kada počnem nepravilno da dišem, plašim se da će se nešto loše dogoditi.				.786
22	asiR10	Kada imam problema sa gutanjem, brinem se da bih mogao/la da se zadavim.	.446			.652
25	asiR14	Verujem da bi bilo užasno da povraćam u javnosti ili pred ljudima.			.563	.362
26	asiR15	Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.			.447	.610
27	asiR16	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.			.612	.613
29	asiR18	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni.			.337	.654
30	asiR19	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.			.522	.391
34	asiR24	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt.				.772

38	asiR30	Plaši me kada osećam trnjenje i peckanje u rukama.				.666
40	asiR32	Kada mi misli brzo naviru brinem da ću poludeti.			.595	.688
41	asiR33	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom.			.396	.371
42	asiR36	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.			.555	.691
Procent objašnjene varijanse (od 65.80% ukupno objašnjene zajedničke varijanse)			8.56%	8.64%	10.63%	72.18%

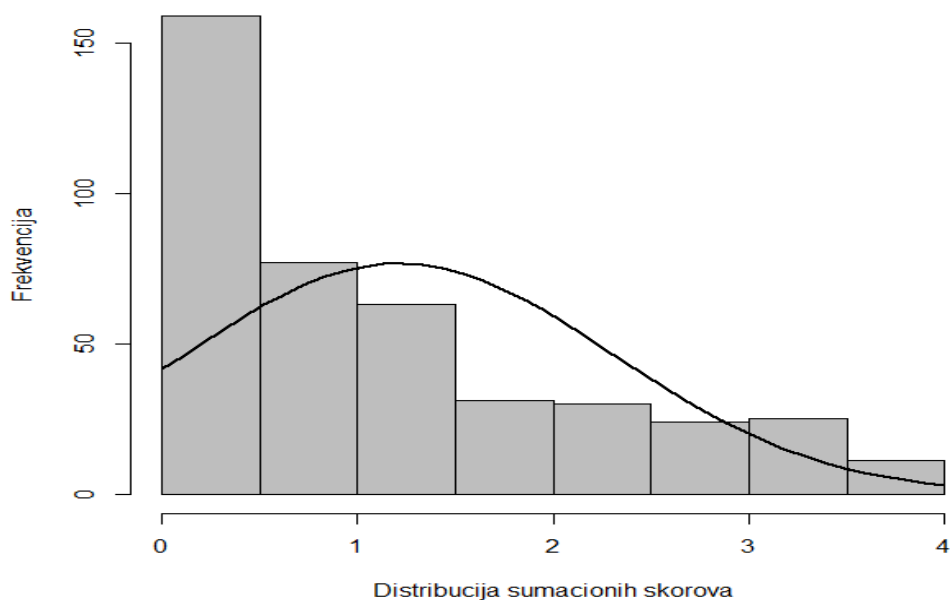
Legenda: Sp OnA = domen specifični faktori prvog reda (FOnA = Fizička osetljivost; KOnA = Kognitivna osetljivost; SonA = Socijalna osetljivost). GOnA = generalni faktor osetljivosti na anksioznost, tj. faktor višeg reda. Šifre iz kolone Oznaka se odnose na poziciju ajtema u ASI, odnosno ASI-R inventaru.

Generalni faktor, odnosno opšta osetljivost na anksioznost, objašnjava većinu ekstrahovane varijanse ajtema, dok su domen specifični faktori odgovorni za nešto manje od 28% varijanse. ECV vrednost za ovaj model iznosi .722, 95% CI [.673, .744]. ECV je parametar za procenu tzv. esencijalne/funkcionalne unidimenzionalnosti, pri čemu vrednosti preko .85 upućuju na zaključak da se podaci mogu tretirati kao funkcionalno unidimenzionalni (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). Ovde dobijena ECV vrednost, u kombinaciji sa samim procentima objašnjene varijanse za koju su odgovorni GOnA, odnosno specifični faktori, sugeriše da, premda postoji trend ka unidimenzionalnosti i primatu generalnog faktora osetljivosti na anksioznost, ipak nije potpuno opravdano tretirati dobijenu latentnu strukturu kao „de facto“ jednodimenzionalnu, već je verovatnije da i faktor višeg i faktori nižeg reda, imaju teorijsku i/ili praktičnu vrednost.

Kako su specifični, odnosno faktori prvog reda, od nešto većeg teorijskog interesa iz perspektive ovog istraživanja, na njih je stavljen primarni fokus u narednim analizama. Premda bi i tri faktora, u formi u kojoj su identifikovana u okviru EFA, mogla da se legitimno koriste za potrebe operacionalizacija fizičke, kognitivne i socijalne osetljivosti na anksioznost, u nastavku je ipak korišćeno samo 16 ajtema, koji su identifikovani kao dobro reprezentujući za specifične faktore na osnovu eksplorativne bifaktorske analize. Ova odluka o davanju prednosti redukovanim verzijama faktora motivisana je željom da se ova tri aspekta/faktora osetljivosti na anksioznost obuhvate u što „čistijoj“ formi. Simplifikacije radi, skorovi za ove faktore

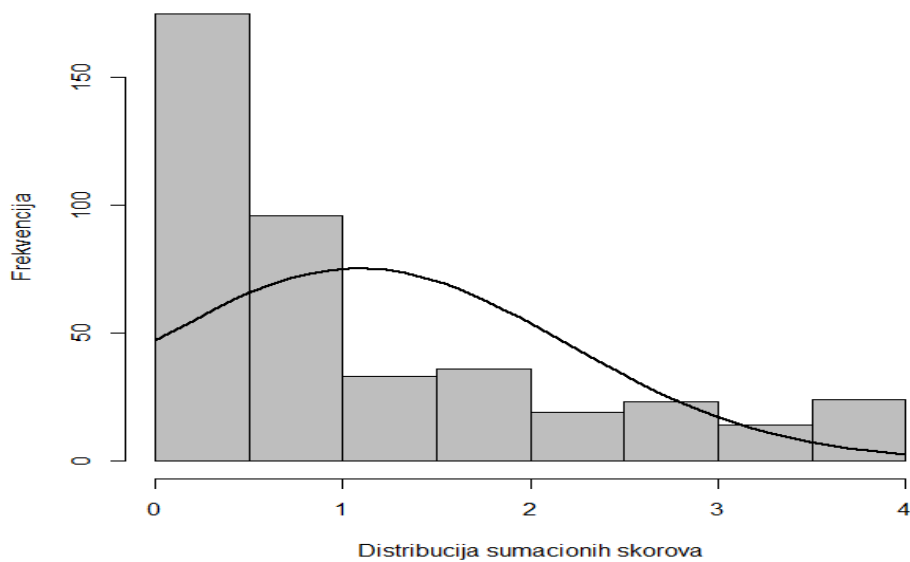
operacionalizovani su na osnovu prostih sumacija odgovora korespondentnih specifičnih ajtema za fizičku (ajtemi: asi10, asiR1, asiR6 i asiR10), kognitivnu (ajtemi: asi2, asi15, asiR32, asiR33, asiR36) i socijalnu (ajtemi: asi1, asi5, asiR14, asiR15, asiR16, asiR18 i asiR19) osetljivost na anksioznost, uz deljenje skorova brojem ajtema, kako bi se dobio normalizovani raspon skorova od 0 do 4. Pouzdanosti internih konzistencija (α i ω koeficijenti; Zinbarg et al., 2005) ovih redukovanih faktora/supskala bile su adekvatne (Nunnally & Bernstein, 1994): 1) fizička osetljivost na anksioznost: $\alpha=.903$, $\omega=.906$, 2) kognitivna osetljivost na anksioznost: $\alpha=.901$, $\omega=.907$, i 3) socijalna osetljivost na anksioznost: $\alpha=.841$, $\omega=.845$. Treba naglasiti i da je pouzdanost interne konzistencije adekvatna, kada se svih zadržanih 26 ajtema posmatraju kao delovi jedne dimenzije/skora: $\alpha=.973$, $\omega=.973$.

Distribucije i prosečne vrednosti sumacionih skorova za faktore prikazani su na Grafikonima od 1. do 3.

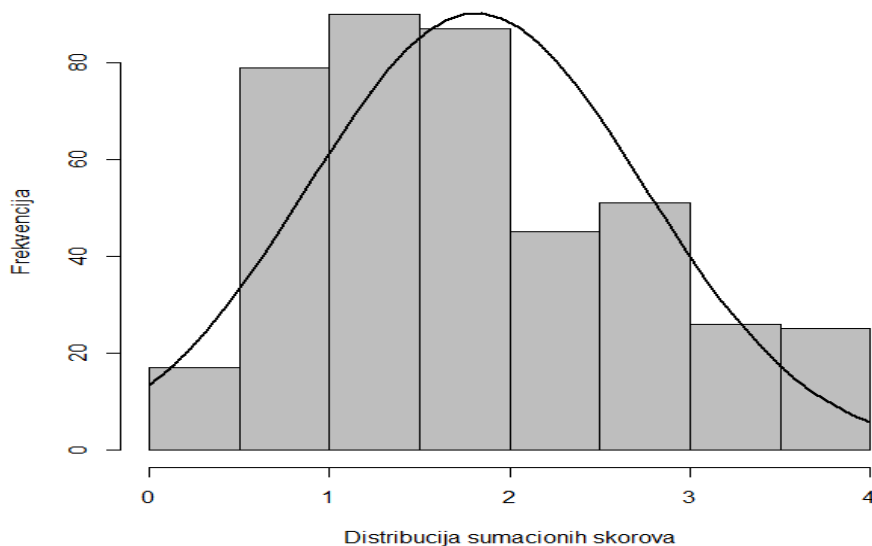


Grafikon 1. Distribucija sumacionih skorova redukovanog faktora fizičke osetljivosti na anksioznost. $M=1.21$, $SD=1.09$. $Sk=0.84$, $Ku=-0.29$.⁴

⁴ Prikazane vrednosti Sk i Ku na graficima nisu standardizovane



Grafikon 2. Distribucija sumacionih skorova redukovanog faktora kognitivne osetljivosti na anksioznost. $M=1.08$, $SD=1.11$. $Sk=1.13$, $Ku=0.22$.



Grafikon 3. Distribucija sumacionih skorova redukovanog faktora socijalne osetljivosti na anksioznost. $M=1.81$, $SD=0.93$. $Sk=0.51$, $Ku=-0.57$.

Žene su ostvarivale nešto više prosečne skorove na sva tri faktora (Tabela 4), premda se sve ove razlike mogu okarakterisati kao trivijalno niske (Cohen, 1992) i niti

jedna od njih ne dostiže konvencionalni nivo statističke značajnosti ($p < .05$), i premda se razlike u pogledu prosečnih skorova kognitivne i socijalne osetljivosti približavaju toj granici.

Tabela 4. *Polne razlike u prosečnim sumacionim skorovima faktora osetljivosti na anksioznost*

Skale	Pol	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
FonA	Muški	1.15	1.07	-1.25	.212	0.12
	Ženski	1.28	1.12			
KonA	Muški	0.99	1.07	-1.94	.053	0.19
	Ženski	1.20	1.15			
SOnA	Muški	1.74	0.93	-1.90	.058	0.19
	Ženski	1.91	0.92			

$N_{\text{žene}}=188$, $N_{\text{muškarci}}=232$. FONA = Fizička osetljivost; KONa = Kognitivna osetljivost; SONa = Socijalna osetljivost. $df=418$ (df =broj stepeni slobode). t =Studentov t -statistik. p =pokazatelj statističke značajnosti. d =Cohenova mera veličine efekta (Cohen, 1992).

Provera latentne strukture ASI-3 inventara

Latentna struktura ASI-3 upitnika ispitana je uz pomoć konfirmativne faktorske analize (CFA), koja je sprovedena u programu „lavaan“ za R (Rosseel, 2012) i zasnovana je na DWLS postupku ekstrakcije faktora (DiStefano & Morgan, 2014; Li, 2016; Mîndrila, 2010). ASI-3 upitnik je sačinjen od 18 ajtema, koji predstavljaju kompilaciju ASI i ASI-R tvrdnji, a ranija istraživanja ukazuju na dobru saglasnost, odnosno fit sa empirijskim podacima koreliranog trofaktorskog rešenja (Taylor et al., 2007), koje podrazumeva faktore fizičke osetljivosti, kognitivne osetljivosti i socijalne osetljivosti na anksioznost. Inicijalni fit trofaktorskog ASI-3 modela sa podacima iz ovog istraživanja bio je okvirno prihvatljiv (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008), ali ne i dobar, uz osetno niže vrednosti nego što je to bio slučaj u referentnom istraživanju Tejlora i saradnika (2007): $\chi^2(132)=878.70$, $p < .001$; CFI=.936, TLI=.926, SRMR=.064, RMSEA=.116, 90% CI [.109, .124]. Treba napomenuti da se na osnovu uobičajenih radnih preporuka CFI i TLI vrednosti $\geq .95$ tipično smatraju dobrim, dok su vrednosti

$\geq .90$ prihvatljive; $SRMR \leq .08$ je prihvatljiv, a $SRMR \leq .05$ je dobar; $RMSEA \leq .07$ je prihvatljiv, a $RMSEA \leq .06$ je dobar (Hooper et al., 2008). Glavni razlog nešto lošijeg fita predstavljala je korelacija reziduala ajtema br. 17 („Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.“; napomena: ovo je takođe ajtem br. 15 iz ASI-R) sa ajtemima br. 16 („Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom.“; napomena: ovo je takođe ajtem br. 33 iz ASI-R) i br. 2 („Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.“; napomena: ovo je takođe ajtem br. 2 iz ASI, odnosno ajtem br. 34. iz ASI-R). Ove korelacije reziduala su iznosile, redom: .437 i -.209. Kako navedene vrednosti prelaze tipično dozvoljene granice od $|\leq .20|$ (npr., Reise & Revicki, 2014) i kako nije bilo snažnog teorijskog razloga da se u modelu dozvole korelacije reziduala ovih ajtema, ajtem br. 17 je uklonjen. Uklanjanje ovog ajtema bilo je opravdano i sa aspekta neophodnosti toga da se ispoštuju preduslovi za vršenje IRT analize, jer odsustvo korelacije reziduala, odnosno lokalna nezavisnost, predstavlja jedan od neophodnih zahteva za vršenje ove analize (Reise & Revicki, 2014). Nakon eliminacije ajtema br. 17, fit modela se značajno popravio, do vrednosti koje su tek neznatno lošije od onih iz referentnog istraživanja Tejlora i saradnika (2007): $\chi^2(116)=404.50$, $p < .001$; CFI=.973, TLI=.969, SRMR=.046, RMSEA=.077, 90% CI [.069, .085]. Faktorska zasićenja preostalih 17 ASI-3 ajtema data su u Tabeli 5. Sva faktorska zasićenja (Λ) su generalno visoka, korelacije između faktora su visoke, a pouzdanosti interne konzistencije (α i ω koeficijenti; Zinbarg et al., 2005) su adekvatne (Nunnally & Bernstein, 1994). Sve ove vrednosti (faktorska zasićenja, korelacije faktora i interne konzistencije) su u skladu sa nalazima iz referentne studije Taylora i saradnika (2007). Takođe, sve proporcije ekstrahovane zajedničke varijanse u odnosu na varijansu greške (AVE) su iznad poželjnih .50 (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 5. Rezultati CFA analize ASI-3 inventara

Br.	Ajtemi	Faktorska zasićenja (Λ)		
		FOnA	KOnA	SOnA
4	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao/la biti ozbiljno bolestan/na. (ASI-11, ASI-R-26)	.740		

12	Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom. (ASI-R-27)	.896		
8	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt. (ASI-R-24)	.855		
7	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno). (ASI-R-4)	.805		
15	Kada osetim stezanje u grlu brinem da bih se mogao/la ugušiti. (ASI-R-6)	.935		
3	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa. (ASI-6, ASI-R-7)	.631		
14	Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti. (ASI-R-32)	.910		
18	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom. (ASI-R-36)	.925		
10	Kada sam rasejan/a, brinem da sam mentalno oboleo/la. (ASI-R-31)	.875		
16	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom. (ASI-R-33)	.714		
2	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma. (ASI-2, ASI-R-34)	.795		
5	Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak. (ASI-12)	.810		
9	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah. (ASI-R-16)	.865		
6	Kada imam drhtavicu u prisustvu drugih ljudi, plašim se šta bi oni mogli da pomisle o meni. (ASI-R-17)	.915		
11	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima. (ASI-R-19)	.593		
13	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni. (ASI-R-18)	.853		
1	Važno mi je da ne izgledam uznemireno. (ASI-1, ASI-R-13)	.559		
	Cronbachova α	.918	.932	.867
	McDonaldova ω	.894	.916	.824
	Proporcija ekstrahovane zajedničke varijanse (AVE)	.667	.708	.596

Korelacija s FonA	1		
Korelacija s KonA	.842	1	
Korelacija s SonA	.697	.767	1
<i>M</i>	1.19	1.10	1.44
<i>SD</i>	1.01	1.11	1.06

Legenda: FOnA = Fizička osetljivost; KOnA = Kognitivna osetljivost; SonA = Socijalna osetljivost. Oznake u zagradama iza ajtema (ASI-, ASI-R-) odnose se na poziciju datog ajtema u ASI, odnosno ASI-R verziji upitnika. Cronbachova α i McDonaldova ω su koeficijenti pouzdanosti interne konzistencije (Zinbarg et al., 2005). Sva faktorska zasićenja su statistički značajna ($p < .001$). *M* (aritmetička sredina) i *SD* (standardna devijacija) odnose se na vrednosti sumacionih skorova (normalizovanih na raspon od 0 do 4).

Kako ASI-3 inventar može biti konceptualizovan i kao hijerarhijska mera (Taylor et al., 2007), koja podrazumeva zajedničku dimenziju višeg reda, proverena je i konfirmativna bifaktorska solucija, u kojoj su istovremeno pretpostavljeni i jedan generalni (GOnA) faktor osetljivosti na anksioznost, koji zasićuje sve ajteme, i tri domen specifična (Sp OnA) faktora: fizičke osetljivosti, kognitivne osetljivosti i socijalne osetljivost na anksioznost, koja su ortogonalna, tj. nekorelirana sa GOnA faktorom, kao i između sebe. Ovaj model je pokazao još bolji fit u odnosu na korelirani trofaktorski model: $\chi^2(102)=231.57$, $p < .001$; CFI=.988, TLI=.984, SRMR=.033, RMSEA=.055, 90% CI [.046, .064]. Faktorska zasićenja (vidjeti Tabelu 6) na generalnom faktoru bila su u rasponu od .425 do .898, uz prosečno zasićenje od $M_{\Lambda_G}=.708$, pri čemu je pouzdanost interne konzistencije GOnA faktora bila adekvatna (Nunnally & Bernstein, 1994): $\alpha_G=.951$ i $\omega_G=.865$. Napomena: Interna konzistencija ASI-3 u soluciji sa samo jednim faktorom, bez da se specifikuju domen specifični faktori, bila je izuzetno visoka: $\alpha=.951$ i $\omega=.986$ (sumacioni skor: $M=1.23$, $SD=0.94$), premda je fit ovakvog modela lošiji i od bifaktorskog i od koreliranog trofaktorskog: $\chi^2(119)=987.53$, $p < .001$; CFI=.920, TLI=.909, SRMR=.084, RMSEA=.132, 90% CI [.124, .140]. Faktor generalne osetljivosti na anksioznost iz bifaktorskog modela objašnjavao je oko 76.50% od ukupne objašnjenje zajedničke varijanse ASI-3 inventara, dok su tri domen specifična faktora objašnjavala preostalih 23.5% varijanse, što su osetno veće vrednosti u korist GOnA faktora u odnosu na referentni nalaz Tejlora i saradnika (2007). Po analogiji sa ranijim zaključkom iz eksplorativne bifaktorske

analize zajedničkog latentnog prostora ASI i ASI-R inventara, sve ovo ukazuje na opravdanost posmatranja ASI-3 inventara preko jedne zajedničke dimenzije, odnosno skora osetljivosti na anksioznost, premda ne isključuje sasvim opravdanost njegove operacionalizacije kroz tri supskale, odnosno faktora nižeg reda.

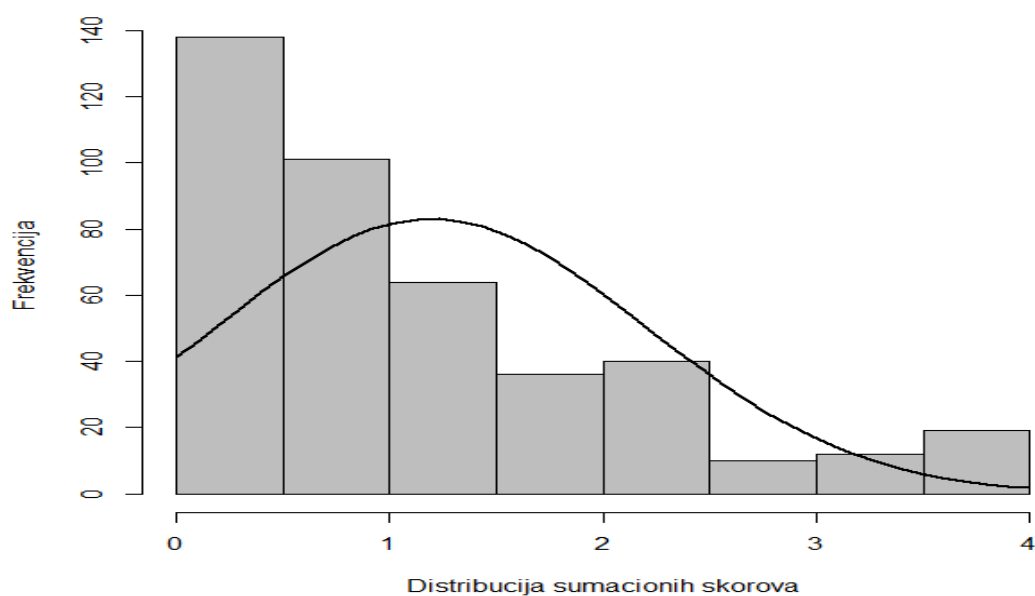
Tabela 6. *Rezultati konfirmativne bifaktorske analize ASI-3 inventara*

Br.	Ajtemi	Faktorska zasićenja (Λ)			
		Sp OnA			GOnA
		FOnA	KOnA	SonA	
4	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao/la biti ozbiljno bolestan/na. (ASI-11, ASI-R-26)	.379			.641
12	Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom. (ASI-R-27)	.526			.755
8	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt. (ASI-R-24)	.528			.707
7	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno). (ASI-R-4)	.432			.691
15	Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih mogao/la da se ugušim. (ASI-R-6)	.161			.876
3	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa. (ASI-6, ASI-R-7)	.484			.505
14	Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti. (ASI-R-32)		.360		.855
18	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom. (ASI-R-36)		.185		.898
10	Kada sam rasejan/a brinem da sam mentalno oboleo/la. (ASI-R-31)		.380		.819
16	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom. (ASI-R-33)		.037		.713
2	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma. (ASI-2, ASI-R-34)		.352		.747
5	Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak. (ASI-12)		-.029		.820
9	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah. (ASI-R-16)			.628	.669

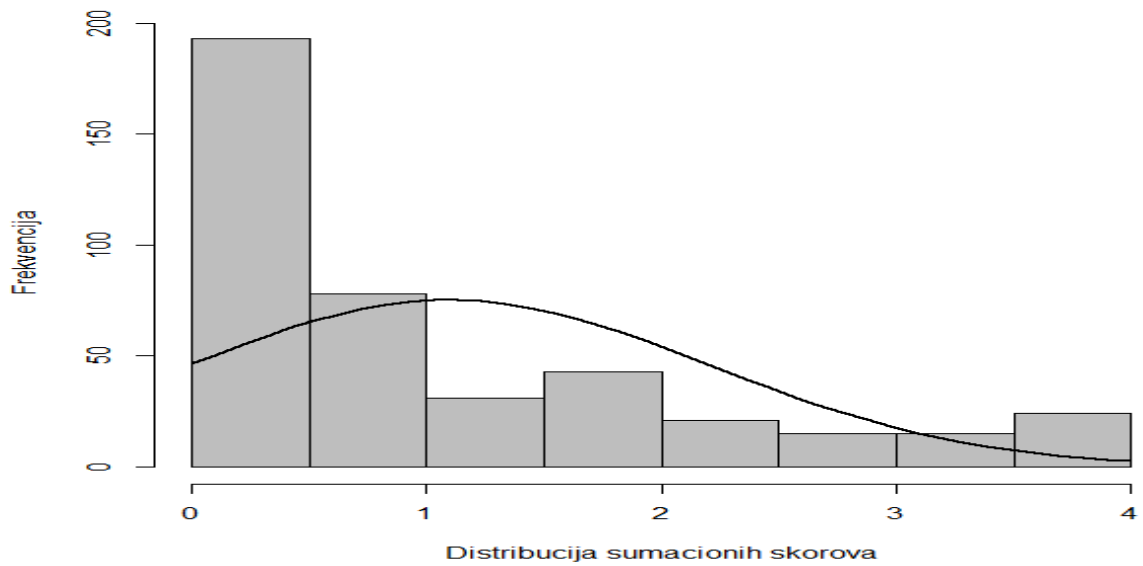
6	Kada imam drhtavicu u prisustvu drugih ljudi, plašim se šta bi oni mogli da pomisle o meni. (ASI-R-17)	.518	.735
11	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima. (ASI-R-19)	.399	.463
13	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni. (ASI-R-18)	.361	.717
1	Važno mi je da ne izgledam uznemireno. (ASI-1, ASI-R-13)	.422	.425

Legenda: Sp OnA = domen specifični faktori prvog reda. FOnA = Fizička osetljivost; KonA = Kognitivna osetljivost; SOnA = Socijalna osetljivost). GOnA = generalni faktor osetljivosti na anksioznost, tj. faktor višeg reda. Oznake u zagradama iza ajtema (ASI-, ASI-R-) odnose se na poziciju datog ajtema u ASI, odnosno ASI-R verziji upitnika. Sva faktorska zasićenja su statistički značajna ($p < .001$), osim zasićenja ajtema br. 16 i 5 na faktoru Kognitivne osetljivosti.

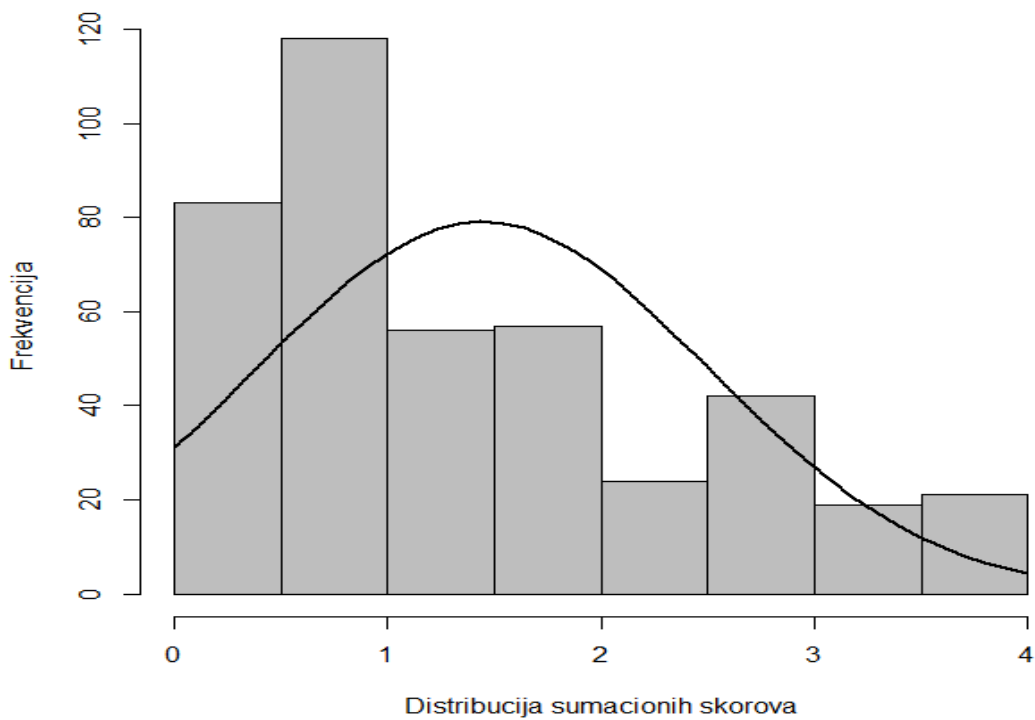
Distribucije i prosečne vrednosti sumacionih skorova za faktore prikazani su na Grafikonima od 4 do 6.



Grafikon 4. Distribucija sumacionih skorova ASI-3 faktora fizičke osetljivosti na anksioznost. $M=1.10$, $SD=1.11$. $Sk=1.17$, $Ku=0.39$.



Grafikon 5.. Distrubucija sumacionih skorova ASI-3 faktora kognitivne osetljivosti na anksioznost. $M=1.44$, $SD=1.06$. $Sk=0.76$, $Ku=-0.39$.



Grafikon 6. Distrubucija sumacionih skorova ASI-3 faktora socijalne osetljivosti na anksioznost. $M=1.23$, $SD=0.94$. $Sk=1.06$, $Ku=0.41$.

Žene su ostvarivale nešto više prosečne skorove na sva tri faktora (Tabela 7). Razlika u pogledu skorova kognitivne osetljivosti na anksioznost je niska (Cohen, 1992), i jedina je koja dostiže konvencionalni nivo statističke značajnosti.⁵

Tabela 7. Polne razlike u prosečnim sumacionim skorovima ASI-3 faktora osetljivosti na anksioznost

Skale	Pol	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
FonA	Muški	1.13	0.97	-1.49	.136	0.15
	Ženski	1.27	1.04			
KonA	Muški	0.99	1.07	-2.22	.027	0.22
	Ženski	1.23	1.15			
SOnA	Muški	1.37	1.02	-1.68	.094	0.16
	Ženski	1.54	1.10			

$N_{\text{žene}}=188$, $N_{\text{muškarci}}=232$. FOnA = Fizička osetljivost; KOnA = Kognitivna osetljivost; SOnA = Socijalna osetljivost. $df=418$ (df =broj stepeni slobode). t =testni statistik t -test analize. p =pokazatelj statističke značajnosti. d =Cohenova mera veličine efekta (Cohen, 1992).

Povezanost specifičnih faktora iz ASI-3 i kombinacije ASI i ASI-R

Dobijena faktorska rešenja sugerišu hijerarhijsku solucija u kojoj se jasno diferencira generalni faktor i tri specifična faktora, kako na upitniku ASI-3, tako i na kombinaciji ASI/ASI-R. U oba slučaja izdvajaju se isti specifični, odnosno faktori prvog reda: fizička osetljivost na anksioznost, kognitivna osetljivost na anksioznost i socijalna osetljivost na anksioznost. Inspekcijom ajtema u latentom prostoru CFA analize upitnika ASI-3 i rezultata EFA analize kombinacije ASI/ASI-R nailazimo na sličnosti, ali i razlike u ajtemskoj konfiguraciji faktora. Razlike su najuočljivije u domenu faktora FOnA, gde se u kombinacije ASI/ASI-R izdvajaju isključivo četiri stavke koje se odnose na strah od respiratornih simptoma. Na nivou pomenutog faktora u ASI-3 soluciji se replicira samo stavka „Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih mogao/la da se ugušim“. Na ASI-3 jasno uočavamo ajteme koji pokrivaju, pored straha od respiratornih simptoma, i strah od gastrointestinalnih i kardiovaskularnih simptoma,

⁵ Priroda podataka nije dozvolila provere ekvivalentnosti faktorskih struktura za nekliničke i kliničke poduzorke.

što je pokazatelj ajtemske strukture koja svoje poreklo ima u načinu na koji je konstruisan ASI-3, kod koga su stavke odabrane namernim izborom.

U ajtemskoj strukturi faktora KOnA suočavamo se sa ponavljanjem pet stavki i u ASI-3 i u faktoru kognitivna osetljivost na anksioznost, koji je dobijen kombinovanom analizom ASI/ASI-R. Izuzetak je stavka „Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak“, koja je ujedno stavka sa najmanjim zasićenjem na upitniku ASI-3 u domenu faktora kognitivne osetljivosti na anksioznost i stavka koja se samo javlja kod ASI-3 upitnika, ali ne i u kombinaciji ASI/ASI-R. Na nivou faktora socijalna osetljivost na anksioznost, primećujemo u ajtemskoj strukturi četiri stavke koje su se izdvojile i u jednoj i u drugoj soluciji („Važno je da ne izgledam uznemireno; Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah; Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni; Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.“). Na ovom faktoru u kombinaciji ASI/ASI-R, obuhvaćen je veći broj različitih uzoraka ponašanja, koje uključuju strah od gubitka kontrole nad osećanjima, užasavanja od povraćanja i gubitka svesti u javnosti, što nije slučaj na ASI-3. ASI-3 ima jedan različit ajtem, koji u svom sadržaju uključuje ponašanje koje se odnosi na strah od drhtanja u socijalnoj situaciji, koji uključuje pogrešnu procenu drugog. Posmatrajući dobijene sadržinske faktorske razlike uočavamo trend da u kombinaciji ASI/ASI-R na faktoru FOnA sužava latentni domen, postavljajući fokus sadržaja ajtema isključivo na strahu od respiratornih simptoma, dok se na faktoru SOnA latentni domen širi, i u odnosu na faktorsku strukturu na ASI-3. Ajtemi pokrivaju opsežnije strah od simptoma ispoljavanja u socijalnom kontekstu, gde pored ajtema koji u svom sadržaju uključuju strah od socijalne evaluacije, koji prednjače u inventaru ASI-3, uključuju u svoj prostor i stavke koje sadržinski pokrivaju socijalnu anksioznost.

Tabela 8. *Korelacije ASI-3 i ASI/ASI-R supskala*

Varijable	ASI/ASI-R-FOnA	ASI/ASI-R-KOnA	ASI/ASI-R-SOnA
ASI-3-FonA	.784	.549	.478
ASI-3-KonA	.674	.900	.607
ASI-3-SOnA	.568	.675	.832

Legenda: FOnA = Fizička osetljivost; KOnA = Kognitivna osetljivost; SOnA = Socijalna osetljivost. Sve korelacije su statistički značajne na $p < .001$ nivou.

Korelacije između sumacionih skorova FOnA, KOnA i SOnA iz ASI-3 inventara i zajedničkog latentnog prostora ASI/ASI-R inventara, date su u Tabeli 8. Vrednosti korelacija korespondentnih skala/faktora date su na dijagonali. Sve povezanosti su visokog intenziteta (Cohen, 1992), a najveća korespondencija je između mera kognitivne osetljivosti. Sve dobijene korelacije sumacionih skorova tri skale iz ASI-3 i iz kombinacije ASI/ASI-R su pozitivnog smera, i visokog inteziteta, sa izuzetkom korelacije između FOnA i SOnA iz kombinacije ASI/ASI-R, koja je umerene jačine.

IRT analiza specifičnih faktora iz kombinovanog prostora ASI/ASI-R inventara

Nakon što su identifikovani ajtemi iz zajedničkog latentnog prostora ASI/ASI-R inventara koji su najbolji reprezentanti specifičnih faktora fizičke osetljivosti na anksioznost, kognitivne osetljivosti na anksioznost i socijalne osetljivosti na anksioznost, nad njima je, odvojeno za svaki faktor, izvršena analiza po teoriji odgovora na stavke – IRT analiza, koja je sprovedena u „Irm“ paketu za R (Rizopoulos, 2006). IRT predstavlja modelski pristup merenju u kom se modelira verovatnoća zaokruživanja od strane pojedinačnog ispitanika određenog odgovora na konkretnom ajtemu. Primenjena je dvoparametrijska verzija IRT analize, a dva procenjivana parametra bila su težina (β) i diskriminativnost (α) stavki. Pored njih, izračunat je i pomoćni parametar informativnosti. Prilikom sprovođenja IRT analize korišćena je „grm“ (engl. Graded Response Model) procedura, koja je prikladna za stepenovane stavke sa jednakim brojem ponuđenih odgovora, kojima pripadaju i skale Likertovog tipa.

IRT modeli poseduju potencijal za izračunavanje greške kao odstupanja od modelskih predikcija i na taj način omogućuju proveru fit modela. U korišćenom paketu, fit ajtema proverava se na osnovu hi–kvadrat reziduala, koji se zasniva na poređenju opaženih i očekivanih marginalnih frekvencija (Rizopoulos, 2006). Umesto da se proverava fit model na osnovu potpunih sklopova odgovora, prave se tabele kontingencije za svaki par ili triplet ajtema, dok se i fit proverava na taj način. Ajteme koji ne pokazuju zadovoljavajući fit, odnosno koji imaju misfit, paket označava kao one koji imaju najveće rezidualne za svaku od kombinacija odgovora (za svaku od ćelija tabele kontingencije).

Kod stavki koje imaju više od dve kategorije/ranga, IRT parametar težine (β) se procenjuje preko tzv. (ajtemskih) pragova, koji predstavljaju tačke na kontinuumu latentne osobine na kojoj ispitanik ima verovatnoću od 50% da „pobedi“, odnosno odabere neki od odgovora iznad ili ispod tog praga (Emberson & Reise, 2000). Postoji $k-1$ pragova, gde je k broj ponuđenih rangova odgovora. Kako su analizirani ajtemi dati na 5-stepenoj skali (od 0 do 4), postoje ukupno četiri praga: β_1 , β_2 , β_3 i β_4 . Ilustracije radi, β_1 , koji se nalazi između odgovora 0 i 1, predstavlja nivo latentne osobine koji ispitanik treba da ima, da bi verovatnoća odabira nekog odgovora ispod praga (ovde: 0) ili iznad praga (ovde: 1, 2, 3 ili 4) iznosila 50%; β_2 , koji se nalazi između odgovora 1 i 2, predstavlja nivo latentne osobine koji ispitanik treba da ima, da bi verovatnoća odabira nekog odgovora ispod praga (ovde: 0 ili 1) ili iznad praga (ovde: 2, 3 ili 4) iznosila 50%; i tako dalje.

IRT parametar diskriminativnosti (α) se može tumačiti kao svojstvo stavke da pravi razliku (diskriminiše) između ispitanika koji imaju nizak i visok nivo latentne osobine od interesa. Prema uobičajenim konvencijama (npr., Baker, 2001, p. 35) α vrednosti manje od 0.34 ukazuju na vrlo nisku diskriminativnost, od 0.35 do 0.64 na nisku, od 0.65 do 1.34 na umerenu, od 1.35 do 1.69 na visoku, dok vrednosti preko 1.70 ukazuju na veoma visoku diskriminativnost. Treba napomenuti i da je za potpunu procenu diskriminativnosti potrebno uzeti u obzir i nivo i raspon/distribuciju informativnosti (I) stavke, koja govori o tome na kojem konkretno intervalu latentne osobine i u kojoj meri je data stavka najprimerenija/najkorisnija. Osnovna prednost IRT analize u odnosu na Klasičnu teoriju testa je upravo u izračunavanju informativnosti. Informativnost je u funkciji IRT parametara, pa iz toga sledi da je količina

informativnosti u funkciji parametra diskriminativnosti, a lokacija najveće informativnosti ili njenog najvećeg vrha „šiljka“ na grafičkom prikazu, u funkciji je parametra težine. Rezultati IRT analize su dati u Tabeli 9.

Između parova ajtema iz faktora Fizičke osetljivosti nije bilo misfita (odnosno odstupanja opaženih vrednosti od vrednosti koje su očekivane pod IRT modelom). Ukupna informativnost iznosi: $I_{total_Fiz}=29.88$, od čega 98.88% leži u rasponu od -3 do 3 logita. Diskriminativnost svih ajtema je vrlo visoka, što ukazuje na to da oni veoma dobro prave razliku između ispitanika sa visokim i niskim nivoima merene latentne osobine. Pogled na grafički prikaz informativnosti ajtema (Grafik 7) ukazuje na to da su najinformativniji ajtemi br. 20 i 17 i to na nešto iznadprosečnom rasponu latentne osobine fizičke osetljivosti na anksioznost. Ostali ajtemi imaju osetno nižu informativnost, premda ajtem br. 10 zahvata određeni raspon na izrazito niskim intervalima latentne osobine, dok ajtem br. 22 to čini na izrazito visokim intervalima. Prikaz ukupne informativnosti ovog faktora (Grafik 8) jasno ukazuje na zaključak da je ovaj faktor/skala primereniji ispitanicima sa nešto višim nivoom latentne osobine fizičke osetljivosti na anksioznost, jer se velika većina informativne vrednosti nalazi u intervalu nešto iznad proseka. Kada je reč o težini ajtema, ajtem br. 10 je relativno ravnomerne težine, dok preostala tri ajtema gravitiraju ka nešto višoj težini, posebno u slučaju ajtema br. 20 i 22, pošto čak i prvi pragovi ova dva ajtema podrazumevaju vrednosti latentne osobine oko proseka, tj. 0 logita. Ovo znači da ispitanik prosječno izražene latentne osobine fizičke osetljivosti na anksioznost ima verovatnoću od 50% da odabere odgovor 0, tj. potpuno neslaganje (uz verovatnoću od 50% za odabir nekog odgovora iznad), zbog čega je očekivana povećana frekvencija izrazitog neslaganja ispitanika sa ovim ajtemima. Treba naglasiti i da gornji pragovi svih ajtema iz ovog faktora ipak nisu previše visoki, tj. ispitanici sa već umereno visokom izraženom latentnom osobinom (npr. 1.5-2 logita), trebalo bi da relativno često izražavaju svoje potpuno slaganje sa tvrdnjama. Između parova ajtema iz faktora kognitivne osetljivosti nije bilo misfita. Ukupna informativnost iznosi: $I_{total_Kog}=31.08$, od čega 98.28% leži u rasponu od -3 do 3 logita.

Tabela 9. Rezultati IRT analize specifičnih faktora iz kombinovanog prostora ASI i ASI-R inventara

Br.	Oznaka	Ajtemi	β_1	β_2	β_3	β_4	A	I (% u -3, 3)
10	asi10	Uplašim se kada ostanem bez daha.	-0.96	0.05	0.57	1.33	2.02	4.88 (97.97)
17	asiR1	Kada osetim da nemam dovoljno vazduha, plašim se da bih se mogao/la ugušiti.	-0.42	0.42	0.87	1.32	3.23	8.51 (99.82)
20	asiR6	Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih se mogao/la ugušiti.	-0.10	0.77	1.21	1.81	3.81	11.31 (99.65)
22	asiR10	Kada imam problema sa gutanjem, brinem se da bih mogao/la da se zadavim.	0.03	0.90	1.26	1.91	2.25	5.18 (96.53)
2	asi2	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.	0.07	0.64	1.17	1.78	1.90	3.87 (95.50)
15	asi15	Kad sam uznemiren, brinem da bih mogao biti mentalno bolestan.	0.14	0.62	0.98	1.36	3.62	8.55 (99.89)
40	asiR32	Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti.	0.25	0.70	0.95	1.47	3.42	7.82 (99.77)
41	asiR33	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom.	-0.60	0.19	0.87	1.88	1.28	2.57 (88.18)
42	asiR36	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.	0.08	0.73	1.10	1.56	3.32	8.26 (99.66)
1	asi1	Važno je da ne izgledam uznemireno.	-2.21	-1.02	0.16	1.80	0.95	2.10 (74.30)
5	asi5	Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima.	-4.09	-2.60	-1.10	0.77	0.98	2.40 (62.08)
25	asiR14	Verujem da bi bilo užasno da povraćam u javnosti ili pred ljudima.	-1.46	-0.42	0.03	0.92	1.48	3.13 (93.57)
26	asiR15	Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.	-0.47	0.14	0.74	1.56	1.84	3.99 (96.52)
27	asiR16	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.	-0.52	0.22	0.56	1.08	3.28	8.39 (99.92)
29	asiR18	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni.	-0.01	0.78	1.31	1.88	1.87	3.97 (94.66)
30	asiR19	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.	-0.53	0.42	1.06	1.94	1.48	3.18 (90.75)

Legenda: $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$ =pragovi rangova odgovora, odnosno parametri težine ajtema. α =parameter diskriminativnosti; prema uobičajenim konvencijama (npr., Baker, 2001, p. 35) vrednosti do 0.34 ukazuju na vrlo nisku diskriminativnost, od 0.35 do 0.64 na nisku, od 0.65 do 1.34 na umerenu, od 1.35 do 1.69 na visoku, dok vrednosti preko 1.70 ukazuju na veoma visoku diskriminativnost. I=parameter informativnosti (vrednosti u zagradi predstavljaju procenete informativnosti u rasponu od -3 do 3 logita).

Na osnovu rezultata u Tabeli 9. se može videti da većina pragova na faktoru kognitivne osetljivosti na anksioznost ima pozitivne vrednosti, što indikuje da su se ispitanici generalno manje slagali sa tvrdnjama. Većina ajtema subskale KOnA ima veoma visoku diskriminativnost, što sugerise na to da oni veoma dobro prave razliku između ispitanika sa visokim i niskim nivoima merene latentne osobine. Ajtem br. 41 (asiR33) ima umerene parametre diskriminativnosti, dok je ujedno i najmanje informativan.

Na slici koja predstavlja grafički prikaz informativnosti stavki specifičnog faktora kognitivna osetljivost na anksioznost (Grafikon 9), vidimo da su najinformativniji ajtemi br. 15 (asi15), 40 (asiR32) i 42 (asiR36) i to na nešto nadprosečnom rasponu latentne osobine. Stavke 15 (asi15) i 42 (asiR36) pokrivaju skoro isti raspon crte. Ostala dva ajtema, br. 2 (asi2) i 41 (asiR33) imaju osetno nižu informativnost, ajtem br. 41 (asiR33) zahvata određeni raspon na izuzetno niskim intervalima latentne osobine, dok ajtem br. 2 (asi2) to čini na izuzetno višim intervalima. Prikaz ukupne informativnosti ovog faktora (Grafikon 10) jasno ukazuje na zaključak da je ovaj faktor/skala u celini najinformativniji u opsegu 0 – 2 logita, odnosno prilagođeniji je ispitanicima sa natprosečnim nivoom latentne osobine kognitivne osetljivosti na anksioznost, jer se velika većina informativne vrednosti nalazi u intervalu nešto iznad proseka.

Kada je reč o težini ajtema, svi ajtemi su relativne teški, imajući na umu da su im donji pragovi dosta visoki (nešto iznad proseka latentne osobine), izuzev donjeg praga za ajtem 41 (asiR33) koji je tek nešto ispod proseka, pošto čak i prvi pragovi ovog ajtema podrazumevaju vrednosti latentne osobine oko proseka, tj. 0 logita, sa izuzetkom prvog praga na ajtemu 41 (asiR33), gde ispitanik treba da ima latentu osobinu od -0, 60 logita (umereno ispod proseka) da bi imao 50% šanse da odabere 0 (vrednost odgovora koja je ispod prvog praga), odnosno 1, 2, 3 ili 4 (vrednosti odgovora koje su iznad prvog praga). Ovo znači da ispitanik prosečno izražene latentne osobine kognitivne osetljivosti na anksioznost ima verovatnoću od 50% da odabere odgovor 0, tj. potpuno neslaganje (uz verovatnoću od 50% za odabir nekog odgovora iznad), zbog čega je očekivana povećana frekvencija izuzetnog neslaganja ispitanika sa ovim ajtemima. Treba naglasiti i da gornji pragovi svih ajtema iz ovog faktora ipak nisu previše visoki, tj. ispitanici sa već umereno visoko izraženom latentnom osobinom (npr. 1-2 logita),

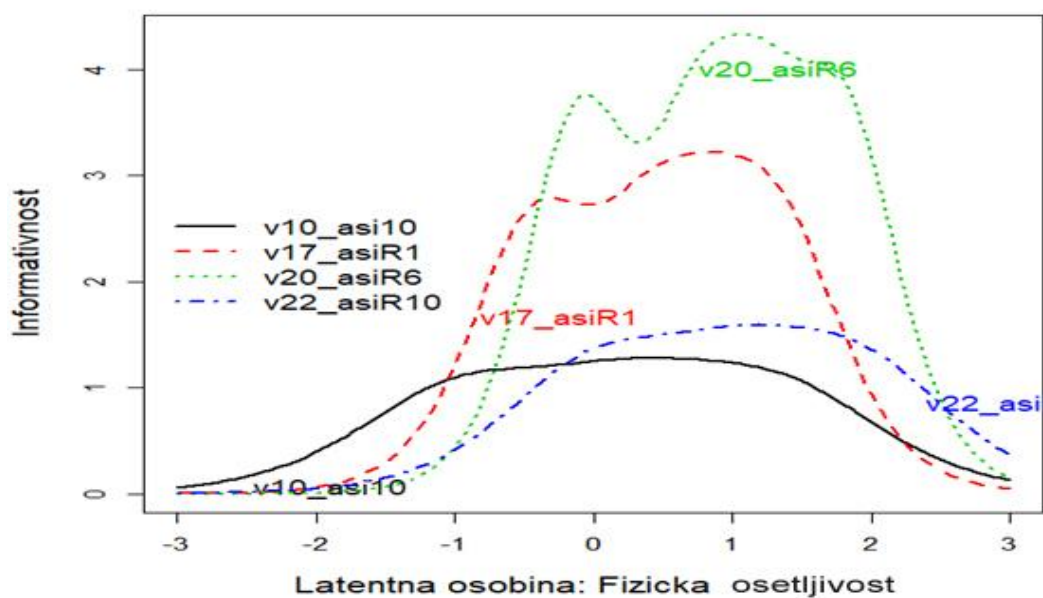
trebalo bi relativno često da izražavaju svoje potpuno slaganje sa tvrdnjama. Između parova ajtema iz faktora socijalne osetljivosti nije bilo misfita.⁶ Ukupna informativnost iznosi: $I_{total_Soc}=27.16$, od čega 91.52% leži u rasponu od -3 do 3 logita.

U okviru supskale socijalna osetljivost na anksioznost najlošiji ajtemi su pod brojem 1 (asi1) i 5 (asi5), kako u pogledu diskriminativnosti, tako i u informativnosti, pa potom ajtemi br. 25 (asiR14) i 30 (asiR14). Više od polovine stavki ima nisku ili umerenu vrednost diskriminativnosti prema uobičajenim konvencijama (Baker, 2001), dok tri stavke, 26 (asiR15), 29 (asiR16) i 27 (asiR17) poseduju veoma visoku diskriminativnost (Grafik, 11). Ajtemi iz skale socijalna osetljivost na anksioznost su u proseku malo niže diskriminativnosti od ostalih, ali je to u proseku i dalje oko 1.7, tj. na granici visoke ili vrlo visoke diskriminativnosti. Za razliku od supskala fizička i kognitivna osetljivost na anksioznost, u čijem sastavu se nalaze ajtemi uglavnom vrlo visoke ili visoke diskriminativnosti, u sadržaju supskale socijalna osetljivost na anksioznost imamo dva ajtema koja su umereno diskriminativna. U okviru supskale socijalna osetljivost na anksioznost zapaženo se ističe ajtem br. 27 (asiR17), koji pored veoma visokog parametra diskriminativnosti je ujedno najinformativniji, dok su ostali ajtemi skale vidno inferiorniji.

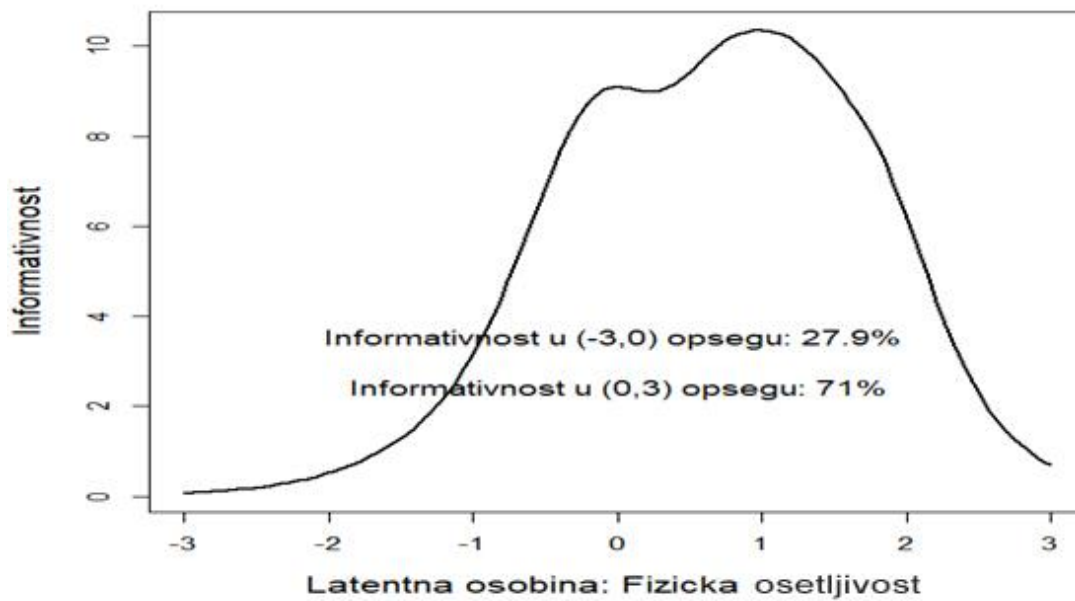
Pogled na grafički prikaz informativnosti ajtema (Grafik 11) ukazuje na to da su najinformativniji ajtem br. 27 (asiR17) i to na nešto nadprosečnom rasponu latentne osobine socijalne osetljivosti na anksioznost, što nam ukazuje da on nosi većinu informativne vrednosti ove skale, uz malu ispomoć nekoliko preostalih ajtema. Ostali ajtemi imaju upadljivo nižu informativnost, ajtemi br. 1 (asi1) i 5 (asi5) zahvataju određeni raspon na izuzetno niskim intervalima latentne osobine, dok ajtemi br. 25 (asiR14), 26 (asiR15), 29 (asiR16) i 30 (asiR19) to čini na visokim i izrazito visokim intervalima. Ako se posmatra supskala u celini, vidimo da je najinformativnija u opsegu od oko -1 do 2 logita, odnosno, primerenija je ispitanicima sa prosečnim i nadprosečnim nivoom crte (Slika 12). Kada je reč o težini ajtema, primećujemo vrlo niske prve pragove na stavkama 1(asi1), 5 (asi5) i 25 (asiR14), što znači da ispitanici poseduju veću šansu da ih pređu, dok četvrti pragovi navedenih ajtema ove skale podrazumevaju umereno nadprosečnu latentnu osobinu. Odnosno, ovi ajtemi nisu

⁶ Premda je između ajtema v1_asi1 i v5_asi5 utvrđena korelacija reziduala koja je na samoj granici od $|\cdot 20|$, koja se tipično uzima kao prag iznad kojeg se smatra da je narušena jedna od pretpostavki (tzv. lokalna nezavisnost ajtema) za vršenje IRT analize (npr., Reise & Revicki, 2014).

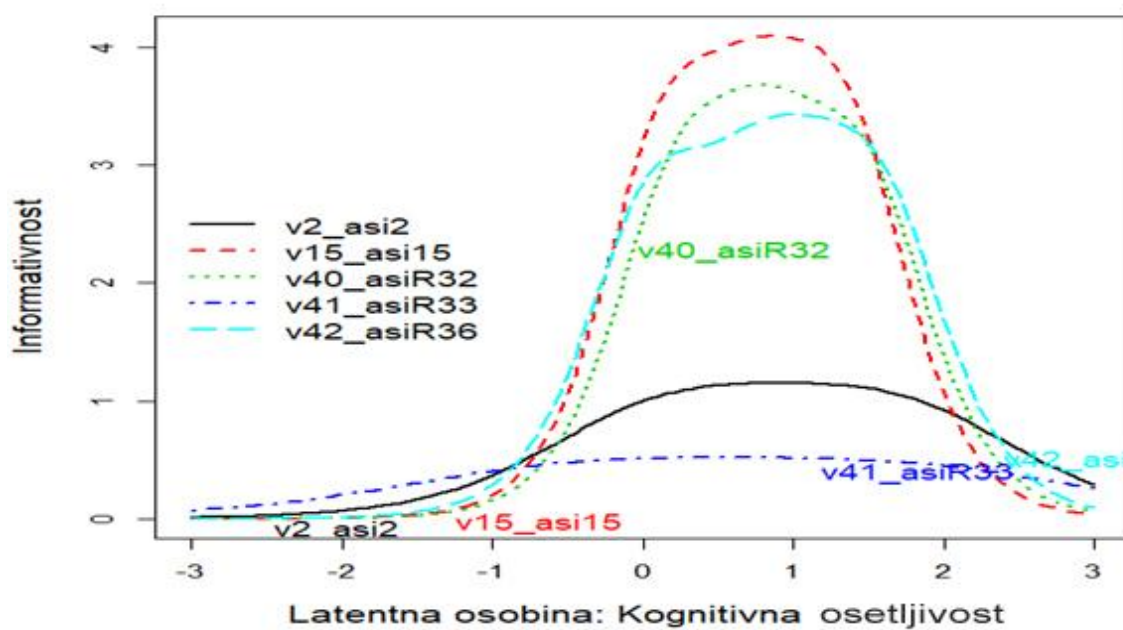
preterano teški. Preostali ajtemi socijalne osetljivosti na anksioznost imaju nešto više donje pragove (oko ili nešto ispod proseka latentne osobine), pri čemu gornji pragovi svih ajtema iz ove grupe ipak nisu preterano visoki (posebno u slučaju ajtema 1, 5, 25 i 27). Ispitanici za izraženom latentnom osobinom od 1.5-2 logita imaju verovatnoću od oko 50% ili više za potpuno slaganje (odabir odgovora 4) na svim ajtemima iz ove grupe.



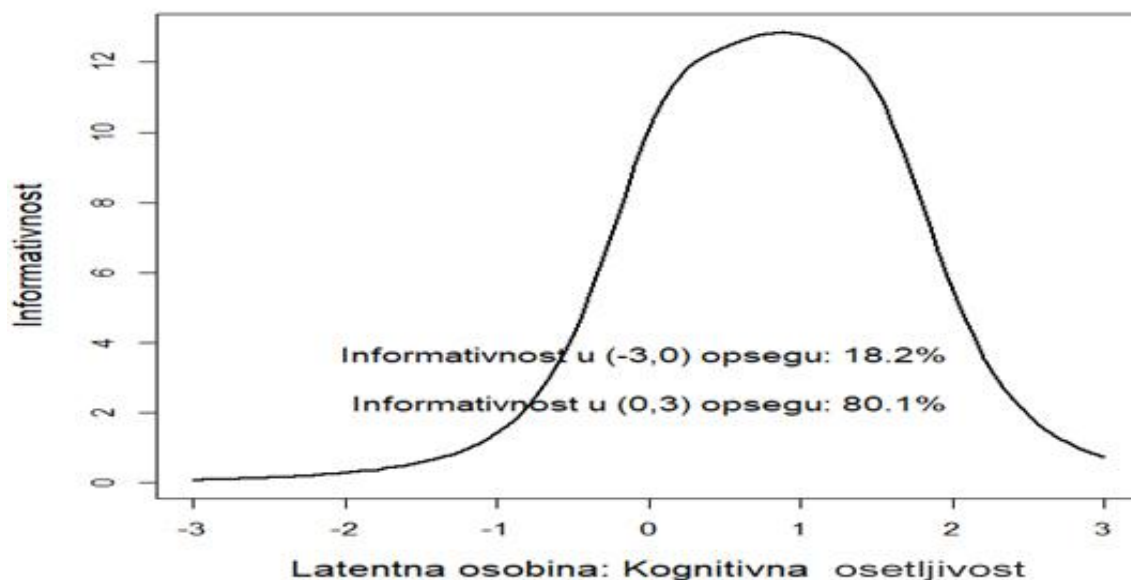
Grafikon 7. Informativnost ajtema specifičnog faktora Fizičke osetljivosti iz kombinovanog prostora ASI i ASI-R inventara.



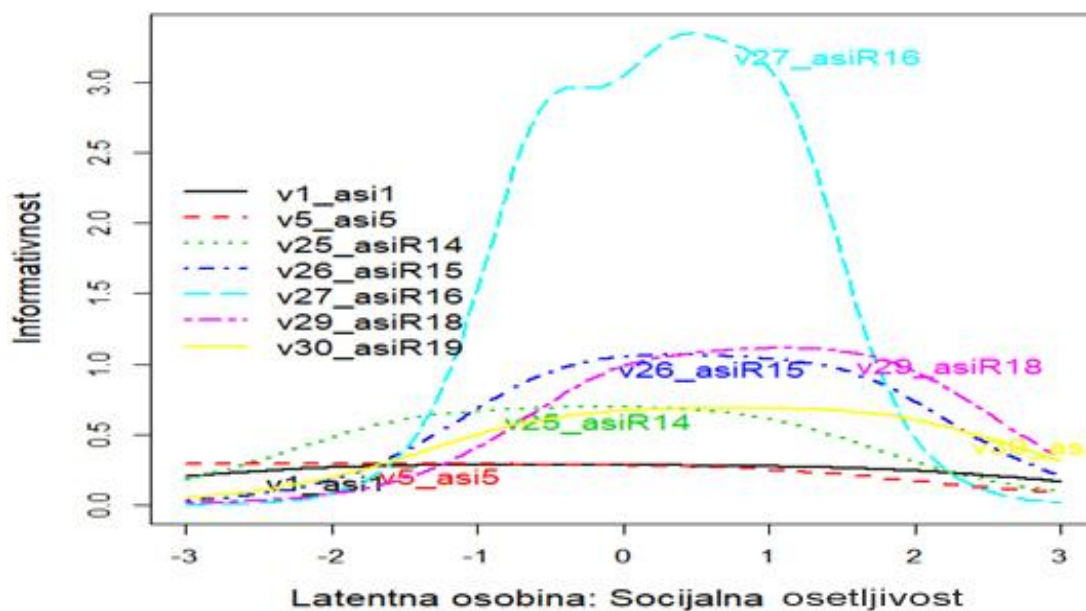
Grafikon 8. Informativnost specifičnog faktora Fizičke osetljivosti iz kombinovanog prostora ASI i ASI-R inventara.



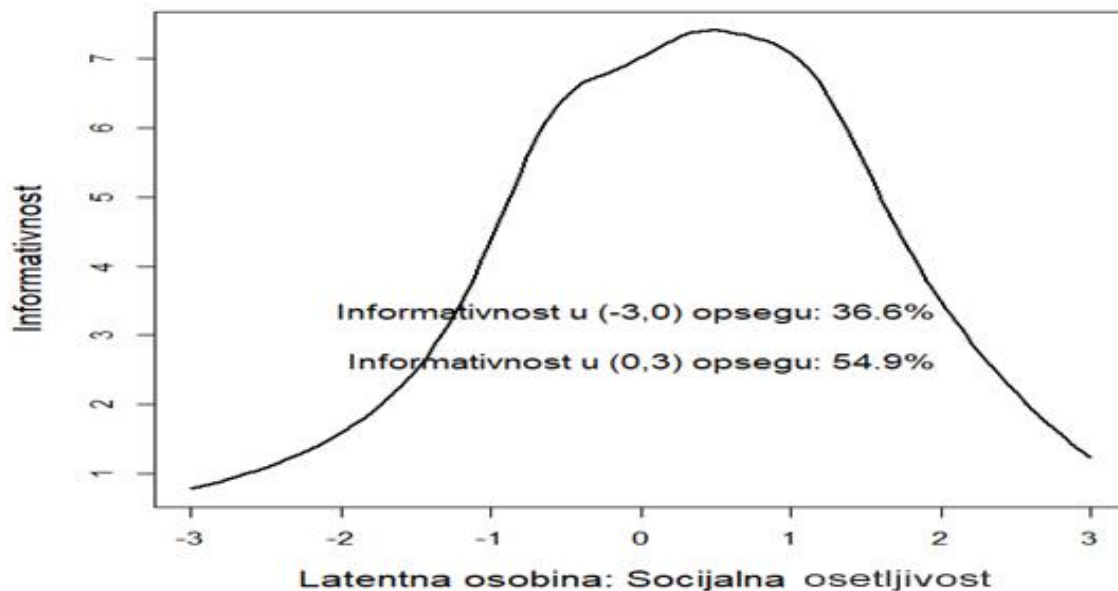
Grafikon 9. Informativnost ajtema specifičnog faktora Kognitivne osetljivosti iz kombinovanog prostora ASI i ASI-R inventara.



Grafikon 10. Informativnost specifičnog faktora Kognitivne osetljivosti iz kombinovanog prostora ASI i ASI-R inventara.



Grafikon 11.. Informativnost ajtema specifičnog faktora Socijalne osetljivosti iz kombinovanog prostora ASI i ASI-R inventara.



Grafikon 12. Informativnost specifičnog faktora Socijalne osetljivosti iz kombinovanog prostora ASI i ASI-R inventara.

IRT analiza ASI-3 inventara

Nakon CFA, izvršena je dvoparametrijska IRT analiza, koja je sprovedena u „Irm“ paketu za R (Rizopoulos, 2006). Dva procenjivana parametra bila su težina i diskriminativnost stavki. Pored njih, izračunat je i pomoćni parametar informativnosti. U ovom slučaju, kao i u prethodnim IRT analiza je zasnovana na „grm“ proceduri. Analiza je sprovedena posebno za supskale, odnosno za svaka od tri faktora prvog reda ASI-3 inventara. Rezultati su dati u Tabeli 10.

U celom modelu ajtema faktora fizičke osetljivosti nije bilo misfita. Ukupna informativnost iznosi: $I_{total_Fiz}=43.73$, od čega 97.83% leži u rasponu od -3 do 3 logita. Ajtemi su okvirno umerene težine, što znači da ispitanici imaju blaže izraženu tendenciju neslaganja sa tvrdnjama, odnosno, postoji nešto veća verovatnoća biranja nižih odgovora. Ajtem br. 4 „Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao/la biti ozbiljno bolestan/na“ je nešto naglašenije teži i na njemu verovatnoća od 50% za biranja čak i odgovora 1 ili više (u odnosu na 0) podrazumeva da ispitanik ima nivo izražene latentne osobine neznatno iznad proseka, tj. 0.15 logita, dok verovatnoća od 50% za

odabir maksimalnog, tj. odgovora 4 (u odnosu na odgovore 3 ili niže) podrazumeva visok nivo latentne osobine od čak 2.43 logita. Rezultantno, kod ovog ajtema je očekivano da će dominirati odgovor 0, pa 1, pa 2, pa 3, a najmanje će biti odgovora 4, jer ispitanik treba da ima latentnu osobinu veoma iznad proseka da bi imao 50% šanse da odabere odgovor 4 (uz istovremeno 50% šanse da odabere neki od nižih odgovora). Jedino za ajtem 3, “Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa”, može konstatovati da je ravnomerno balansirane težine oko prosečnog raspona latentne osobine.

Treba naglasiti i da gornji pragovi svih ajtema iz ovog faktora ipak nisu previše visoki, tj. ispitanici sa već umereno visoko izraženom latentnom osobinom (npr. 1.5-2.5 logita), trebalo bi relativno često da izražavaju svoje potpuno slaganje sa tvrdnjama. Svi ajtemi pokazuju vrlo visoku diskriminativnost, što znači da jako dobro prave razliku između ispitanika sa visokim i niskim nivoima merene latentne osobine. U okviru supskale fizička osetljivost na anksioznost ajtemi br. 12 (asi 12) i 8 (asi 8) su najbolji u pogledu diskriminativnosti i informativnosti, dok su ajtemi br. 4 (asi 4) i 3 (asi 3) najmanje informativni, što se najbolje vidi sa grafičkog prikaza informativnosti ajtema (Grafikon 13). Ajtemi br. 12 (asi 12) i 8 (asi 8) su najinformativniji na nešto nadprosečnom rasponu latentne osobine. Ostali ajtemi imaju osetno nižu informativnost, premda ajtemi br. 3 (asi 3) zahvataju određeni raspon na izuzetno niskim intervalima latentne osobine, dok ajtemi br. 4 (asi 4), 7 (asi 7) i 15 (asi 15) pokrivaju gotovo isti opseg crte. Prikaz ukupne informativnosti ovog faktora (Grafikon 14) jasno ukazuje na zaključak da je ovaj faktor/skala primereniji ispitanicima sa nešto višim nivoom latentne osobine fizičke osetljivosti na anksioznost, jer se većina informativne vrednosti nalazi u intervalu nešto iznad proseka.

Između parova ajtema iz faktora kognitivne osetljivosti nije bilo misfita. Ukupna informativnost iznosi: $I_{total_Kog}=41.63$, od čega 98.76% leži u rasponu od -3 do 3 logita. Svi ajtemi osim ajtema br. 16 pokazuju vrlo visoku diskriminativnost, dok ajtem br. 16 poseduje visoku diskriminativnost. Dakle, ajtemi iz ove supskale takođe generalno dobro prave razliku između ispitanika sa visokim i niskim nivoima mjerene latentne osobine. Kao i u slučaju faktora fizičke osetljivosti, ajtemi kognitivne osetljivosti su generalno umerene težine, što znači da ispitanici imaju nešto veću tendenciju neslaganja sa tvrdnjama, odnosno postoji veća verovatnoća biranja nižih odgovora. Kod svih ajtema osim br. 16 (asi 16) i br. 5 (asi 5), donji prag nalazi se okvirno na ili neposredno

iznad vrednosti od 0 logita, što znači da verovatnoća od 50% za biranja odgovora 1 ili više (u odnosu na 0) podrazumeva da ispitanik ima nivo izražene latentne osobine oko ili neznatno iznad proseka. Kod ajtema br. 16 (asi 16) i br. 5 (asi 5) donji pragovi su nešto ispod 0 logita. Međutim, gornji pragovi svih ajtema s ovog faktora takođe nisu visoki (u rasponu od 1.43 do 1.76 logita), što istovremeno znači da verovatnoća od 50% za potpuno slaganje sa tvrdnjama (biranje odgovora 4 u odnosu na odgovore 3 ili niže) ipak zahteva samo nivo latentne osobine koji je umereno visoko, ali ne i izuzetno visoko izražen. Ovde treba naglasiti da bi ispitanici sa već umereno visoko izraženom latentnom osobinom (npr. 1.5-2 logita), trebalo relativno često da izražavaju svoje potpuno slaganje sa tvrdnjama.

Pogled na grafički prikaz informativnosti ajtema (Grafik 15) ukazuje na to da su najinformativniji ajtemi br. 14 (asi 14) i br.18 (asi-R2) i to na nadprosečnom rasponu latentne osobine KOnA. Ostali ajtemi imaju osetno nižu informativnost, među kojima najnižu pokazuje ajtem br. 16 (asi 16), koji zahvata određeni raspon na izuzetno niskim intervalima latentne osobine, dok ostali ajtemi to čine na višim intervalima. Na grafičkom prikazu informativnosti vidimo da stavke br. 16 (asi 16) i br. 5 (asi 5) pokrivaju skoro isti raspon crte. Ako se posmatra supskala u celini (Grafikon 16), vidimo da je najinformativnija u opsegu od oko -1 do 2 logita, odnosno, primerenija je ispitanicima sa prosečnim i nadprosečnim nivoom latentne osobine kognitivne osetljivosti na anksioznost.

Između parova ajtema iz faktora socijalne osetljivosti nije bilo misfita. Ukupna informativnost iznosi: $I_{total_Soc}=31.20$, od čega 97.11% leži u rasponu od -3 do 3 logita. Tri ajtema (br. 9, 6 i 13) pokazuju vrlo visoku diskriminativnost ($\alpha > 1.70$; Baker, 2001, p. 35), dok ajtemi br. 11 i 1 poseduju umjerenu diskriminativnost. To implicira da ajtemi iz ove supskale umereno do dobro prave razliku između ispitanika sa visokim i niskim nivoima merene latentne osobine.

Kao i u slučaju prethodna dva faktor FONa i KOnA i ajtemi supskale SOnA su generalno umerene težine, što znači da ispitanici imaju nešto veću tendenciju neslaganja sa tvrdnjama, odnosno postoji veća verovatnoća biranja nižih odgovora. Kod svih ajtema osim br. 1 (asi 1), donji prag nalazi se okvirno na ili neposredno ispod vrednosti od 0 logita, što znači da verovatnoća od 50% za biranja odgovora 1 ili više (u odnosu na 0) podrazumeva da ispitanik ima nivo izražene latentne osobine oko ili neznatno ispod

proseka. Istovremeno, gornji pragovi većine ajtema s ovog faktora ipak nisu previše visoki (u rasponu su od 1.43 do 1.83 logita), što znači da verovatnoća od 50% za potpuno slaganje sa tvrdnjama (biranje odgovora 4 u odnosu na odgovore 3 ili niže) zahteva nivo latentne osobine koji je umereno, ali ne nužno i izuzetno visoko izražen, uz izuzetak ajtema br. 11 (asi 11), kod kojeg je gornji prag nešto veći. Ispitanik treba da ima latentu osobinu od 2.13 logita (tj. veoma iznad proseka) da bi imao 50% šanse da odabere maksimalnu vrednost odgovora 4 (u odnosu na 0, 1, 2 ili 3).

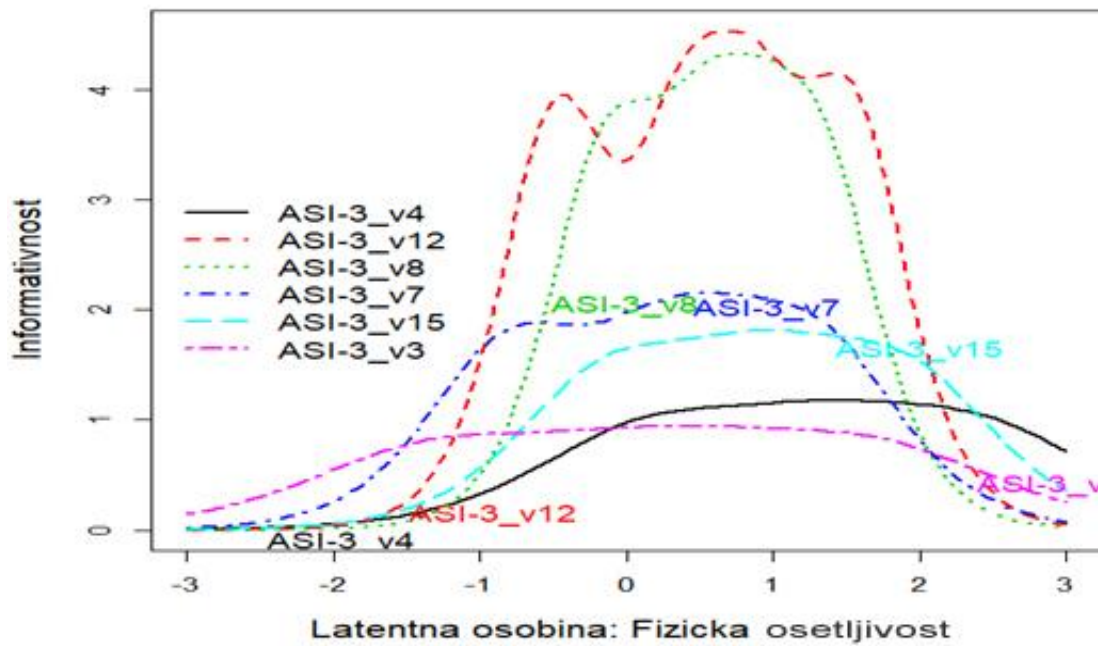
Pogled na grafički prikaz informativnosti ajtema (Grafikon 17) ukazuje na to da su najinformativniji ajtemi br. 9 (asi 9) i br. 6 (asi 6) i to na nadprosečnom i prosečnom rasponu latentne osobine SOnA. Ostali ajtemi imaju osetno nižu informativnost, među kojima najnižu ajtemi br. 11(asi 11) i br. 1 (asi 1). Ajtem br. 1 (asi 1) zahvata određeni raspon na izrazito niskim intervalima latentne osobine, dok ostali ajtemi to čine ravnomerno na višim intervalima. Ako se posmatra supskala u celini (Grafik 18), vidimo da je najinformativnija u opsegu od oko -1 do 2 logita, odnosno, primerenija je ispitanicima sa prosečnim i nadprosečnim nivoom latentne osobine SOnA.

Tabela 10. *Rezultati IRT analize ASI-3 inventara*

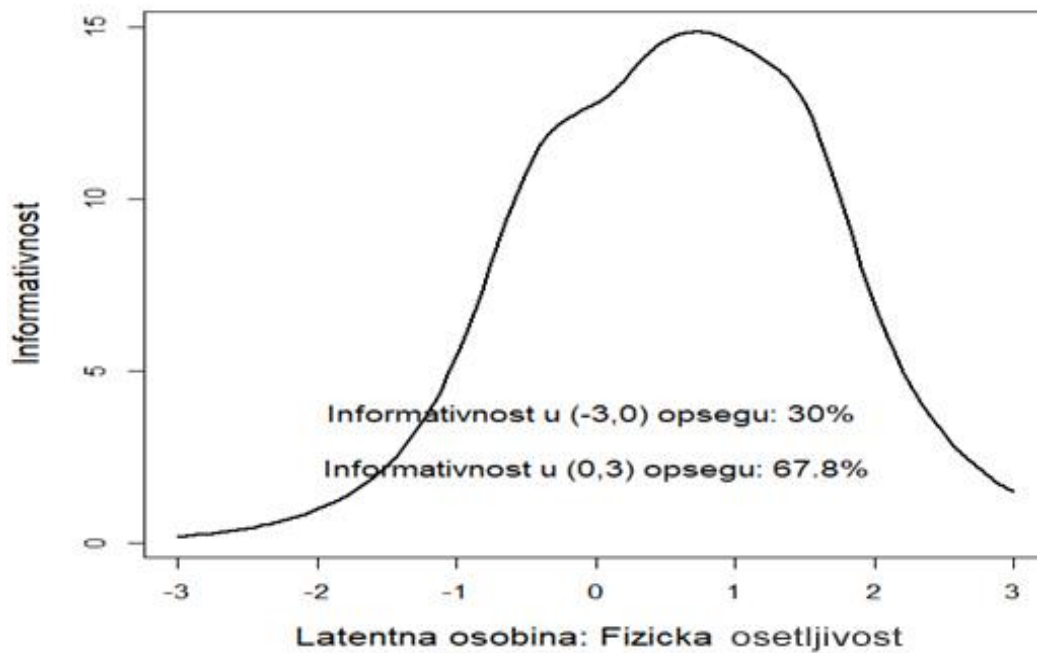
Br.	Ajtemi	β_1	β_2	β_3	β_4	A	I (% u -3, 3)
4	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao/la biti ozbiljno bolestan/na. (ASI-11, ASI-R-26)	0.15	1.10	1.61	2.43	1.94	4.57 (89.35)
12	Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom. (ASI-R-27)	-0.47	0.41	0.88	1.53	3.92	12.07 (99.89)
8	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt. (ASI-R-24)	-0.13	0.49	0.85	1.30	3.74	9.71 (99.93)
7	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno). (ASI-R-4)	-0.78	0.19	0.67	1.30	2.64	6.88 (99.46)
15	Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih mogao/la da se ugušim. (ASI-R-6)	-0.12	0.69	1.17	1.90	2.41	5.99 (97.32)
3	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa. (ASI-6, ASI-R-7)	-1.31	-0.11	0.68	1.69	1.75	4.50 (94.53)

14	Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti. (ASI-R-32)	0.10	0.52	0.85	1.43	3.80	9.59 (99.90)
18	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom. (ASI-R-36)	-0.02	0.56	0.90	1.48	3.85	10.37 (99.89)
10	Kada sam rasejan/a brinem da sam mentalno oboleo/la. (ASI-R-31)	0.23	0.71	1.15	1.46	3.29	7.44 (99.72)
16	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom. (ASI-R-33)	-0.59	0.17	0.82	1.76	1.67	3.72 (94.17)
2	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma. (ASI-2, ASI-R-34)	0.04	0.55	1.03	1.75	2.39	5.44 (97.88)
5	Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak. (ASI-12)	-0.46	0.46	0.95	1.72	2.11	5.08 (97.19)
9	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah. (ASI-R-16)	-0.50	0.24	0.57	1.07	3.69	9.81 (99.97)
6	Kada imam drhtavicu u prisustvu drugih ljudi, plašim se šta bi oni mogli da misle o meni. (ASI-R-17)	-0.08	0.39	0.80	1.26	4.03	10.61 (99.96)
11	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima. (ASI-R-19)	-0.54	0.57	1.33	2.13	1.29	2.71 (86.30)
13	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni. (ASI-R-18)	-0.03	0.72	1.27	1.83	2.24	5.16 (97.03)
1	Važno mi je da ne izgledam uznemireno. (ASI-1, ASI-R-13)	-1.94	-0.86	0.11	1.15	1.29	2.91 (87.29)

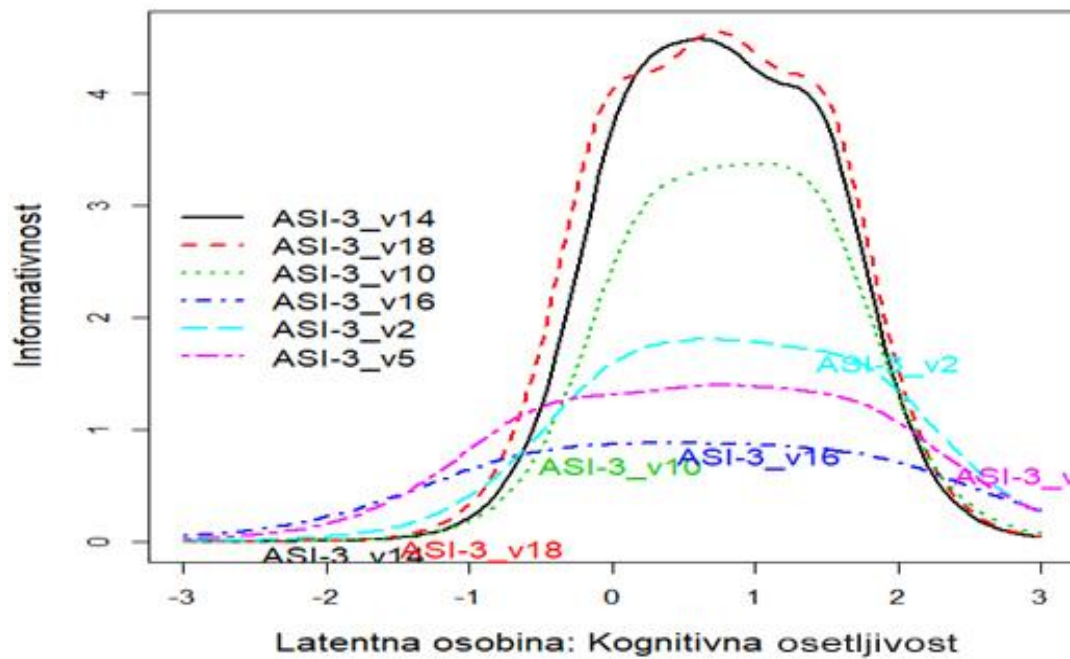
Legenda: $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$ =pragovi rangova odgovora, odnosno parametri težine ajtema. α =parameter diskriminativnosti; prema uobičajenim konvencijama (npr., Baker, 2001, p. 35) vrednosti do 0.34 ukazuju na vrlo nisku diskriminativnost, od 0.35 do 0.64 na nisku, od 0.65 do 1.34 na umerenu, od 1.35 do 1.69 na visoku, dok vrednosti preko 1.70 ukazuju na veoma visoku diskriminativnost. I =parameter informativnosti (vrednosti u zagradi predstavljaju procenete informativnosti u rasponu od -3 do 3 logita).



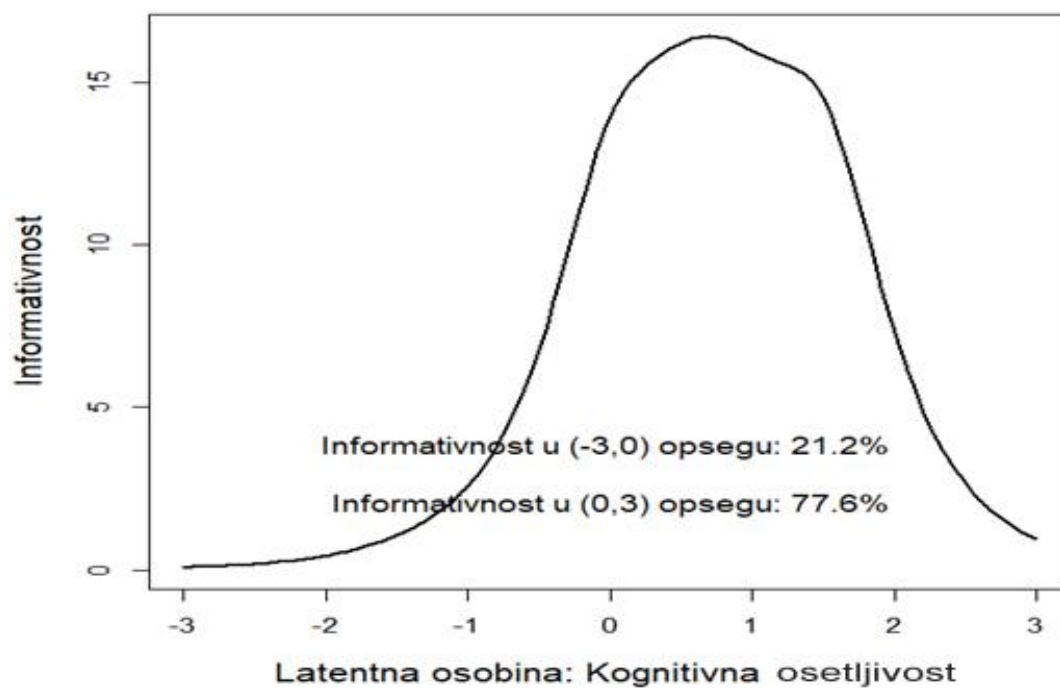
Grafikon 13. Informativnost ajtema iz ASI-3 faktora Fizičke osetljivosti.



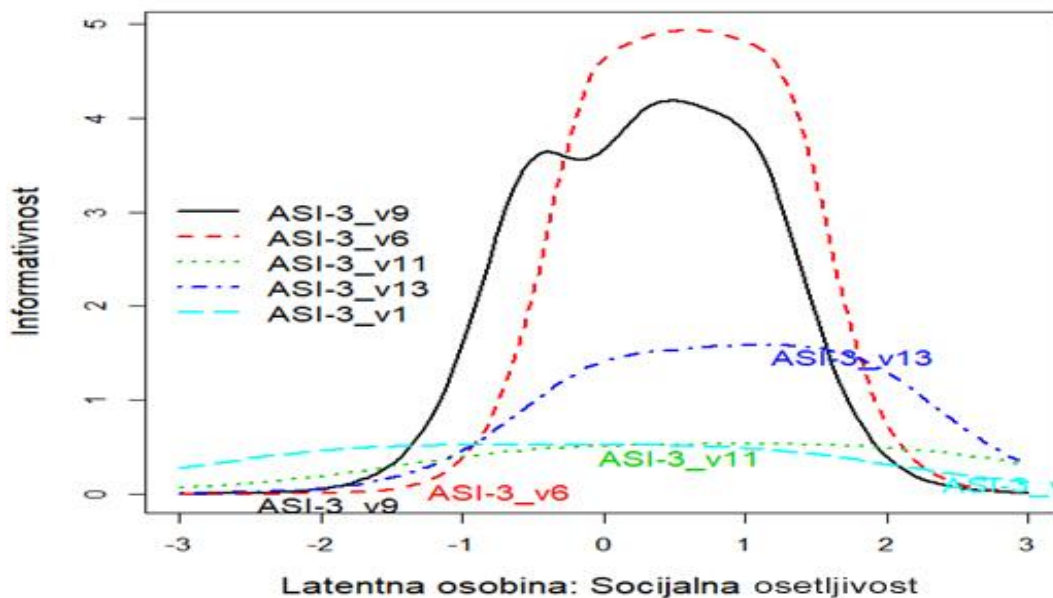
Grafikon 14. Informativnost ASI-3 faktora Fizičke osetljivosti.



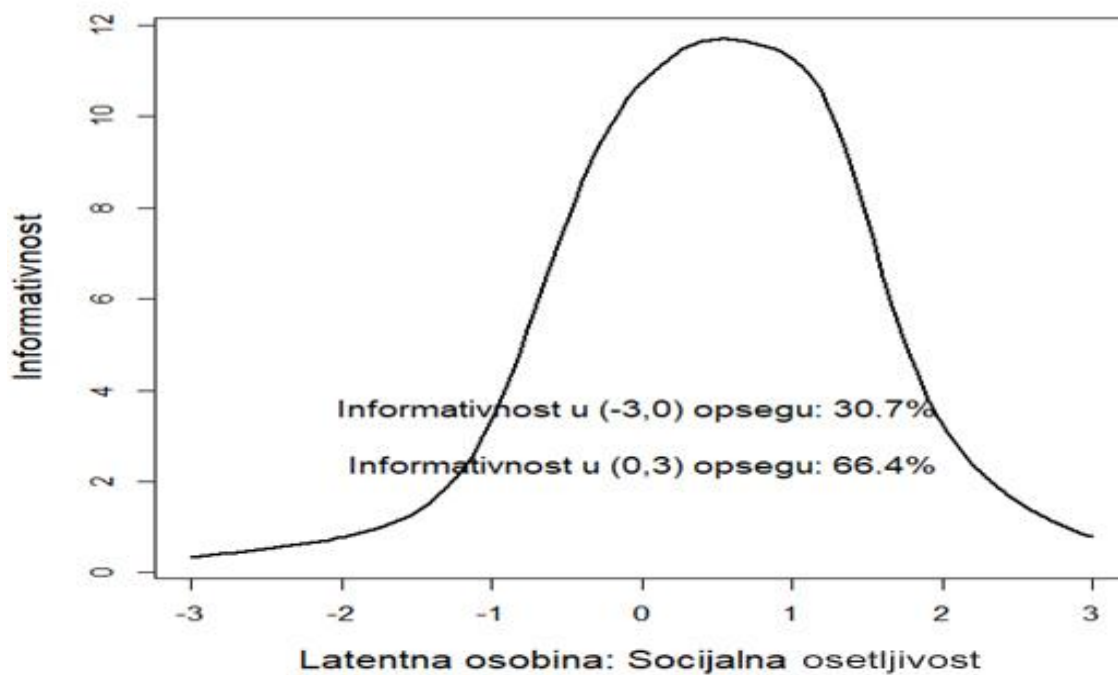
Grafikon 15. Informativnost ajtema iz ASI-3 faktora Kognitivne osetljivosti.



Grafikon 16. Informativnost ASI-3 faktora Kognitivne osetljivosti.



Grafikon 17. Informativnost ajtema iz ASI-3 faktora Socijalne osetljivosti.



Grafikon 18. Informativnost ASI-3 faktora Socijalne osetljivosti na anksioznost.⁷

⁷ Označe na grafikonima (ASI-3; ASI R, v rb.) označavaju izvorno poreklo ajtema (iz kog upitnika je preuzet) i njegov redni broj u analizi izdvajanja za potrebe OnA upitnika.

Razlike u prosečnim skorovima osetljivosti na anksioznost između kliničkih i nekliničkih grupa

Ispitanici iz opšteg uzorka, odnosno nekliničke grupe, upoređeni su sa ispitanicima iz sve tri kliničke grupe, u pogledu prosečnih skorova na specifičnim dimenzijama osetljivost na anksioznost, iz kombinacije ASI/ASI-R, odnosno ASI-3 inventara. Rezultati primenjene dvofaktorske MANOVA-e, govore o postojanju značajnog efekta specifičnih faktora OnA na posmatrane podgrupe ispitanika. U oba slučaja, dobijen je nalaz da se, u celini govoreći, grupe ispitanika međusobno razlikuju: 1) za ASI-3 skale: Wilksova $\Lambda=.47$, $F(9, 1007.72)=40.99$, $p<.001$, $\eta_p^2=.224$, 2) za kombinovane ASI/ASI-R skale: Wilksova $\Lambda=.43$, $F(9, 1007.72)=45.79$, $p<.001$, $\eta_p^2=.243$. Omnibus testovi za svaku od skala dati su u Tabeli 11.

Tabela 11. *Razlike između kliničkih i nekliničkih grupa po individualnim dimenzijama osetljivosti na anksioznost iz ASI-3 inventara i kombinovanih ASI/ASI-R inventara*

Varijable	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>	η_p^2
ASI-3-FOnA	31.10	3	168.17	<.001	.254
ASI-3-KOnA	53.36	3	169.77	<.001	.389
ASI-3-SOnA	52.22	3	185.37	<.001	.343
ASI/ASI-R-FOnA	22.29	3	182.44	<.001	.184
ASI/ASI-R-KOnA	62.36	3	170.73	<.001	.430
ASI/ASI-R-SOnA	48.57	3	180.52	<.001	.319

Legenda: *F*=testni statistik analize varijanse, korigovan za nejednake varijanse među grupama. *df1*, *df2*=brojevi stepeni slobode. *p*=pokazatelj statističke značajnosti. η_p^2 =parcijalna eta na kvadrat, mera intenziteta statističkog efekta.

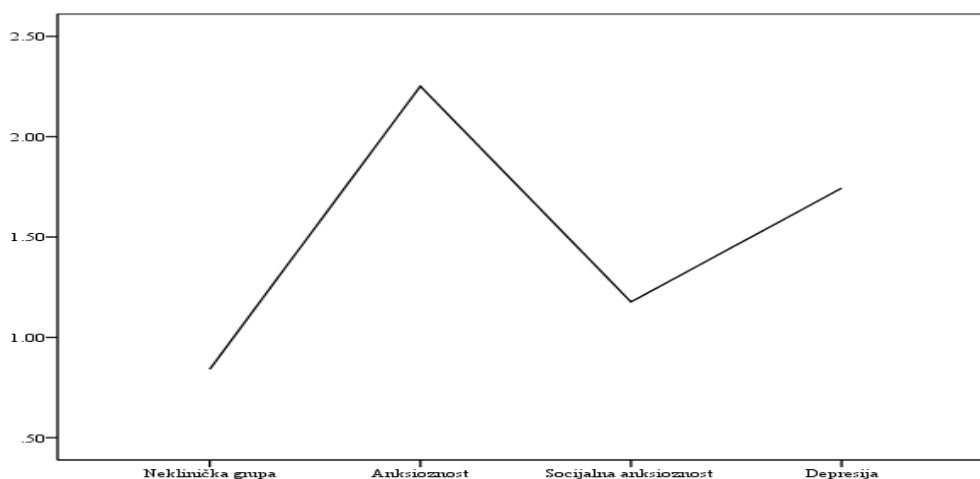
Prikazi aritmetičkih sredina za grupe po merenim dimenzijama, sa individualnim kontrastima, dati su na Grafikonima od 19 do 24.

Najveći doprinos osetljivosti na anksioznost se registruje u domenu kognitivne osetljivosti na anksioznost. U operacionalizaciji preko ASI/ASI-R kombinacije, 43 % varijanse je objašnjeno grupnom pripadnošću. Sličan rezultat je dobijen u okviru operacionalizacije ASI-3, gde možemo da evidentiramo da je 38.9% varijanse skorova objašnjeno grupnom pripadnošću. Manji doprinos grupne razlike evidentiramo na nivou varijable socijalna osetljivost na anksioznost, gde je 31.9 % varijanse objašnjeno grupnom pripadnošću u operacionalizaciji ASI/ASI-R, a 34.3% kod ASI-3. Na nivou varijable fizička osetljivost na anksioznost operacionalizovane na osnovu ASI-3, 18.4 % varijable je objašnjeno grupnom pripadnošću, dok je 25.4% varijanse to isto čini operacionalizovano preko ASI/ASI-R. Neklinička grupa ispitanika se u globalu razlikuje od kliničkih u odnosu na izdvojene varijable.

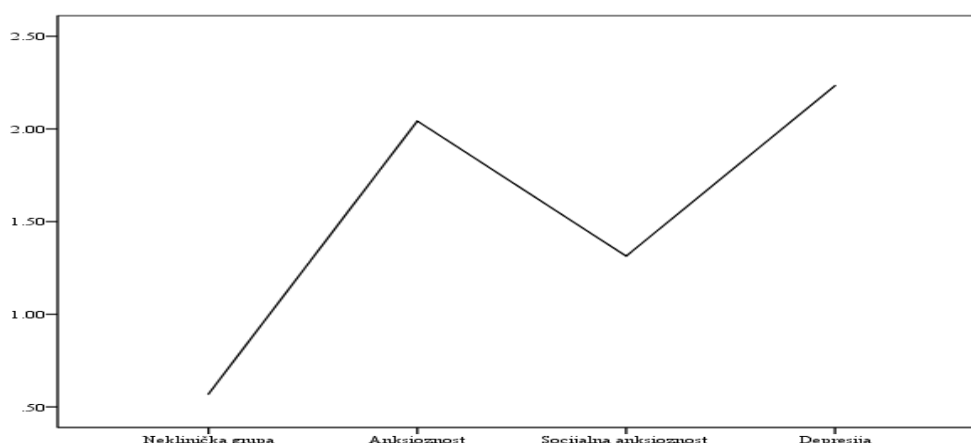
Na osnovu post hoc testa, (Games-Howell kontrasta) primećujemo da je na simptome FOnA najosetljivija grupa ispitanika sa problemima anksioznosti, iako između nje i grupe depresivnih ispitanika na ovoj varijabli nema značajne razlike na obe operacionalizacije, dok dodatno razlika nije značajna u domenu ove varijable kod operacionalizacije ASI/ASI-R između nekliničke grupe i grupe ispitanika sa problemima iz socijalno-anksioznog spektra. Značajne razlike se registruju između ostalih podgrupa: nekliničke grupe i podgrupa anksioznih i depresivnih ispitanika, u korist kliničkih podgrupa, kao i grupe depresivnih i anksioznih ispitanika u odnosu na kliničku grupu socio-anksioznih ispitanika, gde su prve dve grupe osetljivije u odnosu na FOnA. Ne postoje značajne razlike između depresivnih ispitanika u odnosu na anksiozne ispitanike, na simptome kognitivne osetljivosti, iako je ova grupa ispitanika najosetljivija na njih. Neklinička grupa se značajno razlikuje u odnosu na sve kliničke grupe, gde su kliničke grupe osetljivije u odnosu na ispoljavanje simptoma kognitivne osetljivosti na anksioznost. Primećujemo značajnost razlike između grupe anksioznih i depresivnih, u odnosu na socio-anksiozne ispitanike, dok su prve dve grupe osetljivije na datu varijablu. Posmatrajući grupne razlike u odnosu na varijablu SOnA, primećujemo da, iako je grupa socijalno anksioznih ispitanika najosetljivija na ovoj varijabli, ipak značajnost razlike nije uočljiva u odnosu na druge dve kliničke grupe

ispitanika, što je prisutan trend na obe operacionalizacije, dok se značajnost razlika uočava između nekliničke grupe i svih kliničkih poduzoraka.

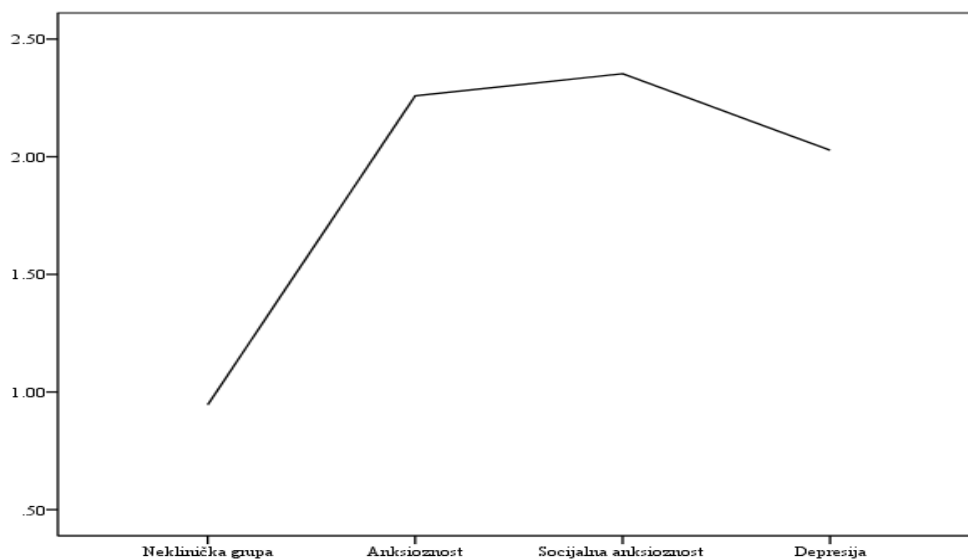
Trendovi grupnih razlika, bilo dobijeni na osnovu operacionalizacije ASI-3, ili na osnovu kombinacije ASI/ASI-R, iako blago drugačiji, ukazuju nam da nisu dobijene fundamentalno drugačije razlike.



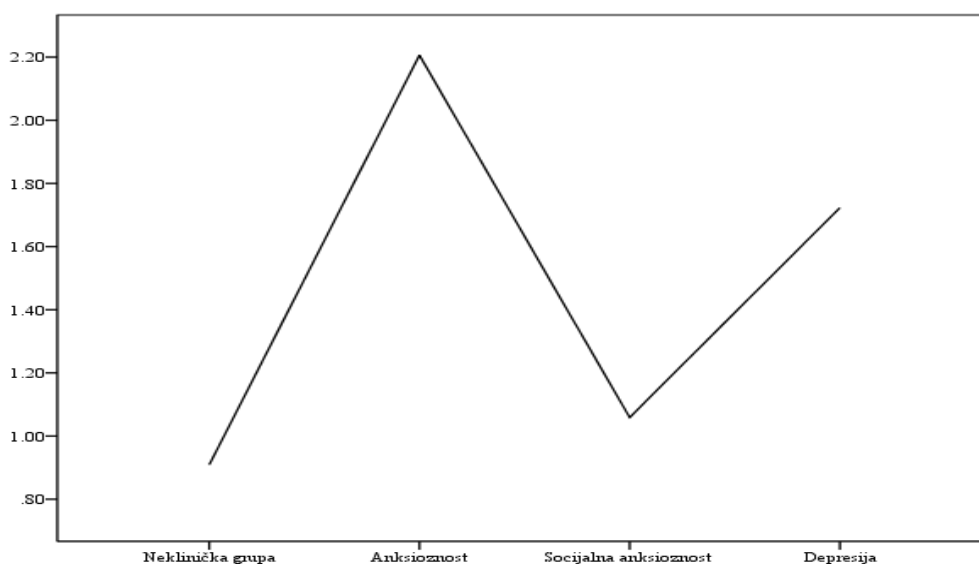
Grafikon 19. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po skorovima ASI-3 fizičke osetljivosti na anksioznost. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$), Anksioznost > Socijalna anksioznost ($p < .001$), Socijalna anksioznost < Depresija ($p = .023$); Neklinička grupa < Socijalna anksioznost komparacija se nalazi na granici statističke značajnosti ($p = .053$).



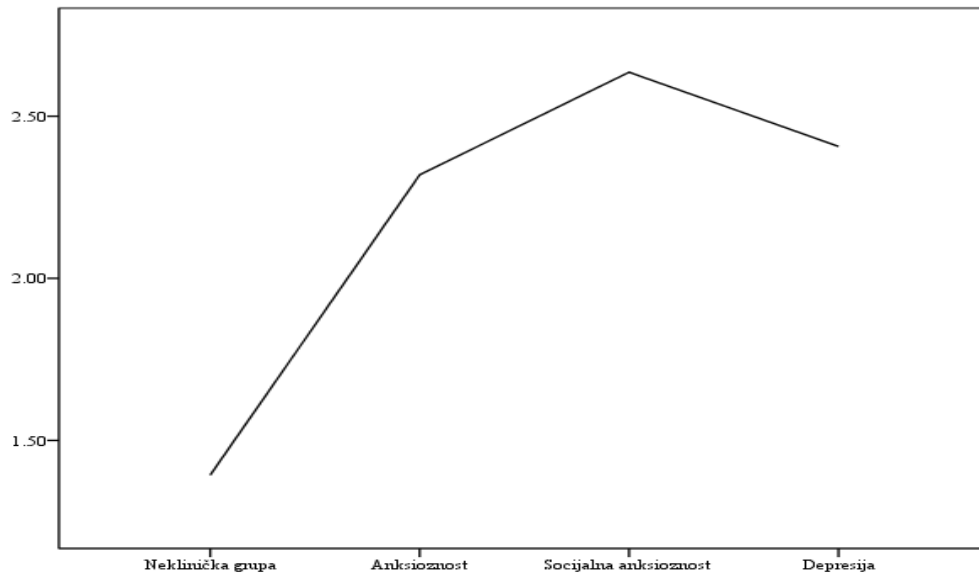
Grafikon 20. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po skorovima ASI-3 kognitivne osetljivosti na anksioznost. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Socijalna anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$), Anksioznost > Socijalna anksioznost ($p = .008$), Socijalna anksioznost < Depresija ($p < .001$).



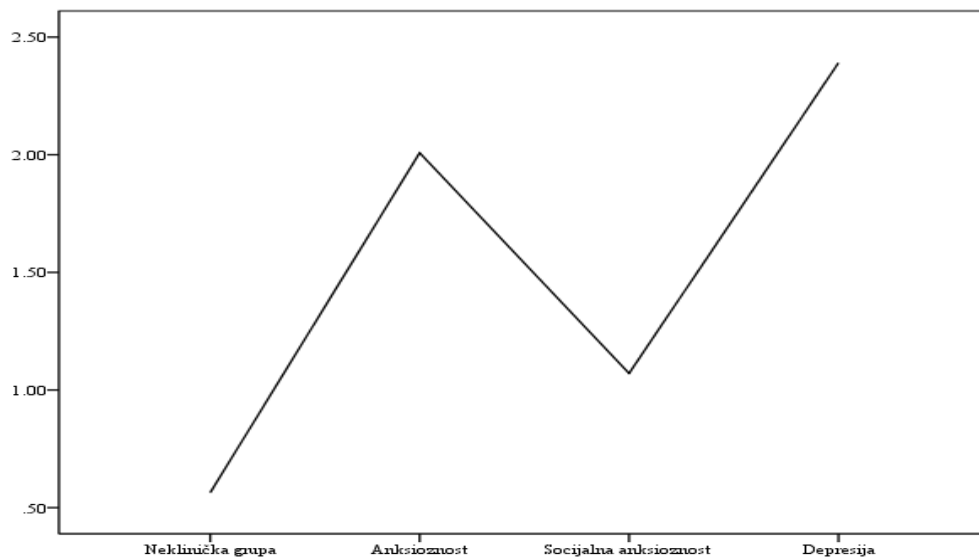
Grafik 21. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po skorovima ASI-3 socijalne osetljivosti na anksioznost. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Socijalna anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$).



Grafikon 22. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po skorovima kombinovane ASI/ASI-R fizičke osetljivosti na anksioznost. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$), Anksioznost > Socijalna anksioznost ($p < .001$), Socijalna anksioznost < Depresija ($p = .017$).



Grafikon 23. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po skorovima kombinovane ASI/ASI-R socijalne osetljivosti na anksioznost. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Socijalna anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$).



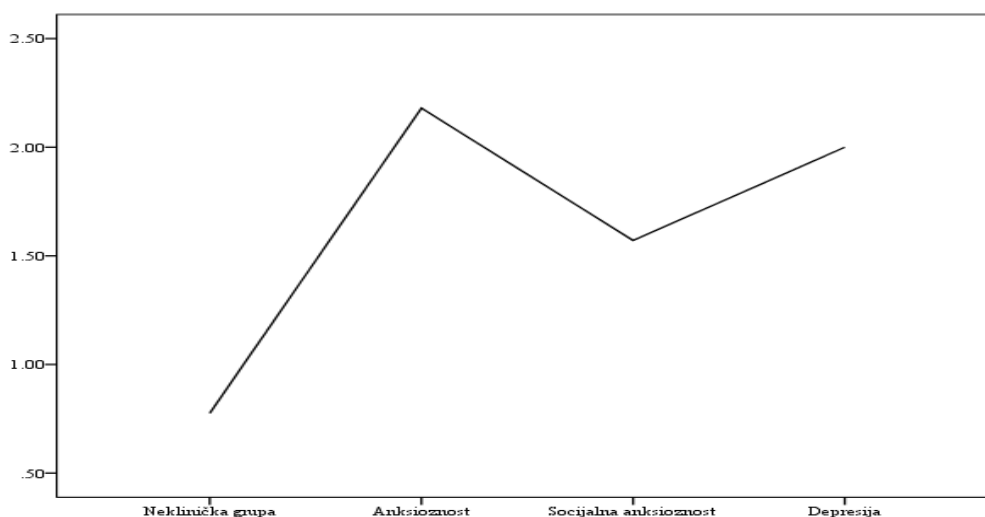
Grafikon 24. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po skorovima kombinovane ASI/ASI-R kognitivne osetljivosti na anksioznost. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Socijalna anksioznost ($p = .006$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$), Anksioznost > Socijalna anksioznost ($p < .001$), Socijalna anksioznost < Depresija ($p < .001$).

Izvršene su i komparacije ispitanika iz opšteg uzorka, odnosno nekliničke grupe, u odnosu na ispitanike iz tri kliničke grupe (anksioznost, socijalna anksioznost, depresija) u pogledu prosečnih skorova generalne osjetljivosti na anksioznost. Tačnije, proverene su razlike u ukupnim prosečnim skorovima sa kompletnog ASI-3 inventara, i sumacionog skora svih ajtema iz kombinovanog inventara ASI/ASI-R. U oba slučaja su dobijene statistički značajne razlike. Ovo je prikazano u Tabeli 12 i na Grafikonima 25 i 26.

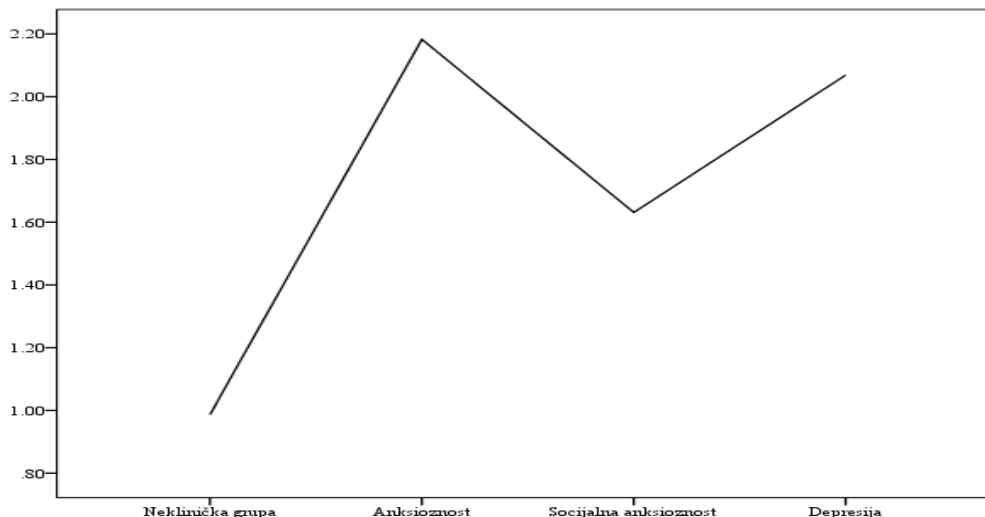
Tabela 12. Razlike između kliničkih i nekliničkih grupa po celovitim skorovima osjetljivosti na anksioznost iz ASI-3 inventara i kombinovanih ASI/ASI-R inventara

Varijable	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>	η_p^2
ASI-3-ukupno	57.18	3	169.32	<.001	.390
ASI/ASI-R-ukupno.	50.75	3	154.38	<.001	.360

Legenda: *F*=testni statistik analize varijanse, korigovan za nejednake varijanse među grupama. *df1*, *df2*=brojevi stepeni slobode. *p*=pokazatelj statističke značajnosti. η_p^2 =parcijalna eta na kvadrat, mera intenziteta statističkog efekta.



Grafikon 25. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po ukupnim ASI-3 skorovima. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Socijalna anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$), Anksioznost > Socijalna anksioznost ($p = .006$), Socijalna anksioznost < Depresija komparacija se analizira na granici statističke značajnosti ($p = .056$).



Grafikon 26. Komparacije između kliničkih i nekliničkih grupa po ukupnim kombinovanim ASI/ASI-R skorovima. Statistički značajni Games-Howell kontrasti: Neklinička grupa < Anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Socijalna anksioznost ($p < .001$), Neklinička grupa < Depresija ($p < .001$), Anksioznost > Socijalna anksioznost ($p = .008$), Socijalna anksioznost < Depresija ($p = .014$).

Grupna pripadnost na operacionalizaciji ASI-3, objašnjava 39% varijanse, dok je u kombinaciji operacionalizovanoj preko ASI/ASI-R, 36% varijanse objašnjeno grupnom pripadnošću, što je gotovo identičan nalaz. Razlike među grupama su značajne između kliničkih i nekliničkih grupa, dok se razlika ne-uočava između grupe anksioznih i grupe depresivnih ispitanika, iako su prosečni skorovi u grupi anksioznih ispitanika nešto veći.

Prediktivna vrednost dimenzija osetljivosti na anksioznost

Kako bi se proverila konkurentna inkrementalna validnost tri dimenzije osetljivosti na anksioznost, na osnovu njihove dve operacionalizacije (ASI-3 i kombinacija ASI/ASI-R), u predikciji različitih relevantnih kriterijuma, a povrh bazičnih osobina ličnosti i pola, sprovedena je serija hijerarhijskih linearnih regresionih analiza. Kao kriterijumi su poslužili, redom, skorovi sa BDI (Bekov inventar depresivnost), BAI (Bekov inventar anksioznosti) i STAI (anksioznost kao crta ličnosti). U prvom koraku, u analizu su, kao prediktori, postavljene osobine ličnosti iz NEO-FFI inventara ličnosti i pol, dok su u drugom koraku uvedene tri dimenzije osetljivosti na

anksioznost, posebno za ASI-3 operacionalizaciju (korak II.I), a posebno za operacionalizaciju na osnovu kombinacije ASI/ASI-R inventara (korak II.II). Ove analize su izvršene za: 1) kompletan uzorak, 2) odvojeno za neklinički poduzorak i 3) odvojeno za (kombinovani) klinički poduzorak.

Pojedinačne korelacije (r) odvojeno prikazane su u Tabeli 13 (za kompletan uzorak), dok su rezultati za kompletan uzorak dati u Tabeli 14. Može se videti da varijabla neuroticizam ostvaruje značajne i visoke korelacije sa BDI, BAI i STAI, što znači da skorovi na upitnicima koji procenjuju anksioznost, depresiju i anksioznost kao crtu ličnosti, rastu što je neuroticizam izraženiji. Primetan je najizraženiji intezitet povezanosti neuroticizma sa dimenzijom anksioznosti kao crtom. Druge dimenzije ličnosti su negativnog korelacionog predznaka, što će reći da anksioznost, depresija, i anksiozna strukturalno funkcionalna obeležja ličnosti opadaju što su ekstraverzija, otvorenost, saradljivost i savesnost više izražene. Kako je skala neuroticizam u najizraženijoj pozitivnoj korelaciji sa anksioznošću kao crtom, primećujemo prisutan takav trend, suprotnog predznaka korelacije, kada je reč o dimenzijama ekstraverzija i saradljivost, koje najviše negativno koreliraju sa skalom STAI.

Trend korelacionih veza dimenzija osetljivosti na anksioznost sa drugim varijablama ne razlikuje se u većoj meri bez obzira na to o kojoj od njihove dve operacionalizacije je reč (ASI-3 ili ASI/ASI-R). Ukupna OnA najviše korelira sa skorovima na skali BAI, nezavisno od upitničke operacionalizacije (ASI ili ASI/ASI-R). Korelacioni trend je identičan po svim varijablama, gde se primećuje najviši stepen korelacije faktora sa skorom na skali BAI. Stepem razlike korelacija faktora sa skorovima na upitnicima BDI, BAI i STAI je najupadljiviji kod FOnA, koji najviše korelira sa BAI, što će reći da anksioznost raste što su simptomi fizičke osetljivosti na anksioznost zastupljeniji. Sličan korelacioni trend je prisutan u odnosu na varijable kognitivna i socijalna osetljivost na anksioznost, sa razlikom što su korelacije KOnA oko vrednosti .70 na svim korišćenim upitnicima, dok su njihove vrednosti niže kod faktora SOnA i kreću se između .50 i .60 vrednosti.

Tabela 13. Korelacije osobina ličnosti, pola i osetljivosti na anksioznost za BDI, BAI i STAI skorovima.

Varijable		BDI	BAI	STAI
Pol (ž)	<i>R</i>	.16	.16	.12
	<i>P</i>	<.001	<.001	.013
NFFI	<i>R</i>	.69	.68	.86
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
EFFI	<i>r</i>	-.57	-.49	-.67
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
OFFI	<i>r</i>	-.32	-.30	-.30
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
AFFI	<i>r</i>	-.18	-.17	-.10
	<i>p</i>	<.001	<.001	.039
CFFI	<i>r</i>	-.44	-.33	-.53
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
ASI-3-FOnA	<i>r</i>	.53	.71	.47
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
ASI-3-KOnA	<i>r</i>	.70	.74	.68
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
ASI-3-SOnA	<i>r</i>	.53	.62	.58
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
ASI-3-GOnA	<i>r</i>	.67	.79	.66
	<i>p</i>	<.001	<.001	<.001
ASI/ASI-R-FOnA	<i>r</i>	.43	.60	.39
	<i>P</i>	<.001	<.001	<.001
ASI/ASI-R-KOnA	<i>R</i>	.76	.76	.68
	<i>P</i>	<.001	<.001	<.001
ASI/ASI-R-SOnA	<i>R</i>	.51	.58	.57
	<i>P</i>	<.001	<.001	<.001
ASI/ASI-R-GOnA	<i>R</i>	.65	.79	.65
	<i>P</i>	<.001	<.001	<.001

Legenda: *r* = linearna korelacija. *p* = nivo statističke značajnosti. Napomena: Korelacije BDI-BAI, BDI-STAI i BAI-STAI su, redom: .78, .77 i .72 (svi $p < .001$).

Osobine ličnosti i pol objašnjavaju 52.7% varijanse BDI skorova, pri čemu se kao prediktori izdvajaju, redom po veličini efekata, viši neuroticizam, niža ekstraverzija, ženski pol, niža otvorenost ka iskustvu i niža saradljivost i savesnost. Kada se u drugom koraku (II.I) hijerarhijske analize kao prediktori BDI, povrh osobina ličnosti i pola,

dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno (i statistički značajno) doprinose predikciji varijanse BDI skorova za dodatnih 9.2%. Ako se umesto ASI-3 supskala u drugom koraku dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), inkrementalna predikcija povrh osobina ličnosti i pola je nešto veća u odnosu na II.I i iznosi 13.7%. I u II.I i u II.II verziji analize, za porast u predikciji je isključivo odgovorna viša kognitivna osetljivost na anksioznost. Za BDI u II.I primećujemo da svi značajni prediktori iz I ostaju značajni u koraku II.I, uz gotovo duplo smanjenje veličine doprinosa neuroticizma, što će reći da ASI-3 KOnA sadrži veliku proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam. Zanimljivo je istaći da savesnost (C) u drugom slučaju postaje statistički značajan prediktor, dok u prvom koraku nije bio, iako je razlika u veličini beta koeficijenata marginalna. U slučaju II.II, doprinos neuroticizma takođe postaje duplo manji, ali pored toga saradljivost (A) prestaje da bude statistički značajna, što će reći da ASI/ASI-R, KOnA pored neuroticizma, sadrži i većinu prediktivne informacije saradljivosti (A).

Kada je reč o predikciji BAI, osobine ličnosti i pol objašnjavaju oko 48.9% varijanse. Prediktori su redom po veličini efekta viši neuroticizam, ženski pol, te niža otvorenost, ekstraverzija, saradljivost i savesnost. Kada se u drugom koraku (II.I) kao prediktori dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno (statistički značajno) povećavaju predikciju za dodatnih 19.8%. Za ovaj priraštaj su odgovorna viša fizička i kognitivna osetljivost. Ako se u drugom koraku umesto ASI-3 dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), predikcija raste za 20.8%, a za priraštaj su opet odgovorne viša KOnA i FOnA. Kako se u koracima II.I i II.II smanjuje za duplo ili više prediktivni doprinos neuroticizma, to je pokazatelj da KOnA i FOnA sadrže većinu prediktivne informacije neuroticizma.

Osobine ličnosti i pol objašnjavaju 76.9% varijanse STAI skorova. Kao prediktori po veličini se izdvajaju: viši neuroticizam i saradljivost, niža ekstraverzija i savesnost, pa zatim viši ženski pol i otvorenost. Kada se u drugom koraku (II.I), kao prediktori STAI povrh osobine ličnosti i pola dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno (statistički značajno) povećavaju predikciju varijanse STAI skorova za dodatnih 1.9%. Ako se umesto ASI-3 supskala, u drugom koraku dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), inkrementalna predikcija povrh osobina ličnosti i pola je nešto veća u odnosu na II.I i iznosi 2%. I u II.I i u II.II verziji analize, za porast u predikciji je isključivo odgovorna viša kognitivna osetljivost na anksioznost. Za STAI u II.I primećujemo da svi značajni prediktori iz I ostaju značajni u koraku II.I, uz smanjenje veličine doprinosa

neuroticizma i saradljivosti, što će reći da ASI-3 KOnA sadrži proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam i saradljivost. U slučaju II.II, doprinos neuroticizma i saradljivosti takođe postaje manji, što će reći da ASI/ASI-R, KOnA pored neuroticizma, sadrži i većinu prediktivne informacije saradljivosti (A).

Tabela 14. *Hijerarhijska regresiona analiza: kompletan uzorak (N=420)*

Koraci	Prediktori	Kriterijumi					
		BDI		BAI		STAI	
		β	<i>P</i>	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>
I	Pol (ž)	.10	.003	.11	.004	.04	.095
	NFFI	.47	<.001	.59	<.001	.69	<.001
	EFFI	-.19	<.001	-.10	.031	-.18	<.001
	OFFI	-.10	.008	-.10	.011	.004	.880
	AFFI	-.09	.011	-.09	.017	.30	.761
	CFFI	-.07	.107	.06	.167	-.10	<.001
		$R^2=.527 (R^2_{kor}=.520)$		$R^2=.489 (R^2_{kor}=.481)$		$R^2=.769 (R^2_{kor}=.765)$	
II.I	Pol (ž)	.08	.010	.08	.003	.03	.197
	NFFI	.24	<.001	.25	<.001	.59	<.001
	EFFI	-.16	<.001	-.08	.032	-.16	<.001
	OFFI	-.07	.046	-.05	.079	.02	.505
	AFFI	-.07	.039	-.01	.662	.01	.663
	CFFI	-.08	.027	.03	.413	-.10	<.001
	ASI-3-FOnA	.04	.383	.35	<.001	-.04	.279
	ASI-3-KOnA	.39	<.001	.23	<.001	.21	<.001
ASI-3-SOnA	-.02	.620	.07	.097	.003	.920	

		$R^2=.619 (R^2_{kor}=.610),$ $\Delta R^2=.092 (\Delta R^2_{kor}=.090),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.686 (R^2_{kor}=.680),$ $\Delta R^2=.198 (\Delta R^2_{kor}=.199),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.788 (R^2_{kor}=.783),$ $\Delta R^2=.019 (\Delta R^2_{kor}=.018),$ $\Delta p<.001$	
II.II	Pol (ž)	.08	.006	.08	.005	.032	.173
	NFFI	.24	<.001	.27	<.001	.60	<.001
	EFFI	-.12	.003	-.03	.355	-.15	<.001
	OFFI	-.04	.241	-.02	.406	.03	.263
	AFFI	-.05	.079	-.03	.326	.02	.397
	CFFI	-.07	.054	.05	.104	-.10	<.001
	ASI/ASI-R-FOnA	.03	.426	.25	<.001	-.01	.854
	ASI/ASI-R-KOnA	.49	<.001	.42	<.001	.19	<.001
	ASI/ASI-R-SOnA	-.03	.438	.03	.404	.01	.875
			$R^2=.665 (R^2_{kor}=.657),$ $\Delta R^2=.137 (\Delta R^2_{kor}=.137),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.697 (R^2_{kor}=.690),$ $\Delta R^2=.208 (\Delta R^2_{kor}=.209),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.789 (R^2_{kor}=.784),$ $\Delta R^2=.020 (\Delta R^2_{kor}=.019),$ $\Delta p<.001$

Legenda: β = linearna korelacija. p = nivo statističke značajnosti. R^2 = koeficijent determinacije, koji govori o proporciji varijanse kriterijuma, koju objašnjavaju prediktori (ako se broj pomnoži sa 100, onda je reč o procentu objašnjene varijanse). R^2_{kor} = koeficijent determinacije korigovan za razliku u broju prediktora. $\Delta R^2 / \Delta R^2_{kor}$ = porast u objašnjenju varijansi kriterijuma u drugom u odnosu na prvi korak analize (Δp govori o statističkoj značajnosti te razlike).

Treba naglasiti da se u svim slučajevima, ako se u koraku II.I, odnosno II.II, koristi ukupni ASI-3, odnosno ASI/ASI-R skor, dobija nešto niži nivo inkrementalnog porasta u objašnjenju varijansi, nego kada se koriste tri ASI-3, odnosno ASI/ASI-R supskale. Konkretno, ostvarene predikcije u II.I koraku, u slučaju upotrebe ukupnog ASI-3 skora, a ne ASI-3 supskala su: 1) BDI: $R^2=.595 (R^2_{kor}=.589), \Delta R^2=.068 (\Delta R^2_{kor}=.069), \Delta p<.001$, 2) BAI: $R^2=.675 (R^2_{kor}=.669), \Delta R^2=.186 (\Delta R^2_{kor}=.180), \Delta p<.001$, 3) STAI: $R^2=.780 (R^2_{kor}=.776), \Delta R^2=.011 (\Delta R^2_{kor}=.011) \Delta p<.001$. Predikcije u II.II koraku, u slučaju upotrebe ukupnog ASI/ASI-R skora, a ne ASI/ASI-R supskala su: 1) BDI: $R^2=.588 (R^2_{kor}=.581), \Delta R^2=.061 (\Delta R^2_{kor}=.061), \Delta p<.001$, 2) BAI: $R^2=.677$

($R^2_{kor}=.672$), $\Delta R^2=.189$ ($\Delta R^2_{kor}=.191$), $\Delta p<.001$, 3) STAI: $R^2=.781$ ($R^2_{kor}=.777$), $\Delta R^2=.013$ ($\Delta R^2_{kor}=.012$), $\Delta p<.001$. Kao osnovu za komparacije u ovim slučajevima treba koristiti razlike u korigovanim koeficijentima determinacije (tj. ΔR^2_{kor} , a ne ΔR^2), zbog razlike u broju prediktorskih varijabli. Tako npr. u slučaju komparacije razlike u predikciji BDI na osnovu ASI-3 supskala i ASI-3 ukupnog skora treba porediti $\Delta R^2_{kor}=.090$ (za ASI-3 supskale) sa $\Delta R^2_{kor}=.069$ (za ASI-3 ukupni skor), iz čega se može zaključiti da ASI-3 supskale u odnosu na ASI-3 ukupni skor objašnjavaju: $.090-.069=.021*100=2.1\%$ više BDI varijanse povrh osobina ličnosti i pola.

Hijerarhijska regresiona analiza na nekliničkom uzorku, kada je reč o predikciji BDI, ukazuje da osobine ličnosti i pol objašnjavaju 37.2% varijanse skorova, pri čemu se kao parcijalni doprinosi prediktora izdvajaju, redom po veličini efekata, viši neuroticizam, ženski pol, niža ekstraverzija, niža savesnost, niža saradljivost i više otvorenost ka iskustvu. Kada se u drugom koraku (II.I) hijerarhijske analize kao prediktori BDI, povrh osobina ličnosti i pola, dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno doprinose (statistički značajno) predikciji varijanse BDI skorova za dodatnih 4.1%. Ako se umesto ASI-3 supskala u drugom koraku dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), inkrementalna predikcija povrh osobina ličnosti i pola je nešto veća u odnosu na II.I i iznosi 4.9%. Za predikciju BDI u II.I primećujemo da svi značajni prediktori iz I ostaju značajni u koraku II.I, uz smanjenje veličine doprinosa neuroticizma, što će reći da ASI-3 KonA sadrži veliku proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam. I u slučaju II.II, doprinos neuroticizma takođe postaje duplo manji, dok je KOnA odgovorna za većinu porasta predikcije.

Kada je reč o predikciji BAI, osobine ličnosti i pol objašnjavaju oko 36.2 % varijanse. Prediktori su redom viši neuroticizam, ženski pol, viša ekstraverzija, saradljivost, niža otvorenost i niža savesnost. Kada se u drugom koraku (II.I) kao prediktori dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno doprinose (statistički značajno) povećavaju predikciju za dodatnih 1.25 %. Za ovaj priraštaj odgovorna je viša fizička osetljivost na anksioznost. Ako se u drugom koraku umesto ASI-3 dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), predikcija raste za 5.1%, a za priraštaj su odgovorna viša kognitivna i fizička osetljivost na anksioznost. Za predikciju BDI u II.I primećujemo da svi značajni prediktori iz I ostaju značajni u koraku II.I, uz smanjenje veličine doprinosa neuroticizma, što će reći da ASI-3 FOnA sadrži veliku proporciju iste prediktivne

informacije kao i neuroticizam, dok u koraku II.II KOnA i FOnA raspodeljuju proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam.

Osobine ličnosti i pol objašnjavaju 70% varijanse STAI skora, pri čemu se kao prediktori redom izdvajaju viši neuroticizam, ekstraverzija, savesnost, saradljivost, otvorenost i muški pol. Kada se u drugom koraku (II.I) hijerarhijske analize kao prediktori dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno doprinose predikciju za dodatnih 1.6 %. Za ovaj priraštaj odgovorna je viša fizička osetljivost na anksioznost. Ako se u drugom koraku umesto ASI-3 dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), predikcija raste za .8 %, za ovaj priraštaj je odgovorna KonA, koja ima inkrementalnu prediktivnu vrednost povrh pola i osobina ličnosti. Za STAI u II.I primećujemo da prediktori iz I ostaju slični u koraku II.I, uz prisutno smanjenje veličine doprinosa neuroticizma, što će reći da ASI-3 FOnA i ASI/ASI-R KOnA sadrže proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam.

Tabela 15. *Hijerarhijska regresiona analiza: neklinički uzorak (N=253)*

Koraci	Prediktori	Kriterijumi					
		BDI		BAI		STAI	
		β	<i>P</i>	β	<i>P</i>	β	<i>p</i>
I	Pol (ž)	.11	.040	.07	.194	-.01	.763
	NFFI	.53	<.001	.61	<.001	.68	<.001
	EFFI	-.07	.206	.02	.687	-.18	<.001
	OFFI	.02	.667	.01	.875	.06	.086
	AFFI	-.05	.338	.02	.682	<.001	.998
	CFFI	-.06	.312	-.01	.828	-.13	.001
		$R^2=.372 (R^2_{kor}=.357)$		$R^2=.362 (R^2_{kor}=.347)$		$R^2=.700 (R^2_{kor}=.692)$	
II.I	Pol (ž)	.09	.088	.04	.374	-.02	.525
	NFFI	.39	<.001	.40	<.001	.591	<.001
	EFFI	-.08	.181	.01	.869	-.18	<.001

	OFFI	.01	.807	.01	.900	.06	.108
	AFFI	-.04	.409	.04	.439	.01	.874
	CFFI	-.07	.195	-.03	.571	-.14	<.001
	ASI-3-FOnA	.15	.030	.39	<.001	.11	.026
	ASI-3-KOnA	.14	.065	-.01	.886	.06	.224
	ASI-3-SOnA	-.04	.517	.05	.414	-.004	.924
		$R^2=.413 (R^2_{kor}=.391),$ $\Delta R^2=.041 (\Delta R^2_{kor}=.034),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.488 (R^2_{kor}=.469),$ $\Delta R^2=.125 (\Delta R^2_{kor}=.122),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.716 (R^2_{kor}=.705),$ $\Delta R^2=.016 (\Delta R^2_{kor}=.013),$ $\Delta p=.004$	
	Pol (ž)	.11	.029	.07	.190	-.01	.767
	NFFI	.42	<.001	.47	<.001	.63	<.001
	EFFI	-.06	.248	.02	.737	-.18	<.001
	OFFI	.01	.902	.00	.991	.06	.114
	AFFI	-.02	.638	.05	.367	.01	.749
II.II	CFFI	-.06	.278	-.02	.784	-.13	.001
	ASI/ASI-R-FOnA	.00	.980	.14	.008	.04	.263
	ASI/ASI-R-KOnA	.25	<.001	.17	.004	.09	.028
	ASI/ASI-R-SOnA	-.02	.684	.05	.414	.002	.954
		$R^2=.421 (R^2_{kor}=.399),$ $\Delta R^2=.049 (\Delta R^2_{kor}=.042),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.413 (R^2_{kor}=.391),$ $\Delta R^2=.051 (\Delta R^2_{kor}=.044),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.708 (R^2_{kor}=.697),$ $\Delta R^2=.009 (\Delta R^2_{kor}=.005),$ $\Delta p=.070$	

Legenda: β = linearna korelacija. p = nivo statističke značajnosti. R^2 = koeficijent determinacije, koji govori o proporciji varijanse kriterijuma, koju objašnjavaju prediktori (ako se broj pomnoži sa 100, onda je reč o procentu objašnjene varijanse). R^2_{kor} = koeficijent determinacije korigovan za razliku u broju prediktora. $\Delta R^2 / \Delta R^2_{kor}$ = porast u objašnjenju varijansi kriterijuma u drugom u odnosu na prvi korak analize (Δp govori o statističkoj značajnosti te razlike).

O predikcije u II.I koraku, u slučaju upotrebe ukupnog ASI-3 skora, a ne ASI-3 supskala su: 1) BDI: $R^2=.401 (R^2_{kor}=.383), \Delta R^2=.029 (\Delta R^2_{kor}=.026), \Delta p<.001$, 2) BAI:

$R^2=.455$ ($R^2_{kor}=.439$), $\Delta R^2=.093$ ($\Delta R^2_{kor}=.092$), $\Delta p<.001$, 3) STAI: $R^2=.713$ ($R^2_{kor}=.704$), $\Delta R^2=.013$ ($\Delta R^2_{kor}=.012$) $\Delta p=.001$.

Predikcije u II.II koraku, u slučaju upotrebe ukupnog ASI/ASI-R skora, a ne ASI/ASI-R supskala su: 1) BDI: $R^2=.394$ ($R^2_{kor}=.377$), $\Delta R^2=.022$ ($\Delta R^2_{kor}=.020$), $\Delta p=.003$, 2) BAI: $R^2=.459$ ($R^2_{kor}=.444$), $\Delta R^2=.097$ ($\Delta R^2_{kor}=.097$), $\Delta p<.001$, 3) STAI: $R^2=.713$ ($R^2_{kor}=.704$), $\Delta R^2=.013$ ($\Delta R^2_{kor}=.012$), $\Delta p=.001$.

Sve predikcije osetljivosti na anksioznost dobijene samo na ne-kliničkom uzorku su lošije nego na kompletnom uzorku. Predikcija BAI skale preko operacionalizacije ASI/ASI-R je dosta lošija nego preko ASI-3 skale, a faktori u okviru upitničke operacionalizacije ASI/ASI-R povrh pola i osobina ličnosti poseduju nisku inkrementalnu predikciju, što znači da u okviru upitnika STAI skoro da nema neke razlike, ako se koriste supskale ili ukupni skorovi osetljivosti na anksioznost, OnA vrijable će dosta visoko korelirati sa merama od interesa. Međutim, ako postoji uvid u nečiju strukturu ličnosti (i pol), OnA povrh toga neće nužno biti od velike koristi.

Osobine ličnosti i pol objašnjavaju 38.3% varijanse BDI skorova na kliničkom uzorku, pri čemu se kao prediktori izdvajaju, redom po veličini efekata, viši neuroticizam, niža ekstraverzija, niža saradljivost, niža otvorenost ka iskustvu, niža savesnost i ženski pol. Kada se u drugom koraku (II.I) hijerarhijske analize kao prediktori BDI, povrh osobina ličnosti i pola, dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno (i statistički značajno) doprinose predikciji varijanse BDI skorova za dodatnih 10.4%. Ako se umesto ASI-3 supskala u drugom koraku dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), inkrementalna predikcija povrh osobina ličnosti i pola je nešto veća (statistički značajno) u odnosu na II.I i iznosi 17.6 %. I u II.I i u II.II verziji analize, za porast u predikciji je isključivo odgovorna viša kognitivna osetljivost na anksioznost. Za BDI u II.I primećujemo da svi značajni prediktori iz I ostaju značajni u koraku II.I, uz gotovo duplo smanjenje veličine doprinosa neuroticizma, što će reći da ASI-3 KonA sadrži veliku proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam. Zanimljivo je istaći, da se u II.II koraku pored neuroticizma, smanjuje i ekstraverzija, što će reći da ASI/ASI-R, KOnA pored neuroticizma, sadrži i prediktivne informacije ekstraverzije.

Kada je reč o predikciji BAI, osobine ličnosti i pol objašnjavaju oko 29% varijanse. Prediktori su redom viši neuroticizam, niža saradljivost, niža savesnost, otvorenost ka iskustvu, niža ekstraverzija, i ženski pol. Kada se u drugom koraku (II.I)

kao prediktori dodaju ASI-3 supskale, one inkrementalno povećavaju (statistički značajno) predikciju za dodatnih 2.1 %. Ako se u drugom koraku umesto ASI-3 dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), predikcija raste za 2.8%, a za priraštaj u oba slučaja je odgovorna kognitivna osetljivost na anksioznost. Za BAI u II.I primećujemo da svi značajni prediktori iz I ostaju značajni u koraku II.I, uz smanjenje veličine doprinosa neuroticizma, što će reći da ASI-3 KonA sadrži veliku proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam. U slučaju II.II, doprinos neuroticizma takođe postaje manji, ali pored toga saradljivost (A) prestaje da bude statistički značajna, što će reći da ASI/ASI-R, KOnA pored neuroticizma, sadrži i većinu prediktivne informacije saradljivosti (A).

Osobine ličnosti i pol objašnjavaju 62.1% varijanse STAI skorova, pri čemu se kao prediktori izdvajaju redom viši neuroticizam, ekstraverzija, savesnost, saradljivost, žeski pol i savesnost. Kada se u drugom koraku (II.I) kao prediktori dodaju ASI-3 supskale, one povećavaju predikciju za dodatnih 3.3 %, dok, ukoliko se u drugom koraku umesto ASI-3 dodaju ASI/ASI-R supskale (II.II), predikcija raste za 2.8%. U oba slučaja KonA ima izvesnu inkrementalnu prediktivnu vrednost povrh pola i osobina ličnosti. Za STAI u II.I primećujemo da svi značajni prediktori iz I ostaju značajni u koraku II.I, uz smanjenje veličine doprinosa neuroticizma, što ukazuje na to da ASI-3 i ASI/ASI-R KOnA sadrže proporciju iste prediktivne informacije kao i neuroticizam.

Tabela 16. *Hijerarhijska regresiona analiza: klinički uzorak (N=167)*

Koraci	Prediktori	Kriterijumi					
		BDI		BAI		STAI	
		β	<i>p</i>	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>
I	Pol (ž)	.11	.085	.11	.104	.05	.293
	NFFI	.32	<.001	.38	<.001	.63	<.001
	EFFI	-.23	.005	-.14	.120	-.15	.019
	OFFI	-.12	.094	-.14	.060	.01	.895
	AFFI	-.20	.002	-.26	<.001	-.004	.930
	CFFI	-.06	.414	.16	.104	-.12	.053

		$R^2=.383 (R^2_{kor}=.359)$		$R^2=.290 (R^2_{kor}=.263)$		$R^2=.621 (R^2_{kor}=.607)$	
II.I	Pol (ž)	.11	.056	.14	.015	.05	.322
	NFFI	.18	.028	.15	.050	.57	<.001
	EFFI	-.21	.006	-.15	.037	-.13	.041
	OFFI	-.07	.270	-.07	.258	.02	.674
	AFFI	-.17	.008	-.11	.050	-.02	.626
	CFFI	-.08	.229	.10	.109	-.12	.047
	ASI-3-FOnA	.02	.830	.40	<.001	-.13	.064
	ASI-3-KOnA	.39	<.001	.25	.002	.27	<.001
	ASI-3-SOnA	-.07	.319	.002	.972	-.06	.333
		$R^2=.491 (R^2_{kor}=.462),$ $\Delta R^2=.108 (\Delta R^2_{kor}=.103),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.565 (R^2_{kor}=.541),$ $\Delta R^2=.276 (\Delta R^2_{kor}=.278),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.656 (R^2_{kor}=.636),$ $\Delta R^2=.034 (\Delta R^2_{kor}=.029),$ $\Delta p=.002$	
II.II	Pol (ž)	.09	.097	.09	.069	.04	.366
	NFFI	.18	.024	.18	.015	.58	<.001
	EFFI	-.13	.068	-.04	.562	-.11	.105
	OFFI	-.03	.666	-.03	.626	.04	.425
	AFFI	-.13	.020	-.13	.010	.01	.766
	CFFI	-.08	.218	.13	.028	-.12	.038
	ASI/ASI-R-FOnA	.03	.610	.36	<.001	-.04	.433
	ASI/ASI-R-KOnA	.51	<.001	.45	<.001	.24	<.001
	ASI/ASI-R-SOnA	-.09	.187	-.06	.314	-.06	.350
		$R^2=.558 (R^2_{kor}=.533),$ $\Delta R^2=.176 (\Delta R^2_{kor}=.174),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.641 (R^2_{kor}=.620),$ $\Delta R^2=.352 (\Delta R^2_{kor}=.357),$ $\Delta p<.001$		$R^2=.654 (R^2_{kor}=.634),$ $\Delta R^2=.033 (\Delta R^2_{kor}=.027),$ $\Delta p=.003$	

Legenda: β = linearna korelacija. p = nivo statističke značajnosti. R^2 = koeficijent determinacije, koji govori o proporciji varijanse kriterijuma, koju objašnjavaju prediktori (ako se broj pomnoži sa 100, onda je reč o procentu objašnjene varijanse). R^2_{kor} = koeficijent determinacije korigovan za razliku u broju prediktora. $\Delta R^2 / \Delta R^2_{kor}$ = porast u objašnjenju varijansi kriterijuma u drugom, u odnosu na prvi korak analize (Δp govori o statističkoj značajnosti te razlike).

O predikcije u II.I koraku, u slučaju upotrebe ukupnog ASI-3 skora, a ne ASI-3 supskala su: 1) BDI: $R^2=.450$ ($R^2_{kor}=.425$), $\Delta R^2=.067$ ($\Delta R^2_{kor}=.066$), $\Delta p<.001$, 2) BAI: $R^2=.539$ ($R^2_{kor}=.519$), $\Delta R^2=.250$ ($\Delta R^2_{kor}=.256$), $\Delta p<.001$, 3) STAI: $R^2=.626$ ($R^2_{kor}=.610$), $\Delta R^2=.005$ ($\Delta R^2_{kor}=.003$) $\Delta p=.157$. Predikcije u II.II koraku, u slučaju upotrebe ukupnog ASI/ASI-R skora, a ne ASI/ASI-R supskala su: 1) BDI: $R^2=.444$ ($R^2_{kor}=.419$), $\Delta R^2=.061$ ($\Delta R^2_{kor}=.060$), $\Delta p<.001$, 2) BAI: $R^2=.559$ ($R^2_{kor}=.540$), $\Delta R^2=.270$ ($\Delta R^2_{kor}=.277$), $\Delta p<.001$, 3) STAI: $R^2=.628$ ($R^2_{kor}=.612$), $\Delta R^2=.007$ ($\Delta R^2_{kor}=.005$), $\Delta p=.088$.

Hijerarhijski model sa prediktorima ukupni ASI, odnosno ASI/ASI-R skor, na kliničkom uzorku objašnjava veći procenat varijanse kriterijuma BDI, BAI i STAI, nego na ukupnom uzorku i ne-kliničkom poduzorku. Treba naglasiti da se u svim slučajevima, ako se u koraku II.I, odnosno II.II, koristi ukupni ASI-3, odnosno ASI/ASI-R skor, dobija viši nivo inkrementalnog porasta u kliničkom uzorku. Nivo inkrementalnog porasta objašnjava viši procenat varijanse, kada su uključene dmenzije upitničkih operacionalizacija ASI i ASI/ASI-R, a ne ukupni skor.

Za STAI, u principu, osetljivost na anksioznost ne radi ništa posebno korisno, tj. predikcija je funkcionalno ista (ili čak i lošija), kada se povrh pola i osobina ličnosti dodaju varijable osetljivosti na anksioznost (nije važno da li je ASI-3 ili ASI/ASI-R, supskale ili ukupni skorovi). Ali ovde je važno naglasiti da je, s obzirom na veličine efekata, ova veličina poduzorka premala za ikakvo ozbiljnije zaključivanje.

DISKUSIJA

Svake godine se publikuju novi instrumenti koji se koriste u psihološkoj proceni. Pored konstrukcije novih instrumenata, psihologija kao naučna disciplina koja se konstantno razvija, uspostavlja i nove konstrukte nudeći ih za predmet merenja. Prateći kontinuiran razvoj serije testovnog instrumentarija namenjenog merenju određenog konstrukta, naglašavamo, da novi instrumenti doprinose koristi, pružajući kliničkim psiholozima nove informacije o predmetu merenja.

Novi merni instrument mora proći dug put od začeca, preko razvoja, do njegove ustaljene primene. Motivaciju začetka istraživač pronade onog trenutka, kada se u teoriji i praksi prepozna manjkavost alatki za određenje konstrukta. Razvoj podrazumeva detaljnu i kontinuiranu empirijsku proveru kojom će biti potvrđena njegova psihometrijska vrednost, ali i teorijsku, odnosno, konceptualnu proveru koja treba da odgovori na krucijalno pitanje – da li i/ili šta novo taj test donosi korisniku? Nakon ovako dugog puta razvoja, inventarijum dobija prostor svoje upotrebe bivajući konstantno izložen pažnji istraživača i kako to obično nalažu naučni standardi, njegovoj daljoj proveri.

Testovni instrumentarijum namenjen proceni konstrukta osetljivosti na anksioznost se menjao tokom vremena. Neki autori su redukovali broj ajtema, čineći ga manje glomaznim i umanjujući na taj način limitiranost njegove primene; drugi su sumnjali i proveravali invarijantnost konstrukta; dok su treći svoju pažnju usmerili na primenu upitnika od strane samih istraživača, baveći se pitanjima neadekvatnih uzoraka ili korišćenih postupaka, sumnjajući u lošu formulaciju stavki i nisku sadržinsku validnost. Većina navedenih problematizacija je razrešena i ispravljena pre konstruisanja ASI-3, koji nije predstavljao ništa drugo do pokušaja da se dobije kompaktnija mera, iz opusa postojećih, bez da se pravi novi set stavki namenjenih merenju OnA.

Izrada ovog rada rukovođena je ciljem validacije aktuelne OnA koncepcije, ASI-3, tako što je rađena potvrda samog ASI-3 upitnika sprovodeći „pseudo-replikaciju“ koraka na osnovu kojih je ASI-3 dobijen, ali na način gde je iz seta stavki iz kojih je kreiran upitnik ASI-3, ekstrahovan skup optimalnih stavki, rukovodeći se drugačijim setom psihometrijskih alata. Vođeni podacima, pseudo-replikacijom u prediktivnom

smislu, dobijen je skup ajtema koji je upoređivan sa ASI-3 u odnosu na druge konstrukte od interesa (BDI, BAI i STAI), što je simultano praćeno na kliničkom i nekliničkom uzorku. Najjednostavnije rećeno, naš postupak moćemo objasniti kao pokušaj dolaska do istog cilja koji su sebi postavili Tejlor i saradnici (Taylor et al., 2007) prilikom kreiranja ASI-3 instrumenta, ali zasnovano na koncepcijski drugaćijem setu koraka.

U svetlosti bavljenja konstruktom *osetljivost na anksioznost* i njegovim merenjima, rad nije usamljen na našim prostorima, već je ovo istraćivanje jedno od pet koja su se bavila evaluacijom Indeksa osetljivosti na anksioznost i njegovih revidiranih verzija. Pored dva istraćivanja, koja su radili Vukosaljević-Gvozden i saradnici (2016, 2012), pronalazimo istraćivanja Volarova i saradnika (2017) u Srbiji, kao i Jurin i saradnika (2011) u Hrvatskoj. Što se tiće specifićnosti uzorka, imajući na umu da je uključena klinička populacija ispitanika, u pitanju je prva takva evaluacija na ovom području na našem jeziku.

Sumiraćemo dobijene rezultate prema postavljenim ciljevima i hipotezama i diskutovati ih u svetlu nalaza drugih istraćivanja i postojećih znanja o strukturi konstrukta *osetljivost na anksioznost*.

Zajednićki latentni prostor spefićnih faktora, kombinacije ASI/ASI-R inventara i ASI-3 upitnika

Na ovom mestu ćemo diskutovati vrednosti konfirmatorne faktorske analize (CFA), preko kojih je proverena struktura upitnićke operacionalizacije ASI-3, osvrćući se na dobijeni bifaktorski model. Nakon toga ćemo izloćiti tri OnA faktora dobijena na osnovu EFA u zajednićkom prostoru ASI/ASI-R. Praveći paralelu sa ranijim istraćivanjima diskutovaćemo smislenost dobijenih nalaza o tri faktora nićeg reda, ali i istovremeno i o rešenju vićeg reda, tj. posmatrajući konstrukt kao smisleno hijerarhijski.

Konfirmatorna faktorska analiza (CFA) ASI-3, ukazuje na dobru saglasnost, odnosno dobar fit sa empirijskim podacima koreliranog trofaktorskog rešenja, koje podrazumeva faktore *fizićke osetljivosti na anksioznost*, *kognitivne osetljivosti na anksioznost* i *socijalne osetljivosti na anksioznost*. Kako je inicijalni fit trofaktorskog ASI-3 modela sa podacima iz ovog istraćivanja bio okvirno prihvatljiv (Hooper et al.,

2008), ali ne i dobar, uz osetno niže vrednosti, nego što je to bio slučaj u referentnom istraživanju Tejlora i saradnika (Teylor et al., 2007), preduzeli smo korake u cilju njegovog povećanja. Kako nisu postojala teorijska opravdanja da se u modelu zadrže korelacije reziduala ajtema, ajtem koji je najviše doprinio takvom utisku uklonjen je iz analize što je doprinelo povećanju fit modela do vrednosti neznatno lošije u odnosu na referentno istraživanje Tejlora i saradnika (Teylor et al, 2007).

Vodeći se istraživanjima koji su ASI-3 inventar posmatrala i kao konceptualizovanu i hijerarhijsku meru (Teylor et al., 20017), koja podrazumeva zajedničku dimenziju višeg reda, proverili smo i konfirmativnu bifaktorsku soluciju, u kojoj su istovremeno pretpostavljeni i jedan generalni (GOnA) faktor osetljivosti na anksioznost, koji zasićuje sve ajteme i tri domen specifična (Sp OnA) faktora: FOnA, KOnA i SOnA, koja su ortogonalna, tj. nekorelirana sa GOnA faktorom, kao i između sebe. Ovaj model je pokazao još bolji fit u odnosu na korelirani trofaktorski model.

Uz pomoć faktorske strukture kombinacije upitnika ASI/ASI-R ispitane pomoću Eksplorativne faktorske analize (EFA), vođeni teorijskim očekivanjima, kontra indicijama PA i HULL, u latentnom prostoru izdvojili smo trofaktorsku soluciju. Kako su tri izdvojena faktora FonA, KonA i SOnA, očekivano dobro i visoko korelirana i hijerarhijski organizovana, sprovedena je eksplorativna bifaktorska analiza. U bifaktorskoj analizi izdvojena su tri specifična, faktora prvog reda i jedan generalni, faktor višeg reda. Zadržani ajtemi, njih 16 su izdvojeni kao dobri reprezentanti domen specifičnih aspekata fizičke, kognitivne i socijalne osetljivosti na anksioznost, iako oni, kao i preostalih 10 ajtema uglavnom podjednako dobro reprezentuju i opštu osetljivost na anksioznost. ECV sugeriše da opšta osetljivost na anksioznost, objašnjava većinu ekstrahovane varijanse ajtema, dok su domen specifični faktori odgovorni za nešto manji procenat varijanse. Iako dobijeni rezultati upućuju na zaključak da se podaci mogu tretirati kao funkcionalno unidimenzionalni, ipak nije potpuno opravdano tretirati dobijenu latentnu strukturu kao zapravo jednodimenzionalnu, već je verovatnije da i faktor višeg i faktori nižeg reda imaju teorijsku i/ili praktičnu vrednost. Motivisani željom da se tri aspekta osetljivosti na anksioznost obuhvate u što „čistijoj“ formi, dali smo prednosti izdvojenim domen specifičnim faktorima, koji su u daljem toku analize produkovali adekvatnu pouzdanost interne konzistencije.

Faktorska struktura kombinacije ASI/ASI-R i ASI-3 je najadekvatnije predstavljena bifaktorskim modelom, što je u skladu sa rezultatima prethodnih studija rađenim na ASI-3 operacionalizaciji (Ebesutani et al., 2014; Ghisi et al., 2016; Osman et al., 2010; Rifkin, Beard, Hsu, Garner & Bjorgvinsson, 2015). Iz adekvatne saglasnosti pretpostavljenog bifaktorskog modela sa stvarnim podacima proizlazi implikacija da stavke kombinacije upitnika ASI/ASI-R i ASI-3 inventara, pored toga što predstavljaju meru unitarnog konstrukta (generalnu osetljivost na anksioznost), mere i specifičnije elemente (fizičku osetljivost na anksioznost, kognitivnu osetljivost na anksioznost i socijalnu osetljivost na anksioznost). S obzirom na adekvatnu internu konzistenciju izraženu preko MekDonaldovog omega koeficijenta, može se zaključiti da je ukupan skor na skali ASI/ASI-R i inventaru ASI-3 reprezentativna mera i da se kao takav može koristiti u praktične i istraživačke svrhe. Kada je reč o specifičnim faktorima, situacija je podjednako jasna, gde se na svim pojedinačnim faktorima ispoljava adekvatna interna konzistencija, koja je najmanja kod faktora socijalna osetljivost na anksioznost.

Ne postoje definitivni kriterijumi koji ukazuju na zaključak o primarnosti GOnA faktora, ali u većini dosadašnjih istraživanja u kojima je donet takav zaključak, GOnA je objašnjavao bar oko 80% zajedničke varijanse (npr., Brouwer, Meijer, & Zevalkink, 2013; Ebesutani et al., 2014; Ghisi et al., 2016; Osman et al., 2010). Kada je reč o specifičnim faktorima, situacija je manje jasna. U ovom istraživanju u analizi je taj broj manji u oba domena ASI/ASI-R i ASI-3, iako su dobijene osetno veće vrednosti u korist generalnog faktora osetljivosti na anksioznost u odnosu na referentni nalaz Tejlora i saradnika (2007). Dobili smo da GOnA faktor objašnjava (76.5 %) varijanse, kod operacionalizacije ASI-3, što je značajna razlika, ako ovaj podatak uporedimo sa nedavnom sprovedenim istraživanjem (Volarov i sar. 2017) u kome GOnA faktor objašnjava manje od (60.75%). Kako su kolege istraživanje sprovele na opštem uzorku, u našem istraživanju se nije potvrdilo očekivanje da se na specifičnim kliničkim uzorcima (ili uzorcima sa većim udelom ispitanika iz kliničke populacije) značaj Sp OnA faktora uvećava.

Reč je o istraživanju sprovedenom na opštem i kliničkom uzorku, i bilo je očekivano da je na specifičnim kliničkim uzorcima značaj specifičnih faktora veći, što nije slučaj u ovom delu analize, dok smatramo da bi udeo objašnjenja varijanse bio veći

u uzorku ispitanika sa brojnijim učešćem ispitanika iz kliničke populacije, kao i samim povećanjem broja ispitanika. Iako dobijen parametar za procenu tzv. esencijalne/funkcionalne unidimenzionalnosti u kombinaciji sa samim procentima objašnjene varijanse za koju je odgovorna generalna osetljivost na anksioznost, odnosno specifični faktori, sugeriše da postoji trend ka unidimenzionalnosti i primatu generalnog faktora osetljivosti na anksioznost, ipak nije potpuno opravdano tretirati dobijenu latentnu strukturu kao de facto jednodimenzionalnu, već je verovatnije da i faktor višeg, i faktori nižeg reda, imaju teorijsku i/ili praktičnu vrednost.

Hipoteza o izdvajanju jednog faktora višeg reda i trofaktorske solucije, kada je reč o specifičnim faktorima, u domenu zajedničkog prostora ASI/ASI-R i ASI-3 uslovno je potvrđena. Dobijeni nalaz ukazuje na opravdanost posmatranja ASI-3 inventara i kombinacije ASI/ASI-R preko jedne zajedničke dimenzije, ne isključujući opravdanost njegove operacionalizacije kroz tri supskale, odnosno faktore nižeg reda u skladu sa istraživanjem Tejlora i saradnika i predefinisanim domenima po kojima je test i rađen (Taylor et al, 1998). Tri specifična faktora su: fizička osetljivost na anksioznost, kognitivna osetljivost na anksioznost i socijalna osetljivost na anksioznost. Čini se kao da je donekle potvrđena stabilna trofaktorska struktura, obzirom da su takve rezultate dobili i drugi autori (Kemper et al., 2012; Lim & Kim, 2012). Iako je opravdano pretpostavljanje kompleksnijih višefaktorskih modela OnA, može se preporučiti njeno korišćenje za potrebe testiranja eventualnih specifičnih istraživačkih hipoteza, dok se za sve druge potrebe multidimenzionalne tendencije uglavnom mogu zanemariti.

Komparacija najkarakterističnijih OnA stavki iz zajedničkog ASI/ASI-R prostora i stavki iz ASI-3 inventara

Faktorska rešenja izložena u odeljku rezultata sugerišu hijerarhijsku solucija u kojoj se jasno diferencira generalni faktor i tri specifična faktora, kako na upitniku ASI-3, tako i na kombinaciji ASI i ASI-R. U oba slučaja izdvajaju se isti specifični, odnosno faktori prvog reda: fizička osetljivost na anksioznost, kognitivna osetljivost na anksioznost i socijalna osetljivost na anksioznost. U ovoj sekciji, što je logičan sled nakon prethodnog dela diskusije, bavićemo se inspekcijom ajtema u latentom prostoru CFA analize upitnika ASI-3 i rezultate bivarijantne EFA analize kombinacije ASI/ASI-

R. Naišli smo na sličnosti, ali i razlike u ajtemskoj konfiguraciji faktora, koja je posebno uočljiva u domenu faktora *fizička osetljivosti na anksioznost*.

Broj ajtema po faktorima u okviru ASI-3 i ASI/ASI-R operacionalizacije se razlikuje. CFA izdvaja po šest ajtema u okviru svakog faktora upitničke operacionalizacije ASI-3, dok je broj ajtema dobijen uz pomoć EFA analize heterogen. Originalna EFA izdvaja 26 ajtema raspoređenih po faktorima, 14 ajtema se nalazi u FOnA domenu, 5 u KOnA i 7 ajtema se raspoređuje u SOnA domenu. Eksplorativna bifaktorska analiza je iz prethodne trofaktorske solucije izdvojila 16 ajtema grupišući ih po faktorima: četiri ajtema u domen specifičnom faktoru FOnA, pet ajtema u okviru KOnA i sedam ajtema koji se grupišu u okviru SOnA. Izdvojeni ajtemi su glavni nosioci faktora prvog reda, tj. identifikovani su kao naročito dobri reprezentanti domen specifičnih aspekata, dok je preostalih 10 ajtema (koji su se u originalnoj EFA grupisali pod faktor fizičke osetljivosti na anksioznost) bolje operacionalizuju faktor višeg reda.

Poređenjem sadržaja ajtemskog prostora kombinacije ASI/ASI-R sa sadržajem stavki ASI-3 u domenu faktora fizička osetljivost na anksioznost, uočavamo bitne sadržinske razlike ajtema. U EFA analizi kombinacije ASI/ASI-R, ajtemi koji ispoljavaju sklonost ka strahovanju od respiratornih simptoma prave bolju distinkciju između ispitanika u uzorku, nego ajtemi koji u svom sadržaju uključuju osetljivost na kardio-vaskularne i gastro-intestinalne smetnje, dok je distinkcija stavki kod ASI-3 inventara bolja kod ispitanika u uzorku ajtema koji ispoljavaju sklonost ka strahovanju od kardiovaskularnih simptoma, nego kod ajtema koji su pokazatelji respiratornih i gastro-intestinalnih ispoljavanja. U originalnoj EFA analizi kombinacije ASI/ASI-R, izdvojeni ajtemi u svom sadržaju uključuju i strahovanja od kardio-vaskularnih smetnji i gastro-intestinalnih. U ajtemskom prostoru EFA analize umetnula se i jedna problematična stavka asi 14: “Neobični telesni simptomi me plaše”, iako je reč o ajtemu koji ima najniže faktorsko zasićenje od svih ajtema u FOnA, on ipak istrajava, uprkos nejasnoći telesnih senzacija koje ispitanik eksploriše. Eksplorativna bifaktorska analiza u skup FOnA ajtema zadržava četiri stavke koje u svom sadržaju uključuju strah od respiratornih simptoma, dok isključuje dva ajtema sadržinski usmerena na strah od neurološko-disocijativnih smetnji (asi 4 “Uplašim se kada mi se vrti u glavi” i asiR 30 “Plaši me kada osetim trnjenje i peckanje u rukama”); tri stavke koje u svom sadržaju uključuju strah od kardio-vaskularnih simptoma (asi 6 “ Uplašim se kada mi srce

ubrzano lupa”, asi 9 ”Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar” i asi R 24 “ Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt.”); dve stavke sadržinski usmerene na strah od gastro-intestinalnih smetnji (asi8 “Uplašim se kada mi je muka u stomaku” i asi11 “Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogla/ao da budem ozbiljno bolestan”) i dva ajtema koji u svom sadržaju imaju strah od respiratornih smetnji (asi R 4 “ Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno) i asi R 8 “Kada počnem nepravilno da dišem, plašim se da će se nešto loše dogoditi”).

Upoređujući sadržaj ajtemskog prostora kombinacije ASI/ASI-R sa sadržajem stavki ASI-3 u domenu faktora *fizička osetljivost na anksioznost* uočavamo bitne razlike, kako u sadržaju, tako i po broju ajtema koji ulaze u prostor faktora FOnA. Originalna EFA analiza u skup stavki koncentrisanih na ispoljavanje fizičkih simptoma osetljivosti na anksioznost uključuje pet od šest stavki iz ASI-3 FOnA prostora. Ajtem koji se nalazi samo u ASI-3 upitničkoj operacionalizaciji je (asi R 27“ Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom“). Bifaktorska EFA je izdvojivši 16 stavki od 26, istakla da preostalih 10 stavki (koji su u originalnoj EFA grupisani oko FOnA) predstavljaju bolju prezentaciju generalnog faktora osetljivosti na anksioznost. Ovde se nameće pitanje za razmišljanje i ujedno zadatak za novo istraživanje, da li je većina stavki ASI-3 FOnA bolja mera GOnA.

Četiri istaknuta ajtema, dobijena bifaktorskom EFA, koja se grupišu oko FOnA, a izolovana su iz kombinacije ASI/ASI-R, po sadržaju obuhvataju istu simptomatologiju, strah od respiratornih simptoma, to su ajtemi: (asi10 „Uplašim se kada ostanem bez daha“; asi R1 „ Kada osetim da nemam dovoljno vazduha, plašim se da bih mogao/la da se ugušim“; asi R 6 „Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih mogao/la da se ugušim“; asiR 10 „Kada imam problem sa gutanjem, brinem da bih mogla/ao da se zadavim“). U okviru FOnA na inventaru ASI-3 registrujemo samo jedan replicirani ajtem „Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih mogao/la da se ugušim“, sadržajno usmeren na strah od respiratornih simptoma, dok su ostalih pet ajtema grupisani (imajući na umu način konstrukcije ASI-3) po odabranom sledu, gde imamo još jedan ajtem sa sadržajem respiratorne simptomatologije, dva koja obuhvataju sadržaj iz opsega kardio-vaskularnih smetnji i dva ajtema koja u svom sadržaju uključuju strah od gastro-intestinalnih smetnji.

Poređenje na nivou faktora KOnA ukazuje na manje upadljive sadržinske razlike. Izdvojeni su identični ajtemi, bilo da je korišćena „obična“ ili bifaktorska EFA. Od ukupno pet ajtema grupisanih u sklopu faktora KOnA, a izdvojenih iz ASI/ASI-R prostora (asiR32 „Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti“, asiR36 „Kada mi „stane mozak“ zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom“, asiR33 „Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom“, asi15 „Kad sam uznemiren, brinem da bih mogao da budem mentalno bolestan“ i asi2 „Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem sa uma“), četiri su replicirana u ASI-3 inventaru, čiji sadržaji jasno upućuju na osetljivost i strah od pojave mentalne bolesti, sa izuzetkom ajtema asi 15, koji nije ajtem koji pripada upitniku ASI-3. U ASI-3 imamo dva ajtema koja ne pronalazimo u soluciji ASI/ASI-R, koja su opet slične sadržine, ali ne i preklapajući (asiR 31 „Kada sam rasejan/a, brinem da sam mentalno oboleo/la“ i asi 12 „Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak“).

Obe eksplorativne analize izdvajaju identične ajteme iz prostora ASI/ASI-R za faktor SOnA (asiR 16 „Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah“, asiR 14 „Verujem da bi bilo užasno da povraćam u javnosti ili pred ljudima“, asiR 19 „Užasava me kada pocrvenim pred ljudima“, asi 5 „Važno mi je da imam kontrolu nad mojim osećanjima“, asi1 „Važno je da ne izgledam uznemireno“, asiR 15 „Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim“, asiR 18 „Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni da misle loše o meni“). Sadržinska preklapanja između ASI/ASI-R prostora i ASI-3 inventara su prisutna u značajnom procentu. Od 7 ajtema koji se grupišu oko faktora SOnA u prostoru ASI/ASI-R, njih četiri su identična ajtemima koji se grupišu u istom faktoru u ASI-3 inventaru. Izdvaja se kao najbolji ajtem asiR 16, koji u svom sadržaju poseduje strah od javnih manifestacija simptoma straha, koji pravi bolju distinkciju među osobama sklonim ispoljavanju socijalne osetljivosti na anksioznost i u jednoj i u drugoj inventarskoj konstrukciji. U obe konstrukcije se izdvaja i repeticija jednog ajtema koji se pokazuje slabijim, a odnosi se na strah da drugi ljudi ne primete uznemirenost asi 1. Ovaj ajtem ostavlja otvorenu diskusiju u okviru njegovog statusa u sklopu SOnA, imajući na umu tendenciju Blaisa i sar. (2001) da ga isključe iz inventara za merenje osetljivosti na anksioznost. Pored navedena dva ajtema, zajednički ajtemi u obe operacionalizacije su: asiR 19 i ajtem asiR 18.

Potvrđene su pozitivne korelacije između faktora izdvojenih u okviru upitničke operacionalizacije ASI-3 i faktora izolovanih u okviru kombinacije ASI/ASI-R. Izdvojene su visoke interkorelacije korespodentnih faktora, dok je na nivou faktora kognitivna osetljivost na anksioznost korespodencija najveća.

Hipoteza o dobijanju slične faktorske strukture vršeći odabir stavki na osnovu statističko-empirijskih kriterijuma iz prostora ASI/ASI-R u odnosu na ASI-3 je potvrđena. Od ukupno 18 ajtema u ASI-3 koji je nastao selekcijom stavki iz sadržinskog prostora ASI/ASI-R inventara, njih 50% ili 9 ajtema replicirano iz istog sadržinskog prostora, ali oslanjajući se primarno na kriterijum metrijskih svojstava, čime je potvrđena hipoteza kojom smo očekivali da će ajtemi po faktorima biti sadržajno različiti.

IRT analiza zajedničkog ASI/ASI-R prostora i ASI-3 inventara

Analize su ukazale na to da svih 16 izdvojenih ajtema iz domen analize kombinacije ASI/ASI-R ajtema, pokazuju dobra psihometrijska svojstva, dok samo jedan upitnik iz ASI-3 operacionalizacije poseduje loša svojstva, što je iniciralo opravdanost njegovog uklanjanja, nakon čega su se karakteristike upitnika u celini nezanemarljivo popravile. Preostalih 17 ajtema iz ASI-3 solucije i 16 ajtema ASI/ASI-R kombinacije se uglavnom adekvatno konformiraju u skladu sa dvoparametrijskim IRT modelom, uz samo neznatno prisustvo mistifa.

Rezultati IRT analize pokazuju da je upitnička operacionalizacija ASI/ASI-R, generalno primerenija ispitanicima sa višim stepenom izraženosti osobine osetljivosti na anksioznost. Svi specifični faktori pokazuju da kombinacija upitnika ASI/ASI-R, pravi razliku između ispitanika sa visokim i niskim skorovim merene latentne osobine. Sve supskale, sa naglaskom na nešto slabijoj, ali još uvek visokoj diskriminativnosti faktora SOnA, diskriminišu ispitanike sa nižim i prosečnim nivoima osobine, odnosno najinformativnije su u oblasti nešto višeg nivoa latentne osobine, jer se velika većina informativne vrednosti nalazi u intervalu nešto iznad proseka. To je najuočljivije u slučaju supskale *Fizička osetljivost na anksioznost*. U okviru ove supskale uočava se i da je verovatnoća biranja srednjih kategorija kod većine stavki mala, što upućuje na to da se ajtemi Faktora *fizička osetljivost na anksioznost* očigledno ponašaju binarno /

dihotomno, dok se dimenzija kao celina ponaša kontinuirano. Ispitanici ili nisu uopšte skloni ispoljavanju simptoma fizičke osetljivosti na anksioznost ili jesu, dok su retki oni koji „povremeno“ ispoljavaju fizičke manifestacije osetljivosti na anksioznost. Moguće je da se svaki pojedinačni ajtem ponaša binarno / dihotomno, a da se opet dimenzija kao celina ponaša kontinuirano, što je princip na kom počivaju svi testovi sposobnosti. Objašnjenja bimodalnosti FOnA je da se ne radi o kontinuiranoj tendenciji ka ispoljavanju straha od fizičkih simptoma anksioznosti, već da su u pitanju dva oblika fizičke osetljivosti na anksioznost, po principu „sve ili ništa“. Na primer, ispitanici koji ispoljavaju visok stepen saglasnosti sa stavkama iz ove grupe ajtema mogu predstavljati grupu ispitanika koji aktuelno manifestuju ili su visoko rizični za ispoljavanje klinički značajnog nivoa simptoma, u čijoj osnovi može biti poremećaj iz anksioznog spektra ili se nalaze unutar grupe ispitanika, koji pripadaju kliničkoj populaciji. Praktični značaj ove grupe stavki se ogleda u potencijalnoj mogućnosti primene za potrebe trijaže.

Najbolji ajtemi u okvir FOnA su asiR 1 i asiR 6, koji upućuju na strah od respiratornih simptoma sa dominacijom brige povodom opasnosti od gušenja. Može se pretpostaviti da sklonost ka strahovanju od respiratornih simptoma pravi bolju distinkciju između ispitanika u uzorku. Pregledom literature nailazimo na situacije, u kojima istraživači sprovodeći faktorske analize izdvajaju odvojene faktore, nazivajući ih „respiratorni simptomi“, „gasto-intestinalni simptomi“, (Taylor & Cox, 1998; Ayvasik & Tutarel-Kislak, 2004), dok ne pronalazimo jasno podgrupisanje u okviru jednog faktora fizičke osetljivosti na anksioznost po specifičnijim dimenzijama, osim izdvajanja trofaktorskog rešenja, koja su odgovarala podeli konstrukta na somatske, psihološke i kognitivne komponente (Kemper i sar., 2012; Lim & Kim, 2012). Upitno je posmatranje respiratorne dimenzije kao dominantne u okviru faktora FOnA. S jedne strane, simptomi koji se odnose na respiratorna ispoljavanja se smatraju aspektom somatskog ispoljavanja anksioznosti, dok s druge strane ukoliko postoje smetnje iz respiratornog spektra, oslanjajući se na biologiju organizma, jasno nam je da se cirkularno pokreće i simptomatologija u domenu kardio-vaskularnih i gastro-intestinalnih smetnji. Drugačija distribucija i informativnost kardio-vaskularnih simptoma u odnosu na ostale dimenzije ostavlja diskusiju u vezi njenog statusa u okviru faktora *fizičke osetljivosti na anksioznost*.

Faktor *kognitivne osetljivosti na anksioznost*, tj. ajtemi skale prilagođeniji su ispitanicima sa natprosečnim nivoom latentne osobine kognitivne osetljivosti na anksioznost, jer se velika većina informativne vrednosti nalazi u intervalu nešto iznad proseka. U okviru ove supskale su male verovatnoće biranja srednje kategorije. Većina ajtema supskale Kognitivna osetljivost na anksioznost ima veoma visoku diskriminativnost, osim kod stavke (asi33: „Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom“) koja ima umerene parametre diskriminativnosti, dok je ujedno i najmanje informativna. Najbolji ajtemi u okviru subskale KOnA su oni čiji sadržaji jasno upućuju na osetljivost i strah od pojave mentalne bolesti ili strah od mentalne nesposobnosti (asi 15:“ Kad sam uznemiren, brinem da bih mogao da budem mentalno bolestan; asiR 32, asi-3 14: „Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti“; asiR 36, asi-3 18: Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom). Kao manje zadovoljavajući, ali ujedno identičnog sadržaja se izdvojio ajtem (asi 2, asi-3 2: “Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma). Iako ne mali broj istraživanja izdvaja faktor koji u svom sadržaju uključuje strah od kognitivnih ispoljavanja anksioznosti ili kognitivne diskontrole (Taylor & Cox, 1998), postoje istraživanja koja u faktoru kognitivne osetljivosti na anksioznost naročito akcentuju strah od mentalne diskontrole (Mohlman i Zinbarg, 2000; Zinbarg i Barlow, 1996; Zinbarg, Mohlman i Hong, 1999)

Supskala *socijalna osetljivost na anksioznost* je generalno najproblematičnija. Više od polovine stavki ima nisku ili umerenu vrednost diskriminativnosti prema uobičajenim konvencijama (Baker, 2001), dok tri stavke poseduju veoma visoku diskriminativnost. Za razliku od supskala fizička i kognitivna osetljivost na anksioznost, u čijem sastavu se nalaze ajtemi uglavnom vrlo visoke ili visoke diskriminativnosti, u sadržaju supskale *socijalna osetljivost na anksioznost* imamo dva ajtema koja su umereno diskriminativna. Ovaj faktor poseduje manju informativnu vrednost u odnosu na druga dva faktora. Većinu informativne vrednosti ovog faktora nosi ajtem (asi-R 16, asi-3 9: „Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah“), dok su najslabiji ajtemi ove skale (asi 1: „Važno je da ne izgledam uznemireno; asi 5: “Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima“). Oba ova ajtema su umereno diskriminativna i imaju nisku informativnost. Mogli bismo reći da ovi ajtemi osim upitnog glavnog predmeta merenja, mere još nešto. Na ove stavke je ukazano kao na problematične u prethodnim

istraživanjima, gde za njih ili nije jasno šta tačno mere ili njihov sadržaj pre odgovara nekom drugom konceptu, koji nije osetljivost na anksioznost (Olatunji i sar., 2005). Na taj način, ovaj i njemu slični ajtemi narušavaju jednu od pretpostavki IRT modela, jednodimenzionalnost, te je zbog toga razumljiva veća količina nesaglasnosti koja se javlja.

Deluje kao da različiti faktori mogu predisponirati to da ispitanik bude saglasan sa njegovim sadržajem. Uzroci mogu biti raznoliki, nekome to može biti strah od kognitivne diskontrole koja je povezana sa anksioznošću, a nekome strah od simptoma, koji su povezani sa anksioznošću ili bojazan da će prisutni simptomi uznemirenosti biti vidljivi u javnosti. Ovo poslednje je dominantan sadržaj faktora *socijalna osetljivost na anksioznost*, pa se preporučuje da se ovaj aspekt socijalne osetljivosti na anksioznost potencira u daljim operacionalizacijama.

Analizirajući rezultate IRT analize ASI-3 upitnika, možemo reći da je kao i kombinacija ASI/ASI-R inventara, on primereniji ispitanicima koji su skloniji ispoljavanju simptoma osetljivosti na anksioznost. Supskale prave dobru distinkciju između ispitanika sa visokim i niskim latentnim nivoom merene osobine, što je naglašeno odraz *fizičke i kognitivne osetljivosti na anksioznost*, dok je skala SOnA primerenija ispitanicima sa prosečnim i niskim nivoom latentne osobine. Generalno IRT analizom primećujemo da su deskriptivnost i informativnost direktno povezane. Distribucije se pokazuju pozitivno asimetričnim, odnosno skorovi su se grupisali na nižim vrednostima, tako da je sasvim logično da je skala informativnija za više skorove. Izostaje nam odgovor na pitanje da li bi se ovo dobilo i da je analiza rađena samo na poduzorku ispitanika iz kliničke populacije. U mešanom uzorku za polovinu ispitanika i očekujemo da imaju skorove blizu nule.

U okviru supskale FOnA verovatnoća biranja srednjih kategorija kod većine stavki je mala, što upućuje na to da se fizička osetljivost na anksioznost ponaša dihotomno i u okviru ASI-3 inventara. Jedno od mogućih objašnjenja dihotomnosti stavki pronalazimo u samoj prirodi dihotomnosti uzorka. Ispitanici ili uopšte nisu skloni strahovanju zbog fizičkih simptoma ispoljavanja straha, ili jesu, dok je znatno manji broj onih koji su povremeno skloni osetljivosti na fizička ispoljavanja anksioznosti. Tome u prilog ide i pozitivna zakrivljenost distribucije skorova na ovoj skali. Kao i kod operacionalizacije ASI/ASI-R primetno je da se ne radi o kontinuiranoj tendenciji

faktora fizička osetljivost na anksioznost, već da je u pitanju tendencija ka „sve ili ništa“, bimodalnom ispoljavanju. Najbolji ajtemi u okviru fizičke osetljivosti na anksioznost upućuju na strah od kardiovaskularnih simptoma (asi-3 8: „Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt.“ i asi-3 12: „Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom.“). Najmanje informativnosti u ovom faktoru poseduju ajtemi (asi-3 3: “Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa.“ i asi-3 4: „Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao/la da budem ozbiljno bolestan/na.“), gde je ajtem asi 3 ujedno i niske diskriminativnosti. Može se pretpostaviti na osnovu dobijenih pokazatelja analize ASI-3 inventara, da sklonost ka strahu od kardiovaskularnih simptoma pravi bolju distinkciju između ispitanika u uzorku, nego sklonost strahu od respiratornih i gastro-intestinalnih simptoma. Sa izuzetkom ajtema asi 3 koji pravi zbrku, imajući na umu da je u neskladu sa prethodno najboljim ajtemima u okviru faktora, koji kao i ajtem asi-3 3 u svom sadržaju poseduju strah od kardiovaskularnih ispoljavanja. Fizička ispoljavanja anksioznosti su primarni fokus bavljenja anksioznošću, dok strah od fizičkih ispoljavanja anksioznosti u svom sastavu može uključiti komponente: kardio-vaskularnih simptoma, gastro-intestinalnih, respiratornih i neurološko-disocijativni simptomi (Taylor & Cox, 1998).

Sličan rezultat dobijen je i u slučaju faktora *kognitivna osetljivost na anksioznost* i u okviru ovog faktora su male verovatnoće biranja srednje kategorije. Ajtemi iz ove supskale generalno dobro prave razliku između ispitanika sa visokim i niskim nivoima merene latentne osobine. Ajtemi kognitivne osetljivosti su generalno umerene težine, što znači da ispitanici imaju nešto veću tendenciju neslaganja sa tvrdnjama, odnosno postoji veća verovatnoća biranja nižih odgovora. Najbolji ajtemi u okviru faktora KOnA su oni koji izražavaju strah od ispoljavanja simptoma koji se vezuju za mentalnu bolest ili „strah od ludila“. Izdvajaju se dva ajtema (asi-3 14: „Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti i asi-3 18: „Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.“). Kao najslabiji i najmanje zadovoljavajuć se izdvojio ajtem u okviru faktora KOnA (asi-3 16: „ Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom.“), ovaj kao i drugi manje zadovoljavajući ajtemi koji u svom sastavu ne uključuju konkretno „strah od ludila“ moguće je da kod ispitanika ne izazivaju strah, verovatno iz manjka konkretne opasnosti.

Više od polovine stavki SOnA ima nisku ili umerenu vrijednost, dok tri stavke poseduju veoma visoku diskriminativnost. Faktor je u celini najprikladniji (najinformativniji) za ispitanike kod kojih je osetljivost na socijalnu anksioznost nisko do umereno-visoko izražena, uz opasku da postoji i određena tendencija ka umanjenu informativnosti na središnjem intervalu latentne osobine. Za razliku od supskala *fizička i kognitivna osetljivost na anksioznost*, u čijem sastavu se nalaze ajtemi uglavnom vrlo visoke ili visoke diskriminativnosti, u sadržaju supskale socijalna osetljivost na anksioznost, imamo dva ajtema koja su umereno diskriminativna. Ovaj faktor poseduje manju informativnu vrednost u odnosu na druga dva faktora. Većinu informativne vrednosti ovog faktora nose ajtemi (asi-3 6: „Kada imam drhtavicu u prisustvu drugih ljudi, plašim se šta bi oni mogli da pomisle o meni. i asi-3 9: „Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.“), dok su najslabiji ajtemi ove skale (asi-3 1: „Važno je da ne izgledam uznemireno“ i asi-3 11: „Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.“). Može se pretpostaviti da sklonost ka jasnim manifestacijama simptoma straha, ako ispoljavanje drhtavice uvrstimo u kategoriju ispoljavanja straha, pravi bolju distinkciju među osobama sklonim ispoljavanju socijalne osetljivosti na anksioznost, nego sklonost ispoljavanju drugih simptoma poput uznemirenosti i crvenjenja, koji ne moraju da imaju direktne veze sa ispoljavanjem straha.

Praveći uporednu analizu dobijenih psihometrijskih karakteristika ASI-3 inventara na uzorku ispitanika korišćenom u ovom istraživanju, koji čine skupine kliničkih i ne-kliničkih ispitanika, sa istraživanjem Volarov i sar. (2017), koji su IRT analizu sprovedli na uzorku ispitanika bez kliničkih ispoljavanja, dobijamo značajne razlike. U istraživanju Volarev i sar. sva opterećenja stavki na GOnA faktoru prelaze vrednost .30, izuzev stavke asi-3 13:“ Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni.“, dok se kao problematičnim na nivou specifičnih faktora izdvajaju ajtemi koji su ujedno stavke sa najnižim parametrima diskriminativnosti, informativnosti i najvećim obimom pragova težine (asi-3 15: „Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih mogao/la da se ugušim“; asi-3 5: „Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak“; asi-3 2: „Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma“; asi-3 18: „Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom“ i asi-3 17:“ Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim“). Praveći uporednu analizu sa izdvojenim

stavkama u našem istraživanju, možemo primetiti da su opterećenja stavki različita, te možemo reći da je reč o stavkama koje ispoljavaju adekvatno funkcionisanje unutar grupe ispitanika koje pripadaju kliničkoj populaciji. Grupa stavki u istraživanju Vlarev i saradnika (Valarev i sar., 2017), koje su se izdvojile kao ekstremno teške, nisko diskriminativne i informativne u obimu natprosečnog nivoa latentne osobine su problematične iz perspektive IRT analize. Izdvojene stavke svojim sadržajem upućuju na razvijen nivo simptomatologije mimo generalne osetljivosti na anksioznost. Zaključno posmatrano na uzorku ispitanika koji pripadaju kliničkoj populaciji navedene stavke ispoljavaju adekvatno funkcionisanje.

Dobijeni rezultati nam mogu pomoći u razjašnjavanju operacionalizacije konstrukta osetljivosti na anksioznost. Rezultati IRT analize kombinacije ASI/ASI-R i ASI-3 inventara kao što smo očekivali u početnoj hipotezi su potvrdili svoju komparabilnost. U obe upitničke operacionalizacije izdvojili su se ajtemi sa najvišim parametrima diskriminativnosti, informativnosti i najnižim obimom pragova težine u okviru KOnA ajtemi: asiR 32, asi-3 14 „Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti“ i asiR 36, asi-3 18 „Kada mi stane mozak, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja“ i u sklopu SOnA ajtem asi R 16, asi-3 9 „Brinem da će drugi ljudi primetiti moj strah“. Preklapajući ajtem u obe upitničke operacionalizacije sa najnižim parametrima diskriminativnosti, informativnosti i najvećim obimom pragova težine je ajtem asi 1, asiR 13, asi-3 1 „Važno mi je da ne izgledam uznemireno“. Ovaj ajtem deluje “lako”, odnosno većina ljudi će biti sklona da se sa njim bar u nekoj mjeri složi, što mu naravno smanjuje diskriminativnost, a može se postaviti i pitanje valjanosti (da li je specifičan za OnA ili može reflektovati još neke dimenzije, možda stid).

Dobijeni pokazatelji upućuju na to da su najbolji oni ajtemi koji pokazuju najveću preciznost u okviru natprosečnih skorova. Nešto slabijim se pokazuju oni ajtemi koji pokrivaju niži nivo ispoljavanja osetljivosti na anksioznost po specifičnim faktorima, međutim, oni su svakako potrebni, jer donose novu informaciju u odnosu na prethodno navedene. Imajući ovo u vidu, u budućim revizijama i konstrukcijama upitnika OnA se sugerše da se sačine ajtemi koji bi pokrili širi raspon latentne osobine i koji bi zahvatili i suptilnije forme osetljivosti na anksioznost. Međutim, pored ovih ajtema, mapirani su i oni koji imaju nezadovoljavajuće metrijske karakteristike, pre

svoga veoma nisku informativnost, a koji bi mogli da se izbace iz dalje upitničke operacionalizacije.

Razlike u prosečnim skorovima OnA između kliničkih i nekliničkih uzoraka

Razlike između grupa ispitanika po svakoj od tri dimenzije osetljivosti na anksioznost bile su u globalu značajne, bilo da su operacionalizovane preko kombinacije ASI/ASI-R inventara ili ASI-3 inventara. Najveći doprinos razlika u prosečnim skorovima osetljivosti na anksioznost u domen kombinaciji ASI/ASI-R i ASI-3 operacionalizaciji se registruje na dimenziji KOnA, dok se manji doprinos grupne razlike evidentira na nivou faktora SOnA i FOnA.

Neklinička grupa ispitanika se u globalu razlikuje od kliničkih u odnosu na izdvojene varijable. Prateći razlike između grupa po skorovima ASI/ASI-R varijable *fizička osetljivosti na anksioznost*, primećujemo da ima najviše prosečne skorove u grupi anksioznih ispitanika, odnosno osoba čijom kliničkom slikom dominiraju panični poremećaji, zatim u grupi depresivnih ispitanika, pa potom kod ispitanika sa socijalno anksioznim ispoljavanjima, dok najniže skorove evidentiramo u „ne-kliničkoj grupi.“ Izdvaja se postojanje statistički značajnih razlika između nekliničke grupe i ispitanika sa ispoljavanjem anksiozne i depresivne simptomatologije. Primetne su statistički značajne razlike između ispitanika koji pate od simptoma socijalne anksioznosti i grupa ispitanika sa anksioznim i depresivnim ispoljavanjima. Gotovo identične razlike su prisutne na operacionalizaciji ASI-3 sa izuzetkom statistički značajne razlike između nekliničke i grupe socijalno-anksioznih ispitanika, kod kojih se beleži komperacija na granici statističke značajnosti.

Razlika ističe da ne postoje značajne razlike između depresivnih ispitanika u odnosu na anksiozne ispitanike, na simptome KOnA na obe upitničke operacionalizacije, iako je ova grupa ispitanika najosetljivija na njih. Dok je statistički značajna razlika registrovana između ostalih grupnih kombinacija.

Posmatrajući grupne razlike u odnosu na varijablu *socijalna osetljivost na anksioznost*, primećujemo da iako je grupa socijalno anksioznih ispitanika najosetljivija na ovoj varijabli, ipak značajnost razlike nije uočljiva u odnosu na druge dve kliničke

grupe ispitanika, što je prisutno na obe operacionalizacije. Evidentira se statistički značajna komperacija između ne-kliničke grupe ispitanika i sve tri kliničke grupe.

Grupne razlike dobijene bilo na osnovu operacionalizacije ASI-3 ili na osnovu kombinacije ASI/ASI-R iako blago drugačiji, ukazuju nam da nisu dobijene fundamentalno drugačije razlike. Praktični značaj stavki koncentrisanih u upitničkoj operacionalizaciji ASI-3 i grupe stavki izolovanih u ASI/ASI-R ogleda se u potencijalnoj mogućnosti primene za potrebe trijaže. Ispitanici koji reprodukuju visok stepen saglasnosti sa stavkama iz ove grupe mogu predstavljati grupu ispitanika koji aktuelno manifestuju ili su visoko rizični za ispoljavanje klinički značajnog nivoa simptoma, u čijoj osnovi se nalazi OnA. Polazeći iz pozicije da OnA predstavlja faktor vulnerabilnosti za razvoj psihopatoloških stanja (Anestis, Holm-Denoma, Gordon, Schmidt & Joiner, 2008; Bernstein & Zvolensky, 2007; Li & Zinbarg, 2007; McNally, 2002; Naragon-Gainey, 2010; Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Schmidt et al., 2006; Taylor, 1999), pozitivna relacija u odnosu na prosečne skorove po grupama kliničkih ispitanika je očekivana i potvrđena, s obzirom da smo dobili da se grupa ne-kliničkih ispitanika komperirana, po nivou ispoljavanja OnA, sa grupama kliničkih ispitanika statistički značajno razlikuju.

Ovaj nalaz potvrđuje delimično hipotezu (H4) našeg istraživanja, u kojoj smo pošli od pretpostavke o grupnoj heterogenosti. Pored potvrđenih viših skorova na dimenziji OnA na kliničkom uzorku, u istraživanju smo potvrdili i postavljenu hipotezu o trendu međugrupnih razlika, gde nalazi ukazuju da je najviši prosečan skor faktora FOnA dobijen u grupi anksioznih ispitanika (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009), KOnA (Taylor et al. 1996; Cox et al., 2001) KOnA u grupi depresivnih i SOnA u grupi socijalno-anksioznih ispitanika (Rector et al., 2007; Rodriguez et al., 2004; Zinbarg et al., 1997).

Podaci sugerišu postojanje međugrupne razlike u ispoljavanju faktora konstrukta osetljivosti na anksioznost, uz ograničenost tumačenja iz razloga nepostojanja statistički značajne razlike među grupama anksioznih i depresivnih ispitanika na nivou faktora FOnA i KOnA, kao i neevidentiranja značajnosti međugrupne razlike između kliničkih grupa u okviru faktora SOnA. Iz ovog razloga, potvrda postavljene hipoteze razlike u ispoljavanju faktora osetljivosti na anksioznost u okviru kliničkih grupa je uslovna. Dobijeni rezultati se mogu potkrepiti već postojećim istraživanjima u literature o

povezanosti osjetljivosti na anksioznost, tj. strah od gubitka kongnitivne kontrole, kao jednog od markera koji utiču na razvoj anksioznosti i depresije (Schmidt, Lerew & Jackson, 1997; Zinbarg, Brown, Barlow, & Rapee, 2001). Dobijeni rezultati u odnosu na faktor straha od fizičkih simptoma su uslovno saglasni sa tvrdnjama da je strah od fizičkih simptoma upravo ona subkomponenta osjetljivosti na anksioznost koja razlikuje depresiju od anksioznosti i tvrdnjama da je faktora koji mere osjetljivost na anksioznost faktor socijalne brige u najvećoj korelaciji sa socijalnom anksioznošću. Brojne studije su pokazale da visok faktor socijalne brige diferencira kategoriju osoba sa socijalnom anksioznošću, od onih sa teškom depresijom, paničnim poremećjem ili od normalnih ispitanika (Rector et al., 2007; Rodriguez et al., 2004; Zinbarg et al., 1997), što je nalaz u našem istraživanju opet samo uslovno potvrđen kada je reč o međugrupnim razlikama u okviru kliničke populacije, dok je nalaz u celosti potvrđen kada je reč o razlikama kliničke i ne-kliničke populacije.

Prediktivna vrednost dimenzija osjetljivosti na anksioznost za relevantne psihološke kriterijumske varijable

Relacije konstrukta OnA sa kriterijumima BAI, BDI i STAI na bivarijantnom planu ukazuju na nezanemarljivu povezanost osjetljivosti na anksioznost u odnosu na dimenzije anksioznost, depresija i anksioznosti kao crte. OnA supskale su inkrementalno prediktivne za ove varijable, uz lošiji inkrementalni doprinos supskala operacionalizacije ASI-3. Razlike su primetne na nivou uzoraka i u zavisnosti od toga da li su korišćene supskale ili jedinstveni skor.

Korelaciona dimenzija osjetljivosti na anksioznost posmatrana na dve operacionalizacije koje mere konstrukt OnA (ASI-3 i ASI/ASI-R), preko Pirsonovih korelacija, ne ukazuje na fundamentalnu razliku. Dominantno umereno visoke i pozitivne relacije skala osjetljivosti na anksioznost sa dimenzijama BAI, BDI i STAI ukazuje na nezanemarljivu povezanost OnA sa anksioznošću kao poremećajem, depresijom i anksioznošću kao crtom.

Varijabla *kognitivna osjetljivost na anksioznost* umereno pozitivno korelira, gotovo identično, sa skorovima na upitnicima BDI, BAI i STAI, dok koeficijent korelacije u okviru operacionalizacije ASI/ASI-R sa dimenzijama BAI i BDI upućuje na

dobru do izvanrednu povezanost. Umerena do izvanredna povezanost sa dimenzijama znači da se simptomi depresije, anksioznosti i anksioznosti kao crte umnožavaju, što su simptomi KOnA prisutniji. *Fizička osetljivost na anksioznost* umereno korelira sa BDI u operacionalizaciji ASI-3, dok se registruje umerena korelacija, viši nivo sa BAI na obje operacionalizacije. Slaba povezanost je pronađena među varijablama FOnA i BDI (ASI/ASI-R) i STAI na oba upitnika. Kako FOnA podrazumeva strahovanje od fizičkih simptoma straha, može se pretpostaviti da se ona nalazi u osnovi anksioznosti i depresije. SOnA umereno korelira sa svim dimenzijama obe upitničke operacionalizacije gde možemo pretpostaviti da se strah od socijalnih simptoma straha nalazi u osnovi anksioznosti, depresije i anksioznosti kao crte. GOnA korelira dobro do izvanredno sa BAI dimenzijom, dok je korelacioni koficijent umeren do dobar sa skalom depresije i anksioznost kao crte. Inteziteti korelacije su slični na obe operacionalizacije ASI-3, ASI/ASI-R. Kako je osetljivost na anksioznost konstrukt koji podrazumeva strahovanje povodom simptoma anksioznosti, pretpostavljamo da se OnA dominantno nalazi u osnovi anksioznosti, ali i u okviru dimenzije depresije i anksioznosti kao crte.

Kako se OnA odnosi na strah od simptoma anksioznosti doprinoseći intenziviranju samih simptoma, nalaz koji sugeriše da su dimenzije osetljivosti na anksioznost u pozitivnoj korelaciji sa simptomima anksioznosti su u potpunosti u skladu sa teorijskim postavkama (McNally, 1989). *Kognitivna osetljivost na anksioznost* umereno do dobro, pored BAI korelira i sa BDI, skalom depresije, što je i nalaz koji potvrđuje ranije nalaze (npr. Zinbarg et al., 2001; Taylor, Koch, Woody & McLean, 1996; Taylor, 1999).

Nadalje, GOnA faktor ASI-3 i ASI/ASI-R ima značajnu prediktivnu moć u odnosu na simptome depresije, anksioznosti i anksioznosti kao crte. Nema očiglednih razlika u objašnjenju varijanse između operacionalizacija, gde je primetan slični procenat objašnjenja varijanse po dimenzijama. Značajnost GOnA faktora kao prediktora sva tri tipa simptoma ukazuje na potencijalni značaj konstrukta OnA za razvoj poremećaja iz anksioznog spektra, anksioznosti kao crte i depresije. GOnA inkrementalno povećava u najvećem procentu varijanse STAI dimenziju, nešto manje BAI, dok je njegov inkrementalni doprinos najmanji na dimenziji BDI. Najveći procenat varijanse objašnjen preko GOnA se uočava na ukupnom uzorku ispitanika po

svim dimenzijama, zatim na STAI dimenzijama na ne-kliničkom uzorku, dok je objašnjena varijansa od strane generalnog faktora veća na dimenzijama BAI i BDI na kliničkom uzorku u odnosu na iste dimenzije na ne-kliničkom uzorku.

Kada je reč o specifičnim faktorima ASI-3 i operacionalizacije ASI/ASI-R, njihova različita uloga u predikciji simptoma sugerše da bi razvoj simptomatologije mogao da zavisi u izvesnoj meri od toga u odnosu na koje simptome osetljivosti na anksioznosti, osoba razvija najdisfunkcionalnija uverenja (u odnosu na fizičke, kognitivne ili one koji se odnose na socijalni kontekst). Kada se povrh osobina ličnosti i pola, kao prediktori dodaju specifični faktori oni inkrementalno povećavaju predikciju varijanse po upitnicima BDI, BAI i STAI. Većina predikcija dobijenih na ne-kliničkom uzorku su lošije od predikcija na kliničkom i ukupnom uzorku, sa izuzetkom predikcije BAI stavki kada je kao prediktor uključen ASI-3. Inkrementalne predikcije specifičnih faktora se razlikuju između uzoraka, gde je najveći prediktivni doprinos specifičnih faktora varijansi BAI skora na ukupnom uzorku ispitanika, dok je za predikciju odgovorna KOnA. Supskale inkrementalno najviše doprinose predikciji varijanse BDI i STAI na kliničkom uzorku, supskale ASI/ASI-R doprinose predikciji varijanse BDI više, dok je viši doprinos inkrementalne predikcije za STAI registrovan od strane specifičnih faktora ASI-3.

Za priraštaj u predikciji je u oba domena odgovoran KOnA. Za većinu doprinosa predikciji varijanse po dimenzijama odgovoran je KOnA, dok je FOnA odgovoran za inkrementalnu predikciju varijanse BAI skala na ukupnom i ne-kliničkom uzorku, kao i predikciju varijanse STAI na ne-kliničkom uzorku, kada je kao prediktor uključena ASI-3 operacionalizacija. BDI skala na ukupnom uzorku, BAI na ne-kliničkom i BDI na kliničkom uzorku se ponašaju dosta lošije, kada su kao prediktori uključene supskale operacionalizovane preko ASI-3, nego preko kombinacije ASI/ASI-R.

Kada je u pitanju dimenzija STAI u većini kategorija uzorka za priraštaj u objašnjenju varijansi, odgovorna je supskala *kognitivna osetljivosti na anksioznost*, sa izuzetkom ne-kliničke grupe ispitanika kod kombinacije upitnika ASI/ASI-R, gde se faktoru KOnA u predikciji simptoma anksioznosti kao crta pridružuje i *faktor fizička osetljivost na anksioznost*. Prediktivna svojstva faktora osetljivosti na anksioznost ukazuju na nezanemarljivu pretpostavku da je reč o dva različita konstrukta, koja je

opravdano posmatrati odvojeno, čime potvrđujemo zaključke autora (McWilliams & Cox, 2001).

Hijerarhijski model sa prediktorima ukupni ASI-3, odnosno ASI/ASI-R skor, na kliničkom uzorku objašnjava veći procenat varijanse kriterijuma BDI, BAI i STAI, nego na ukupnom uzorku i ne-kliničkom poduzorku. Treba naglasiti da se u svim slučajevima dobija viši nivo inkrementalnog porasta u kliničkom uzorku. Nivo inkrementalnog porasta objašnjava viši procenat varijanse kada su uključene dimenzije upitničkih operacionalizacija ASI i ASI/ASI-R, a ne ukupni skor. U slučaju komparacije razlike u predikciji dimenzija BDI, BAI i STAI na obe upitničke operacionalizacije, uočavamo da se ASI/ASI-R supskale u odnosu na ASI/ASI-R ukupni skor imaju bolju predikciju povrh osobina ličnosti i pola, u odnosu na operacionalizaciju ASI-3, sa izuzetkom predikcije varijanse BAI stavki na ukupnom uzorku i varijansi STAI stavki na kliničkom uzorku, akcentujući malu razliku. Na ukupnom uzorku je prisutna upadljiva razlika u potencijalu upitničkih operacionalizacija, gde ASI/ASI-R supskale u odnosu na ASI/ASI-R ukupni skor objašnjava 7% više BDI varijanse povrh osobina ličnosti i pola. Gotovo identičan slučaj je sa BDI i BAI stavkama na kliničkom uzorku i BAI stavkama na ne-kliničkom, gde primećujemo da ASI/ASI-R supskala u odnosu na ASI/ASI-3 ukupni skor objašnjava 11.4% više BDI i više 8% povrh osobina ličnosti i pola na kliničkom uzorku i 5.4 % varijanse BAI na ne-kliničkom uzorku. Inkrementalni doprinos predikciji operacionalizacije ASI-3 supskale u odnosu na ASI-3 ukupni skor neznatno više 1.9% varijansi BAI stavki na ukupnom uzorku, i 2.6 % više varijanse STAI na kliničkom uzorku.

Na kraju nam ostaje da se osvrnemo i na petu hipotezu. Značajnost GOnA faktora kao prediktora sva tri tipa simptoma ukazuje na potencijalni značaj konstrukta OnA za razvoj poremećaja iz anksiozno-depresivnog spektra, i u pozitivnoj je sprezi sa anksioznošću kao crtom. Hijerarhijska regresiona analiza na kliničkom uzorku ističe da za BDI, STAI i BAI osetljivost na anksioznost je dosta prediktivnija, nego što je to bio slučaj na ukupnom uzorku i (naročito) nekliničkom poduzorku. Crte ličnosti su se pokazale najprediktivnijim na opštem uzorku, što možemo objasniti specifičnošću uzorka i nekliničkim ispoljavanjem anksiozno-depresivne simptomatologije. Za predikciju anksioznosti i depresije na svakom uzorku su u većoj meri odgovorni specifični faktori, nego što je to slučaj sa generalnim faktorom. Kada je reč o

specifičnim faktorima ASI-3 i kombinacije ASI/ASI-R, njihova različita uloga u predikciji simptoma sugeriraju da bi razvoj simptomatologije mogao da zavisi u izvesnoj mjeri od toga u odnosu na koje simptome anksioznosti osoba razvija najdisfunkcionalnija uverenja. Usled malih veličina efekata dobijenih u ovom istraživanju, konstatujemo da su neophodna dodatna istraživanja, koja bi razjasnila pretpostavljeni odnos.

ZAKLJUČAK

Konstrukt (OnA) Osetljivost na anksioznost je jedan od retkih dimenzija u kliničkoj psihologiji, koji je u prvoj polovini 21. veka privukao toliko naučnog i kliničkog interesovanja u istraživanju anksioznosti, o čemu svedoči dostupan opus u literaturi. Prvobitno, istraživači su se konstruktom OnA bavili kroz prizmu vulnerabilnosti za paničnu patologiju, dok se, vremenom, njegova prediktivna moć počela posmatrati u odnosu na druga psihopatološka ispoljavanja.

Mnoge zamerke i ključna pitanja su upućena na račun *Indeksa osetljivosti na anksioznost* i njegovih revidiranih verzija, posebni fokus usmeravajući na proveru stavki koje procenjuju konstrukt osetljivost na anksioznost. U tomu pravcu smo se uputili i mi, upuštajući se u izvođenje ovog istraživanja, sa idejom da se prvobitno vratimo korak nazad u odnosu na istraživanje Tejlora i saradnika (2007), koji su u pokušaju da se odupru nedostacima prethodnih upitničkih operacionalizacija OnA, a koje su se ticale njihovih faktorski nesuglasica, pribegli konstrukciji upitnika odabirom stavki iz prethodnih verzija inventara po kriterijumu sadržinske validnost, što nam govori da su zadržane stavke u ASI-3 isključivo ako je „njihov sadržaj nedvosmisleno korespondirao samo jednom domenu fizičkih, kognitivnih ili socijalnih poteškoća“ (Teylor et al., 2007, str.178).

Polazišna osnova aktuelnog istraživanja temeljila se na ideji da se odabir stavki vrši striktno na osnovu statističko-psihometrijskih kriterijuma, dajući podjednaku šansu svim ajtemima, sa namerom da se zadrže one ASI/ASI-R stavke koje najbolje reflektuju i trofaktorsku i hijerarhijsko-bifaktorsku strukturu OnA konstrukta, te da se takvo rešenje uporedi sa postojećom ASI-3 konfiguracijom. Tokom rada smo manje problematizovali faktorsku strukturu upitničke operacionalizacije, baveći se više sadržajem ajtema po faktorima.

Pojedinačni ciljevi su se ticali odgovora na pitanje pretpostavljenog odnos veličine efekta koje faktori OnA poseduju u odnosu na predikciju simptoma na kliničkim i ne-kliničkim podgrupama ispitanika i u relacijama sa relevantnim konstruktima poput osobina ličnosti, depresije i anksioznosti.

Osnovna praktična implikacija izvedena iz rezultata ovog istraživanja proizlazi iz rezultata o adekvatnoj saglasnosti bifaktorskog modela sa podacima, kao i o

rezultatima testiranja inkrementalne validnosti. Naime, u okviru obe upitničke operacionalizacije, bilo da je reč o ASI-3 ili kombinacije ASI/ASI-R izdvajamo bifaktorski model, sa jednim opšim faktorom OnA i tri specifična (FonA, KonA i SonA). Iako su sadržinske strukture pojedinačnih faktora u 50% slučajeva po upitničkim operacionalizacijama različite, one se ključno ne razlikuju u domenu svoje predikcije. Dobijeni rezultati usmeravaju na zaključak da je u praksi nedvosmisleno primerena upotreba jedinstvenog sumacionog skora na opštoj i subkliničkoj populaciji, ukoliko je od primarnog interesa opšta OnA, kao vulnerabilnost za razvoj psihopatologije. Dopunjeni, rezultati upućuju na potencijalnu intezivniju dimenziju korisnost upotrebe skorova na specifičnim faktorima u kontekstu specifičnog poremećaja, gde pronalazimo prediktivna svojstva kognitivne osetljivosti na anksioznost u odnosu na depresiju, dominantno *fizičke osetljivosti na anksioznost* u odnosu na simptome anksioznosti i prediktivna svojstva *fizičke i kognitivne osetljivosti na anksioznost* u odnosu na dimenziju anksioznosti kao crte. O navedenoj upotrebi specifičnih faktora, opravdanje nalazimo u već postojećim istraživanjima (npr. Kemper et al., 2012; Olthuis et al., 2014; Osman et al., 2010; Wheaton et al., 2012).

U našem istraživanju, usled malih veličina efekata dobijene skorove je potrebno posmatrati sa dozom opreza, no nikako ne smemo da otklonimo praktičnu upotrebljivost skorova, dobijenih na osnovu specifičnih faktora na osnovu ovog kriterijuma. Ovakav stav velikog praktičnog značaja efekta malih veličina nam sugerišu i dodatna istraživanja. (*Steering Committee of the Physicians Health Study Research Group*, 1988). Naročito imajući u vidu da je ovo prvo istraživanje OnA konstrukta na našim prostorima, koje pored opšte populacije u svoj uzorak uključuje i kliničku populaciju. Pored navedene preliminarnosti, značaj ovog istraživanja se može posmatrati na globalnom nivou, jer ovo prvi izbor stavki uključenih u upitničku operacionalizaciju konstrukta osetljivosti na anksioznost koji svoj izbor temelji na empirijsko statističkim kriterijumima.

Kako bi se ove pretpostavke o prediktivnim svojstvima specifičnih faktora dodatno ispitale, smatramo da bi bilo korisno u nekom od narednih istraživanja povećati broj stavki unutar subdomena, čime cenimo da bi se povećala relijabilnost Sp OnA faktora. Dopunjene implikacije upućuju na potrebu ka dodatnim kros-kulturnim studijama, koje bi moguće, dodatno doprinele odgovoru na pitanje o

jednodimenzionalnosti u odnosu na multidimenzionalnost konstrukta OnA. Imajući u vidu ograničenja uzorka korišćenog u istraživanju (tiče se prvenstveno njegove nereprezentativnost zbog nedovoljnog broja i neizbalansiranost u odnosu na pol), dobijene rezultate treba shvatiti kao preliminarne, čija replika je očekivana i potrebna. Replika dobijenih pokazatelja primenom *Teorije odgovora na stavke (IRT)*, bi bila korisna, ali uz našu sugestiju da se pre njenog sprovođenja razmotri solucija uklanjanja problematičnih stavki.

Istraživanje dodatno može da bude unapređeno pružanjem uvida u stabilnost skorova na kombinaciji upitnika ASI/ASI-3 tokom vremena, kao i proverom invarijantnosti u odnosu na pol, što je ujedno i smernica za buduća istraživanja. Isti model replike može biti preporučen i za upitnik ASI-3.

Doprinos ovog istraživanja se može posmatrati kao još jedna karika u rasvetljavanju ključnih pitanja koja su predmet sučeljavanja, a tiču se koncepta osetljivost na anksioznost i njegovih mera. Ne tako mali broj pitanja još uvek nije naišao na odgovor, što nas upućuje na to da do sada konstruisane upitničke operacionalizacije nisu odgovorile zahtevima i da put traganja za superiornom merom konstrukta osetljivosti na anksioznost još uvek nije završen. Našim istraživanjem doprinosimo naučnoj javnosti nudeći OnA upitnik, zasnovan na empirijsko statističkoj osnovi, uvažavajući 3-1 hijerarhijsku, odnosno bifaktorsku prirodu konstrukta OnA. Nadamo se da će ovi rezultati doprineti i stimulisati dalja istraživanja i proveru OnA upitnika kako kod nas, tako i u svetu, uz ograničenje bojazni od nagomilavanja upitničkih operacionalizacija, već usmereni u pravcu učvršćivanja superiorne mere konstrukta osetljivosti na anksioznost.

LITERATURA

- Aliik, J., & Realo, A. (1997). Emotional experience and its relation to the fivefactor model in Estonian. *Journal of Personality*, 65, 625-647.
- Allan, N. P., Korte, K. J., Capron, D. M., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2014). Factor mixture modeling of anxiety sensitivity: A three-class structure. *Psychological Assessment*, 26, 1184–1195.
- Andrew, W.G. (2017). *The Neurobiology of Panic: A Chronic Stress Disorder*. Sage journals, Volume I, 1-14. <https://doi.org/10.1177/2470547017736038>, pristupjeno 25. Avgusta 2018.
- Andrews, G., Stewart, G., Allen, R., & Henderson, A. S. (1990). The genetics of six neurotic disorders: A twin study. *Journal of Affective Disorders*, 19, 23-29.
- Anestis, M., Holm-Denoma, J., Gordon, K., Schmidt, N., & Joiner, T. (2008). The role of anxiety sensitivity in eating pathology. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 370–385. doi:10.1007/s10608-006-9085-y
- Arnau, R.C., Broman-Fulks, J.J., Green, B.A. & Berman, M.E. (2009). The Anxiety Sensitivity Index- Revised: Confirmatory Factor Analyses, Structural Invariance in Caucasian and African American Samples, and Score Reliability and Validity. *Psychological Assessment*, 16(2), 165-180.
- APA, American Psychiatric Association, (2013). *DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Arieti, S. (1979). New views on the psychodynamics of phobias. *American Journal of Psychotherapy*, 33. 82-95.
- Asmundson, G. J. G. (1999). Anxiety sensitivity and chronic pain: Empirical findings, clinical implications, and future directions. In Taylor S. (Ed.) *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety* (pp. 269-285). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Asmundson, G. J. G., Frombach, I. K., & Hadjistavropoulos, H. D. (1998). Anxiety sensitivity: Assessing factor structure and relationship to multidimensional aspects of pain in injured workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8, 15-24.
- Asmundson G.J.G. & Stapleton, J.A. (2008). *Associations between dimensions anxiety of sensitivity and PTSD clusters in active-duty police officers*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 66–75. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070801969005>.

- Ayvasik, H. B., & Tutarel-Kislak, S. (2004). Factor structure and reliability of the Anxiety Sensitivity Profile in a Turkish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 358-367.
- Baker, F. B. (2001). *The basics of item response theory* (2nd ed.). University of Maryland College Park, MD: ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation.
- Ball, S. G., Otto, M. W., Pollack, M. H., Uccello, R., & Rosenbaum, I. F. (1995). Differentiating social phobia and panic disorder: A test of core beliefs. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 473-482.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York : Guilford Press.
- Batinić, B. (2009). *Panični poremećaj farmakoterapija i kognitivno bihevioralna terapija*. Zavet, Beograd.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Emery, G., (1979). *Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders*. Philadelphia, Pa. Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T., & Emery, G., (1985) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T, Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6): 893–7.
- Beck, A. T i Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T, Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Manuel for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory–II Manual*. New York, NY: Harcourt Brace.
- Bernard, N.S., Dollinger, S.J., & Ramaniah, N.V. (2002). Applying the big five personality factors to the imposter phenomenon. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 321-333.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Kotovb, R., Arrindell, W. A., Taylor, S., & Sandin, B., et al. (2006). Taxonocity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Anxiety Disorders*, 20, 1-22.

- Bernstein, A., & Zvolensky, M. J. (2007) Anxiety sensitivity: Selective review of promising research and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7, 97–101. doi:10.1586/14737175.7.2.97
- Blais, M.A. et al. (2001). The Anxiety Sensitivity Index: Item Analysis and Suggestions for Refinement. *Journal of Personality Assessment*, 77(2), 272-294.
- Blazer, D., Hughes, D., & George, L. K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.
- Bowlby, J. (1960a). *Separation anxiety*. *Int.J Psychoanal.*,41:1-25.
- Bowlby, J. (1960b). *Grief and mourning in infancy and early childhood*. *Psychoanal. Study Child*, 15:3-39.
- Bremner JD, Innis RB, White T, Fujita M, Silbersweig D, Goddard AW, et al. (2000). SPECT [I-123]iomazenil measurement of the benzodiazepine receptor in panic disorder. *Biol Psychiatry* .47(2):96-106.[PubMed]
- Bridger, W.H., & Manded, I.J. (1965). Abolition of the PRE by instructions in GSR conditioning. *Journal of Experimental Psychology*, 69, 476-482.
- Brouwer, D., Meijer, R. R., & Zevalkink, J. (2013). On the factor structure of the Beck Depression Inventory–II: G is the key. *Psychological Assessment*, 25, 136–145. doi:10.1037/a0029228
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford Press.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology* 107, 179-192.
- Bryant RA, Panasetis P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*; 39:961–966. [PubMed: 11480836]
- Calkins AW, Otto MW, Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Hearon BA, et al. (2009). Psychosocial predictors of the onset of anxiety disorders in women: Results from a prospective 3-year longitudinal study. *Journal Anxiety Disord*, 23:1165–9. [PMC free article] [PubMed]

- Capron, D. W., Cogle, J. R., Ribeiro, J. D., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2012). An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 174–180.
- Charney DS, Heninger GR (1986) Serotonin function in panic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 43: 1059-1065.
- Carter, M. M., Miller, O., Sbrocco, T., Suchday, S., & Lewis, E. (1999). Factor structure of the Anxiety Sensitivity Index among African American college students. *Psychological Assessment*, 11, 525–533.
- Catell, R. B. i Catell, H.E.P. (1995). Personality structure and the new fifth edition of 16PF. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 926-937.
- Chambless , D.L., Aaron T. B., Edward J., i Jessica G. (2000). Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: A test of the cognitive theory of panic. *Depression and anxiety. The official journal of ADDA*.
- Cintrón, J. A., Carter, M. M., Suchday, S., Sbrocco, T., & Gray, J. (2005). Factor structure and construct validity of the Anxiety Sensitivity Index among island Puerto Ricans. *Anxiety Disorders*, 19, 51–68.
- Cisler, J.M., Reardon, J.M., Williams, N.L., Lohr, J.M., (2007). Anxiety sensitivity and disgust sensitivity interact to predict contamination fear. *Personality and Individual Differences* 42, 935–946.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 24, 61-70.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Collimore KC, McCabe RE, Carleton RN, Asmundson GJ (2008). Media exposure and dimensions of anxiety sensitivity: Differential associations with PTSD symptom clusters. *Anxiety Disorders*; 22:1021–1028
- Conger, A. J. (1974). A revised definition for suppressor variables: a guide to their identification and interpretation. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 35-46.
- Costa PT, McCrae RR. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) profesional manual. *Psychological Assessment Resources*: Odessa.FL
- Costa PT, McCrae RR. (1995). Domains and Facets: Hierarhical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. *Jornal od Personality Assessment*.

64(1), 21-50

- Cox, B. J., Borger, S. C., & Enns, M. W. (1999). Anxiety sensitivity and emotional disorders: Psychometric studies and their theoretical implications. In Taylor, S. (Ed.) *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 115-148). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Taylor, S., Fuentes, K., & Ross, L. M. (1999). Anxiety sensitivity and the fivefactor model of personality. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 633–641.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Taylor, S. (2001). The effect of rumination as a mediator of elevated anxiety sensitivity in major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 525–534. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005580518671>
- David, J.P., Green, P.J., Martin, R., & Suls, J. (1997). Differential roles of neuroticism, extraversion, and event desirability formood in daily life: An integrative model of top-down and bottom-up influences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 149-159
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Nesklad Slap.
- Dawson, M.E., Schell, A.M., & Banis, H.T. (1986). Greater resistance to extinction of electrodermal responses conditioned to potentially phobic CSs: A non-cognitive process? *Psychophysiology*, 23, 552-561.
- Deacon, B.J., Abramowitz, J.S., Woods, C.M. & Tolin, D.F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index- Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1427-1449.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 837-857.
- DiStefano, C., & Morgan, G. B. (2014). A comparison of diagonal weighted least squares robust estimation techniques for ordinal data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21(3), 425-438.
- Đurić-Jočić, D., Knežević, G., & Džamonja-Ignjatović, T. (2009). *NEO PI-R: Primena i interpretacija (2. izdanje)* [NEO PI-R: Application and interpretation (2nd edition)]. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
- Ebesutani, C., McLeish, A. C., Luberto, C. M., Young, J., & Maack, D. J. (2014). A bifactor model of anxiety sensitivity: Analysis of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 36, 452–464. doi:10.1007/s1 0862-013-9400-3

- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester : Wiley.
- Ellis A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis, J. M. Whiteley (Eds.) *Theoretical and empirical foundations of Rational-Emotive Therapy* (pp. 5-32). Brooks Cole Publishing Company.
- Elwell, S. V. (2004). Anxiety sensitivity: Validity of the Anxiety Sensitivity Profile on a clinical sample. *PCOM Psychology Dissertations*, Paper 42.
- Emberson, S. E., & Reise, S. P. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eysenck, M. W. (1979). Anxiety, learning, and memory: A reconceptualization. *Journal of Research in Personality*, 13(4), 363-385.
- Fedoroff IC, Taylor S, Asmundson GJG, Koch WJ (2000). Cognitive factors in traumatic stress reactions: Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*; 28, 5–15.
- Feldner MT, Zvolensky MJ, Schmidt NB, Smith RC (2008). A prospective test of anxiety sensitivity as a moderator of the relation between gender and posttraumatic symptom maintenance among high anxiety sensitive young adults. *Depression and Anxiety*; 25, 190–199. [PubMed: 17340601]
- Fenichel, O. (1945). *Psychoanalytic theory of the neuroses*. New York. Norton.
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*. Advance online publication. doi: 10.1177/0013164417719308.
- Flora, D. B., & Curran, P. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9, 466–491. doi:10.1037/1082-989X.9.4.466
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Frankl, V. E. (2004). *On the Theory and Therapy of Mental Disorders: An Introduction to Logotherapy and Existential Analysis*. New York, NY, US: Brunner-Routledge.

- Freud, S. (1924). *History of the Psychoanalytic Movement. In Sigmund Freud Collected Papers*. Translated by Joan Riviere. London: Hogarth Press, vol. 1, pp. 285–359.
- Fyer AJ, Hamilton SP, Durner M, Haghighi F, Heiman GA, Costa R, Evgrafov O, Adams P, de Leon AB, Taveras N, Klein DF, Hodge SE, Weissman MM, Knowles JA. (2006). A third-pass genome scan in panic disorder: evidence for multiple susceptibility loci. *Biol Psychiatry*. 60:388–401. [PubMed]
- Garrity, R.D., & Demick, J. (2001). Relations among personality traits, mood states, and driving behaviors. *Journal of Adult Development*, 8, 109-118.
- Ghisi, M., Bottesi, G., Altoè, G., Razzetti, E., Melli, G., & Sica, C. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index-3 in an Italian community sample. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.00160
- Grice, J. W. (2001). Computing and evaluating factor scores. *Psychological Methods*, 6(4), 430-450.
- Harris, J.A., & Lucia, A. (2003). The relationship between self-report mood and personality. *Personality and Individual Differences*, 35, 1903-1909.
- Hautzinger, M. (2002). *Depresija*, Jastrebarsko, Nesklad Slap.
- Hinton, D., Pich, V., Safren, S., Pollack, M., & McNally, R. (2005). Anxiety sensitivity in traumatized Cambodian refugees: A discriminant function and factor analytic investigation. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1631-1643.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60. Retrieved from <http://goo.gl/NfO8SD>
- Isyanov, E. V., & Calamari, J. E. (2004). Does stress perception mediate the relationship between anxiety sensitivity and anxiety and depression symptoms? *Anxiety, Stress and Coping*, 17, 153-162.
- Jurin, T., Jokić-Begić, N., & Korajlija, A. L. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index in a sample of Croatian adults. *Assessment*, 4, 145-157.
- Kaličanin, P. (1996). *Anksiozni poremećaji. Stanja patološkog straha*. TEHNISS, Beograd.
- Kaličanin, P. (2002). *Psihijatrija*, 2. Specijalni deo. DRASLAR PARTNER, Beograd.

- Keough, E. (2004). Investigating invariance in the factorial structure of the anxiety sensitivity index across adult men and women. *Journal of Personality Assessment*, 83, 153–160. doi:10.1207/s15327752jpa8302_09
- Kemper, C. J., & Hock, M. (2017). New Evidence on the Construct Validity of the ASI-3 and the Dimensional Conceptualization of Trait Anxiety Sensitivity From IRT Modeling. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(3), 181–189. doi:10.1027/1015-5759/a000284.
- Kemper, C. J., Lutz, J., Bähr, T., Rüdell, H., & Hock, M. (2012). Construct validity of the Anxiety Sensitivity Index-3 in clinical samples. *Assessment*, 19, 89-100.
- Kirsch, I (1985). "Response expectancy as a determinant of experience and behavior". *American Psychologist*. 40 (11): 1189–1202. doi:10.1037/0003-066X.40.11.1189.
- Knežević G, Džamonja-Ignjatović T, Djurić-Jočić D. (2004). *Petofaktorski model ličnosti*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
- Lang AJ, Kennedy CM, Stein MB (2002). Anxiety sensitivity and PTSD among female victims of intimate partner violence. *Depression and Anxiety*, 16, 77–83. [PubMed: 12219339]
- Li, C. H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936-949.
- Li, W., Zinbarg, R. E. (2007). Anxiety sensitivity and panic attacks: a 1-year longitudinal study. *Behavior Modification*, 31(2), 145–161. 10.1177/0145445506296969
- Lilienfeld, S. O. (1996). Anxiety sensitivity is not distinct from trait anxiety. In: Rapee, R. M. (Ed.). *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 228-244). New York: Guilford Press.
- Lilienfeld SO, Turner SM, Jacob RG. (1993). Anxiety sensitivity: An examination of theoretical and methodological issues. *Advances in Behavior Research and Therapy*; 15:147-83. 11.
- Lim, Y.J., & Kim, J.H. (2012). Korean Anxiety Sensitivity Index-3: Its factor structure, reliability, and validity in non-clinical samples. *Psychiatric Symptomatology*, 9, 45-53.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498.

- Lucas, R.E., & Baird, B.M. (2004). Extraversion and emotional reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 473-485.
- Lucas, R.E., & Fujita, F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1039-1056.
- Maller, R. G, & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., ... Stoltzman, R. (1984). Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities: 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 959-967.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1991). Adding liebe und arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227-232
- McNally, R. J. (1989). Is anxiety sensitivity distinguishable from trait anxiety? Reply to Lilienfeld, Jacob, and Turner (1989). *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 193–194. doi:10.1037/0021-843x.98.2.193
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder*. New York : Guilford Press.
- McNally , R. J. (1996). Anxiety sensitivity is distinguishable from trait anxiety. In: Rapee, R. M. (Ed.). *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 214-227). New York : Guilford Press.
- McNally, R.J. (1999). Theoretical approaches to the fear of anxiety. in Taylor, S. (Ed.), *Anxiety Sensitivity : Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* (pp. 3-16). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.- Mahwah (NY).
- McNally, R.J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry Volume* 52, Issue 10, 938–946.
- McNally, R. J., Horning, C. D., Hoffman, E. C., & Han, E. M. (1999). Anxiety sensitivity and cognitive biases of threat. *Behavior Therapy*, 30, 51-61.
- McWilliams, L. A, & Cox, B. J. (2001). How distinct is anxiety sensitivity from trait anxiety? A re-examination from a multidimensional perspective. *Personality and Individual Differences*, 31, 813-818.
- Michels, R., Frances, A., & Shear, M.K. (1985). *Psychodynamic models of anxiety* In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds). *Anxiety and anxiety disorders*, Hillsdale, NJ:LEA.

- Mihić, Lj., Čolović, P., Jokić- Begić, N., & Lauri-Korajlija, A. (2013). To be sure about the latent nature of anxiety sensitivity. *Paper presented at 34rd Stress and Anxiety Research Society International Conference, Faro, Portugal.*
- Míndrila, D. (2010). Maximum likelihood (ML) and diagonally weighted least squares (DWLS) estimation procedures: A comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data. *International Journal of Digital Society, 1*(1), 60-66.
- Mohlman, J., & Zinbarg, R. E. (2000). The structure and correlates of Anxiety Sensitivity in older adults. *Psychological Assessment, 12*(4), 440-446. DOI: 10.1037/1040-3590.12.4.440
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning-a reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review, 17*, 102–148.
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin, 136*, 128-150.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- Norton GR, Cox BJ, Hewitt PL, & McLeod L (1997). Personality factors associated with generalized and non-generalized social anxiety. *Personality and Individual Differences, 22*, 655-660. doi: 10.1016/S0191-8869(96)00243-7
- Nuffield Council on Bioethics (2002). *Genetics and Human Behaviour: The Ethical Context. Nuffield Council on Bioethics, London.*
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., & de Jong, P. J. (2004). Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 93–104.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., & Deacon, B. J., Tolin, D. F., Lilienfeld, S. O., Williams, N. L., Meunier, S. A., Lohr, J. M., & Connolly, K. M. (2005). The Anxiety Sensitivity Profile revisited: Factor structure and psychometric properties in two nonclinical samples. *Anxiety Disorders, 19*, 603-625
- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin, 135*, 974-999.

- Olthuis J. V., Watt M. C., & Stewart S. H. (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 115–124. doi:10.1016/j.janxdis.2013.04.009
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Smith, K., Fang, Q., Lozano, G., & Devine, A. (2010). The Anxiety Sensitivity Index-3: Analyses of dimensions, reliability estimates, and correlates in nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 92, 45-52.
- Otto MW, Pollack MH, Fava M, Uccello R, Rosenbaum JF. (1995). Elevated anxiety sensitivity index scores in patients with major depression: Correlates and changes with antidepressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 9:117–123.
- Otto, M. W., Safren, SA., & Pollack, M. H. (2004). Internal cue exposure and the treatment of substance use disorders: Lessons from the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*; 18, 69-87.
- Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. (2001). Big five factors and facets and the predictor of behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 524–539. doi:1037//0022-3514.81.3.524
- Pervin, L. A., Lawrence, A. P. (2008). *Handbook of Personality*, the Guilford Press, New York.
- Peterson, R.A. & Plehn, K. (1999). Measuring Anxiety Sensitivity. in Taylor, S. (Ed.), *Anxiety Sensitivity : Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* (pp. 61-82). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.- Mahwah (NY).
- R Development Core Team (2016) R: A Language and Environment for Statistical Computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna.
- Rachman S. (1990). *Fear and Courage*. New York, NY: W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Radonjić, S. (1992), *Psihologija učenja*, Knjiga prva, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Rapee, R.M. (1991). Generalized anxiety disorder: a review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419–440.
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1967-1975.

- Reiss, S. (1980). *Pavlovian conditioning and human fear: an expectancy model*. *Behavior Therapy*, *II*, 38&396.
- Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, *7*, 585-596.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, *11*, 141-153.
- Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 201-214.
- Reiss S, Havercamp SM. (1998). Toward a comprehensive assessment of fundamental motivation: Factor structure of the reiss profiles. *Psychological Assessment*;10 (2): 97–106.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss, R. R. Bootylin (Eds.) *Theoretical issues in Behavior Therapy* (pp. 107-121). San Diego: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R. A, Gursky, D. M, & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*; *24*, 1-8 .
- Reiss, S. P., & Revicki, D. A. (Eds.). (2014). *Handbook of item response theory modeling: Applications to typical performance assessment*. New York, NY: Routledge.
- Reiss, S., Silverman, W., Weems, C.F. (2001): Anxiety sensitivity , Vasey M.W. i Dadds M.R. (ur) *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. Oxford: University Press, 92-111.
- Rifkin, L. S., Beard, C., Hsu, K. J., Garner L., & Bjorgvinsson T. (2015). Psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index-3 in an acute and heterogeneous treatment sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *36*, 99–102. doi:10.1016/j.janxdis.2015.09.010
- Rizopoulos, D. (2006). Irm: An R package for latent variable modeling and item response theory analysis. *Journal of Statistical Software*, *17(5)*, 1-25. Retrieved from www.jstatsoft.org/v17/i05/paper
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., Spencer, M. A., & Keller, M. B. (2004). Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disordered patients. *Behavior Research and Therapy*, *42*, 79–91.
- Rosen JB, Schulkin J (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*; *105*:325–350.

- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. Retrieved from <http://goo.gl/14kgYS>
- Sandin, B., Chorot, P. & McNally, R. J. (1996). Validation of the Spanish version of the anxiety sensitivity index in a clinical sample. *Behavior Research and Therapy*, 34, 283-290.
- Scher, C. D., & Stein, M. B. (2003). Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 253-269.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355-364.
- Schmidt NB, Lerew DR, Joiner TE. (1998) Anxiety sensitivity and the pathogenesis of anxiety and depression: evidence for symptom specificity. *Behaviour Research and Therapy*. ;36:165–177.[PubMed]
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 532-537.
- Schmidt, N. B., & Joiner, T. E. (2002). Structure of the Anxiety Sensitivity Index psychometrics and factor structure in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 33-49.
- Schmidt, N. B., Keough, M. E., Timpano, K. R., & Richey, J. A. (2008). Anxiety sensitivity profile: Predictive and incremental validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1180-1189.
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 691–699. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.07.009.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162– 168. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_7
- Smári, J., Erlendsdóttir, G., Björgvinsdóttir, A., & Ágústsdóttir, V. R. (2003). Anxiety sensitivity and trait-symptom measures of anxiety and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 375-386.

- Smits, J. A. J., Berry, A. C., Tart, C. D., & Powers, M. B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behavior Research and Therapy*, *46*, 1047-1054.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State–Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Spielberg, C.D. (2000). *Priručnik za Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti STAI (Stait-Trait Anxiety Inventory for Adults)*. Jastrebarsko, Croatia: Naklada Slap.
- Stewart SH, Conrod PJ, Samoluk SB, Pihl RO, Dongier M (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *18*, 31–47.
- Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorder*, *11*, 179-200.
- Subotić, S. (2013). Pregled metoda za utvrđivanje broja faktora i komponenti (u EFA i PCA). *Primenjena Psihologija*, *6*(3), 203–229.
- Šaula-Marojević, B. (2007). *Validacija konstrukta dezintegracije konativnih funkcija na kliničkoj populaciji*. Magistarska teza. Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet.
- Šaula-Marojević, B (2012). *Empirijska provera odnosa šestodimenzionalnog modela ličnosti i kategorijalnog modela poremećaja ličnosti*. Doktorska teza, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju, Beograd.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Taylor, S., (Ed.) (1999). *Anxiety Sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ. Erlbaum.
- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998a). Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behavior Research and Therapy*, *36*, 37-51.
- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998b). An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 463-483.
- Taylor, S. & Fedoroff, I.C. (1999). The Expectancy Theory of Fear, Anxiety, and Panic: A Conceptual and Empirical Analysis. in Taylor, S. (Ed.), *Anxiety Sensitivity : Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* (pp. 17-34). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.- Mahwah (NY).

- Taylor, S., Jang, K. L., Stewart, S. H., & Stein, M. B. (2008). Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral-genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 899-914.
- Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S., & McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 474-479.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., & Deacon, B. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089.
- Van der Does, W., Duijsens, I., Eurelings-Bontekoe, E., Verschuur, M., & Spinhoven, P. (2003). Anxiety Sensitivity Profile: Dimensional structure and relationship with temperament and character. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 217-222.
- Volarov, M., Oljača, M., Mihić, L.J. i Čolović, P. (2017). Psihometrijska evaluacija srpske adaptacije Indeksa senzitivnosti na simptome anksioznosti (ASI-3). *Primenjena psihologija*, god.10., br.3
- Vriends, N., Becker, E.S., Meyer, A., Williams, S.L., Lutz, R., Margraf, J. (2007). Recovery from social phobia in the community and its predictors: Data from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Anxiety Disorders* ;21:320- 337
- Vujanovic, A. A., Arrindell, W. A., Bernstein, A., Norton, P. J., & Zvolensky, M. J. (2007). Sixteen-item Anxiety Sensitivity Index: Confirmatory factor analytic evidence, internal consistency, and construct validity in a young adult sample from the Netherlands. *Assessment*, 14, 129-143.
- Vujanovic AA, Zvolensky MJ, Bernstein A (2008). Incremental associations between facets of anxiety sensitivity and posttraumatic stress and panic symptoms among trauma-exposed adults. *Cognitive Behaviour Therapy*; 37, 76-89. [PubMed: 18470739]
- Vukosavljević-Gvozden, T. (2009). *Racionalno-emotivna bihevioralna terapija- teorija i metod*. Beograd, Kreativni centar.
- Vukosavljević-Gvozden, T., Batinić, B. & Peruničić, I. (2012). Osetljivost na anksioznost. *Engrami*, 34, 23-34.
- Vukosavljevic-Gvozden, T., Dutina, S., Miloseva, L., (2016). Comparisons of different measures of anxiety sensitivity. *International Conference on Theory and Practice in*

- Psychology*, Skopje, 30.10-1.11. Department of Psychology, Faculty of Philosophy, Ss.Cyril and Methodius University – Skopje. Book of abstracts, pp 171
- Watson, D., & Clark, L.A. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441-476.
- Watson, J.B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3,1-14.
- Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 107-118.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal Of Anxiety Disorders*, 26, 401–408. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.002
- White KS, Brown TA, Somers TJ, Barlow DH. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 44:147–157.[PubMed]
- WHO, World Health Organizatin (2010). *ICD 10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision, Volume 2, Instruction manuel.
- Won, H. T., Park, H. S., & Kwon, S. M. (1995). A study on the development of the Korean versions of Panic Scales. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 14, 95–110.
- Zinbarg, R. E & Barlow, D.H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorder: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277-284.
- Zinbarg, R. E., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Rapee, R. M. (2001). Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 372-377.
- Zinbarg, R.E., Mohlman, J. & Hong, N.N. (1999). Dimensions of Anxiety Sensitivity. in Taylor, S. (Ed.), *Anxiety Sensitivity : Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* (pp. 83-114). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.- Mahwah (NY).

- Zinbarg, R. E., Revelle, W., Yovel, I., & Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω_H : Their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, *70*(1), 123-133.
- Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B. J., & Stewart, S. H., et al. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 841-859.
- Zvolensky, M. J., McNeil, D. W., Porter, C. A., & Stewart, S. H. (2001). Assessment of anxiety sensitivity in young American Indians and Alaska Natives. *Behavior Research and Therapy*, *39*, 477-493.

PRILOZI A

Prilog br. 1.

FORMULAR ZA SAGLASNOST ISPITANIKA ZA UČEŠĆE U USTRAŽIVANJU

- Ovim putem želimo da Vas zamolimo da učestvujete u istraživanju koje za cilj ima ispitivanje koncepta „osetljivosti na anksioznost“, što je zadatak doktorske disertacije na temu: „Osetljivost na anksioznost: psihometrijske karakteristike i faktorska struktura različitih mera konstrukta u kliničkoj populaciji“.
- Vaše učešće u istraživanju će nam pomoći da odredimo najbolji način merenja „osetljivosti na anksioznost“, što će doprineti sprečavanju razvoja poremećaja koji su pod uticajem ovog koncepta, a ujedno i unaprediti pravovremeno pružanje savetodavne pomoći.
- Od Vas se očekuje da popunite upitnike, koji će Vam oduzeti oko 30 min.
- Učešće u istraživanju je dobrovoljno i ne podrazumeva bilo kakav rizik.
- Od učešća možete odustati u bilo kom momentu, bez potrebe da se objašnjavaju lični razlozi.
- Podaci prikupljeni tokom procesa istraživanja će se čuvati na anonimnan način i niko neće moći da ih dovede u vezu sa konkretnim ispitanikom.
- O ostalim informacijama o ovom istraživanju, možete da kontaktirate (psihologa, Helenu Rosandić), na mail adresu: roshelena@t-com.me
- Potpisivanjem ovog dokumenta izjavljujete da ste u potpunosti razumeli gore navedene informacije i da uzimate učešće u istraživanju.

potpis učesnika

datum i mesto

potpis osobe koja je dobila validnu saglasnost

Prilog br. 2.

INDEKS OSETLJIVOSTI NA ANKSIOZNOST (ASI)

Sa desne strane upitnika nalaze se brojevi koji označavaju u kojoj meri Vas svaka rečenica tačno opisuje. Izbegavajte odgovore koji nisu sasvim iskreni, ali vam se čini da bi vas prikazali u pozitivnom svetlu. Za svaku rečenicu zaokružite samo jedan broj.

	Koliko tačno Vas opisuje svaka rečenica?	nimalo tačno	malo	umereno	prilično	potpuno tačno
1.	Važno je da ne izgledam uznemireno.	0	1	2	3	4
2.	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.	0	1	2	3	4
3.	Uplašim se kada počnem da drhtim.	0	1	2	3	4
4.	Uplašim se kada mi se vrti u glavi.	0	1	2	3	4
5.	Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima.	0	1	2	3	4
6.	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa.	0	1	2	3	4
7.	Sramota me je kad mi stomak krči.	0	1	2	3	4
8.	Uplašim se kada mi je muka u stomaku.	0	1	2	3	4
9.	Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar.	0	1	2	3	4
10.	Uplašim se kada ostanem bez daha.	0	1	2	3	4
11.	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan.	0	1	2	3	4
12.	Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak.	0	1	2	3	4
13.	Drugi ljudi primete kada drhtim.	0	1	2	3	4
14.	Neobični telesni simptomi me plaše.	0	1	2	3	4
15.	Kad sam uznemiren, brinem da bih mogao biti mentalno bolestan.	0	1	2	3	4
16.	Plaši me kada sam uznemiren.	0	1	2	3	4

Prilog br. 3.**INDEKS OSETLJIVOSTI NA ANKSIOZNOST-REVIDIRAN (ASI-R)**

Sa desne strane upitnika nalaze se brojevi koji označavaju u kojoj meri Vas svaka rečenica tačno opisuje. Za svaku rečenicu zaokružite samo jedan broj, koji najbolje pokazuje koliko tačno Vas ta rečenica opisuje. Molim Vas da odgovorite na svako pitanje.

Hvala.

	Koliko tačno Vas opisuje svaka rečenica?	nimalo tačno	malo	umereno	prilično	potpuno tačno
1.	Kada osetim da nemam dovoljno vazduha, plašim se da bih se mogao/la ugušiti.	0	1	2	3	4
2.	Osećaj gušenja me plaši.	0	1	2	3	4
3.	Uplašim se kada ostanem bez daha.	0	1	2	3	4
4.	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno).	0	1	2	3	4
5.	Uplašim se kada mi se vrti u glavi.	0	1	2	3	4
6.	Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih se mogao/la ugušiti.	0	1	2	3	4
7.	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa.	0	1	2	3	4
8.	Kada počnem nepravilno da dišem, plašim se da će se nešto loše dogoditi.	0	1	2	3	4
9.	Uplašim se kada počnem da drhtim.	0	1	2	3	4
10.	Kada imam problema sa gutanjem, brinem se da bih mogao/la da se zadavim.	0	1	2	3	4
11.	Plaši me kada mi moje okruženje izgleda čudno ili nestvarno.	0	1	2	3	4
12.	Plaši me kada imam osećaj da moje telo izgleda čudno ili na neki način drugačije.	0	1	2	3	4
13.	Važno mi je da ne izgledam uznemireno.	0	1	2	3	4
14.	Verujem da bi bilo užasno da povraćam u javnosti ili pred ljudima.	0	1	2	3	4

15.	Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.	0	1	2	3	4
16.	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.	0	1	2	3	4
17.	Kada imam drhtavicu u prisustvu drugih ljudi, plašim se šta bi oni mogli da pomisle o meni.	0	1	2	3	4
18.	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni da misle loše o meni.	0	1	2	3	4
19.	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.	0	1	2	3	4
	Kada osetim jak bol u stomaku, brinem da bi to mogao da bude rak.	0	1	2	3	4
20.	Kada osetim pulsiranje u glavi, brinem da bih mogao/la da imam moždani udar.	0	1	2	3	4
21.	Kada moje srce ubrzano kuca, brinem da bi to mogao da bude infarkt.	0	1	2	3	4
22.	Kada mi lice utrne, brinem da imam moždani udar.	0	1	2	3	4
23.	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt.	0	1	2	3	4
24.	Kada osetim vrtoglavicu, brinem da nešto nije u redu sa mojim mozgom.	0	1	2	3	4
25.	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao da budem ozbiljno bolestan.	0	1	2	3	4
26.	Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom.	0	1	2	3	4
27.	Kada imam dijareju, brinem da nešto nije u redu sa mnom.	0	1	2	3	4
28.	Uplašim se kada mi je muka u stomaku.	0	1	2	3	4
29.	Plaši me kada osećam trnjenje i peckanje u rukama.	0	1	2	3	4
30.	Kada sam rasejan/a, brinem da sam mentalno oboleo/la.	0	1	2	3	4
31.	Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću	0	1	2	3	4

	poludeti.					
32.	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom.	0	1	2	3	4
33.	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.	0	1	2	3	4
34.	Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak.	0	1	2	3	4
35.	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.	0	1	2	3	4

Prilog br. 4.

PROFIL OSETLJIVOSTI NA ANKSIOZNOST (ASP)

UPUTSTVO: Veoma je važno da uputstvo pažljivo pročitate, kako biste mogli da odgovorite na pitanja koja slede. Cilj ovog upitnika je da izmeri Vaš nivo straha od senzacija koje su povezane sa anksioznošću. Postoje mnoge senzacije povezane sa anksioznošću, koje uključuju i sledeće: palpitaciju (ubrzani rad srca), znojenje, drhtanje, nedostatak vazduha, bol u grudima, mučninu, vrtoglavicu, osećaj nestvarnosti, jezu i vruće talase. Ljudi se razlikuju po tome koliko ih ove senzacije plaše: neki se plaše malo ili se ne plaše uopšte, neki imaju blagi ili umereno jak strah, dok drugi imaju veoma veliki strah.

Ljudi se plaše ovih senzacija ukoliko veruju da one imaju loše posledice. Na primer, ljudi se plaše lupanja srca ukoliko veruju da te senzacije dovode do srčanog udara. Ljudi se plaše vrtoglavice ukoliko veruju da ova senzacija znači da će poludeti. Ljudi se plaše anksioznih reakcija koje drugi mogu da primete (na primer, crvenjenje ili drhtanje) ukoliko veruju da ove reakcije mogu dovesti do toga da ih drugi ismevaju ili odbace.

Zamolićemo Vas da uradite dve stvari za svaku rečenicu na narednim stranama:

1. Zamislite da osećate navedenu senzaciju. Pokušajte da je zamislite što življe.
2. Pomoću date skale, ocenite vjerovatnoću da ukoliko VI osetite navedenu senzaciju, ona može dovesti do toga da se VAMA desi nešto loše, kao na primer da umrete, poludite, izgubite kontrolu, da Vas ismeu ili odbace. Nema tačnih, ni pogrešnih odgovora, i svi odgovori će ostati anonimni. Molimo Vas da obratite pažnju:
Ne procenjujemo da li osećate ove senzacije kao rezultat anksioznosti. Želimo da procenimo da li verujete da senzacije povezane sa anksioznošću mogu da dovedu do toga da vam se nešto loše desi.

Stavka za vežbu:

Zamislite da osećate sledeću senzaciju. Koja je vjerovatnoća da ova senzacija DOVEDE do toga da se VAMA nešto LOŠE desi? Zaokružite broj koji najbolje pokazuje vaš izbor:

nimalo verovatno malo verovatno veoma moguće

0. Nestabilni ste na nogama. 1 2 3 4 5 6 7

Pri nego što odgovorite na sledeća pitanja, molim vas da napišete oznaku „X“ na slobodnoj liniji, ukoliko ste razumeli pročitana uputstva: _____.

Ukoliko niste razumeli uputstvo, molim Vas da pitate za pojašnjenje.

Koja je vjerovatnoća da će navedene senzacije DOVESTI do toga da Vam se nešto LOŠE desi?

		nimalo verovatno malo verovatno veoma moguće						
1.	Srce Vam snažno kuca.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mislite sporije nego inače.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Imate osećaj kao da ne možete duboko da udahnete.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Vaš stomak pravi glasne zvukove.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Ruke su Vam utrnule.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Osećate bol u grudima.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Misli su Vam zbrkane.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Srce Vam tako glasno lupa, da možete da ga čujete.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Imate osećaj kao da ste u magli.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Obuzimaju Vas vrući talasi.	1	2	3	4	5	6	7

11.	Imate dijareju.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Napeti ste i lako Vas je uplašiti.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Uporno Vas ometaju neželjene misli.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Srce Vam ubrzano kuca.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Imate osećaj kao da se gušite.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Osećate grč u stomaku.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Osećate utrnulost svuda po telu.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Misli Vam ubrzano prolaze kroz glavu.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Bez daha ste, iako niste vršili nikakav fizički napor.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Otkucaji srca Vam odzvanjaju u ušima.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Imate osećaj kao da Vam nešto stoji u grlu.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Imate osećaj da Vam je telo čudno ili drugačije.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Lice Vam se znoji, iako Vam nije vruće.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Glas Vam podrhtava.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Ne možete da se fokusirate na zadatak.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Imate poteškoće sa gutanjem.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Boli Vas stomak.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Osećate peckanje u grudima (gorušicu).	1	2	3	4	5	6	7
29.	Poznata okruženja Vam deluju čudno ili nestvarno.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Imate osećaj da se gušite.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Osećate pulsiranje otkucaja srca u grlu.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Imate zatvor.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Čini Vam se da ćete se onesvestiti.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Srce Vam sporije kuca.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Drhtite, iako Vam nije hladno.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Ne možete jasno da razmišljate.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Imate knedlu u grlu.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Povraća Vam se.	1	2	3	4	5	6	7

39.	Budni ste, ali se osećate ošamućeno.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Stomak Vam je uznemiren.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Teško se prisećate stvari.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Srce Vam nepravilno kuca.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Usta su Vam utrnula.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Imate osećaj da Vam je „stao mozak“.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Osećate stezanje u grlu.	1	2	3	4	5	6	7
46.	Rasejani ste.	1	2	3	4	5	6	7
47.	Osećate se kao da nemate dovoljno vazduha.	1	2	3	4	5	6	7
48.	Pocrveneli ste u licu.	1	2	3	4	5	6	7
49.	Osećate se naduveno.	1	2	3	4	5	6	7
50.	Osećate mučninu (muka Vam je).	1	2	3	4	5	6	7
51.	Srce vam preskače.	1	2	3	4	5	6	7
52.	Lice Vam je utrnulo.	1	2	3	4	5	6	7
53.	Trzaju Vam mišići lica.	1	2	3	4	5	6	7
54.	Lako izgubite pažnju.	1	2	3	4	5	6	7
55.	Osećate stezanje u grudima.	1	2	3	4	5	6	7
56.	Teško se koncentrišete.	1	2	3	4	5	6	7
57.	Morate da urinirate češće nego obično.	1	2	3	4	5	6	7
58.	Ruke Vam se tresu.	1	2	3	4	5	6	7
59.	Imate osećaj kao da ne možete dobro da dišete.	1	2	3	4	5	6	7
60.	Imate osećaj kao da se sve oko Vas vrti (vrtoglavica).	1	2	3	4	5	6	7

Prilog br. 5.

INDEKS OSETLJIVOSTI NA ANKSIOZNOST-3 (ASI-3)

Molimo Vas da zaokružite broj koji najbolje odgovara tome koliko se slažete sa svakom rečenicom. Ukoliko se stavka odnosi na nešto što nikada niste doživeli (na primer, nikada se niste onesvestili u javnosti), odgovorite na osnovu toga kako mislite da biste se osećali da ste imali takvo iskustvo. Na sve ostale stavke odgovarajte na osnovu sopstvenog iskustva. Vodite računa da zaokružite **samo jedan broj** koji tačno pokazuje koliko Vas ta rečenica opisuje.

Molimo Vas da odgovorite na svako pitanje.

	Koliko tačno Vas opisuje svaka rečenica?	nimalo tačno	malo	umereno	prilično	potpuno tačno
1.	Važno mi je da ne izgledam uznemireno.	0	1	2	3	4
2.	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.	0	1	2	3	4
3.	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa.	0	1	2	3	4
4.	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan	0	1	2	3	4
5.	Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak.	0	1	2	3	4
6.	Kada imam drhtavicu u prisustvu drugih ljudi, plašim se šta bi oni mogli da pomisle o meni.	0	1	2	3	4
7.	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno).	0	1	2	3	4
8.	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt.	0	1	2	3	4
9.	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.	0	1	2	3	4
10.	Kada sam rasejan/a brinem da sam mentalno oboleo/la.	0	1	2	3	4
11.	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.	0	1	2	3	4
12.	Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom.	0	1	2	3	4

13.	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni.	0	1	2	3	4
14.	Kada mi misli brzo naviru, brinem da ću poludeti.	0	1	2	3	4
15.	Kada osetim stezanje u grlu, brinem da bih se mogao/la ugušiti.	0	1	2	3	4
16.	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom.	0	1	2	3	4
17.	Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.	0	1	2	3	4
18.	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.	0	1	2	3	4

Prilog br. 6.

UPITNIK ZA PROCENU OSETLJIVOSTI NA ANKSIOZNOST (OnA)

Molimo Vas da zaokružite broj koji najbolje odgovara tome koliko se slažete sa svakom tvrdnjom. Ukoliko se stavka odnosi na nešto što nikada niste doživeli (na primer, nikada se niste onesvestili u javnosti), odgovorite na osnovu toga kako mislite da biste se osećali da ste imali takvo iskustvo. Na sve ostale stavke odgovarajte na osnovu sopstvenog iskustva. Vodite računa da zaokružite **samo jedan broj** koji tačno pokazuje koliko Vas ta rečenica opisuje. Molimo Vas da odgovorite na svako pitanje.

	Koliko tačno Vas opisuje svaka rečenica?	nimalo tačno	malo	umereno	prilično	potpuno tačno
1.	Uplašim se kada ostanem bez daha.	0	1	2	3	4
2.	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.	0	1	2	3	4
3.	Važno je da ne izgledam uznemireno.	0	1	2	3	4
4.	Kada osetim da nemam dovoljno vazduha, plašim se da bih se mogao/la ugušiti.	0	1	2	3	4
5.	Kad sam uznemiren/a, brinem da bih mogao/la biti mentalno bolestan/a.	0	1	2	3	4
6.	Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima.	0	1	2	3	4
7.	Kada osetim stezanje u grlu brinem da bih se mogao/la ugušiti.	0	1	2	3	4
8.	Kada mi misli brzo naviru brinem da ću poludeti.	0	1	2	3	4
9.	Verujem da bi bilo užasno da povraćam u javnosti ili pred ljudima.	0	1	2	3	4
10.	Kada imam problema sa gutanjem, brinem se da bih mogao/la da se zadavim.	0	1	2	3	4
11.	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom.	0	1	2	3	4
12.	Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.	0	1	2	3	4

13.	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.	0	1	2	3	4
14.	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.	0	1	2	3	4
15.	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni.	0	1	2	3	4
16.	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.	0	1	2	3	4

Prilog br. 7.

Prikaz ajtema raspoređenih po operacionalizacijama konstrukta osetljivost na anksioznost

	Ajtemi	ASI	ASI-R	ASI-3
1.	Važno je da ne izgledam uznemireno.			
2.	Kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak, brinem da ću da skrenem s uma.			
3.	Uplašim se kada počnem da drhtim.			
4.	Uplašim se kada mi se vrti u glavi.			
5.	Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima.			
6.	Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa.			
7.	Sramota me je kad mi stomak krči.			
8.	Uplašim se kada mi je muka u stomaku.			
9.	Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar.			
10.	Uplašim se kada ostanem bez daha.			
11.	Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan.			
12.	Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak.			
13.	Drugi ljudi primete kada drhtim.			
14.	Neobični telesni simptomi me plaše.			
15.	Kad sam uznemiren, brinem da bih mogao biti mentalno bolestan.			
16.	Plaši me kada sam uznemiren.			

17.	Kada osetim da nemam dovoljno vazduha, plašim se da bih se mogao/la ugušiti.			
18.	Osećaj gušenja me plaši.			
19.	Kada osetim stezanje u grudima, plašim se da neću moći da dišem pravilno (normalno).			
20.	Kada osetim stezanje u grlu brinem da bih se mogao/la ugušiti.			
21.	Kada počnem nepravilno da dišem, plašim se da će se nešto loše dogoditi.			
22.	Kada imam problema sa gutanjem, brinem se da bih mogao/la da se zadavim.			
23.	Plaši me kada mi moje okruženje izgleda čudno ili nestvarno.			
24.	Plaši me kada imam osećaj da moje telo izgleda čudno ili na neki način drugačije.			
25.	Važno mi je da ne izgledam uznemireno.			
26.	Verujem da bi bilo užasno da povraćam u javnosti ili pred ljudima.			
27.	Mislim da bi bilo užasno da se u javnosti onesvestim.			
28.	Brinem da bi drugi ljudi mogli da primete moj strah.			
29.	Kada imam drhtavicu u prisustvu drugih ljudi, plašim se šta bi oni mogli pomisliti o meni.			
30.	Kada počnem da se znojim pred ljudima, plašim se da će oni misliti loše o meni.			
31.	Užasava me kada pocrvenim pred ljudima.			
32.	Kada osetim jak bol u stomaku, brinem da bi to mogao da bude rak.			
33.	Kada osetim pulsiranje u glavi, brinem da bih mogao/la da imam moždani udar.			
34.	Kada moje srce ubrzano kuca, brinem da bi to mogao biti infarkt.			
35.	Kada mi lice utrne brinem da imam moždani udar.			
36.	Kada osetim bol u grudima, brinem da ću dobiti infarkt.			

37.	Kada osetim vrtoglavicu, brinem da nešto nije u redu sa mojim mozgom.			
38.	Kada osetim da mi srce preskače, brinem da nešto ozbiljno nije u redu sa mnom.			
39.	Kada imam dijareju, brinem da nešto nije u redu sa mnom.			
40.	Plaši me kada osećam trnjenje i peckanje u rukama.			
41.	Kada sam rasejan/a brinem da sam mentalno oboleo/la.			
42.	Kada mi misli brzo naviru brinem da ću poludeti.			
43.	Kada ne mogu jasno da razmišljam, brinem da nešto nije u redu sa mnom			
44.	Kada mi „stane mozak“, zabrinem se da nešto ozbiljno ne valja sa mnom.			

Biografija

Helena Rosandić, rođena je 12.07.1979. godine u Nikšiću. U rodnom gradu, gde trenutno živi i radi, je završila Osnovnu školu "Ratko Žarić" i Gimnaziju "Stojan Cerović", kao odličan učenik.

Nakon završenog srednjeg obrazovanja, 1998. godine, Helena je upisala studije psihologije, na Filozofskom fakultetu u Beogradu, gde je diplomirala na temu: "Grupna dinamika i karakteristična emocionalna stanja kao faktori postignuća u ekipnim sportovima". Nakon osnovnih studija, upisala je i završila master studije na Filozofskom fakultetu u Beogradu, na Odeljenju za psihologiju, odbranivši rad na temu: "Upotreba Vekslerovog individualnog testa inteligencije u diferencijalno dijagnostičke svrhe".

Tokom treće godine studija volontirala je na Klinici za psihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević", Sektor Padinska Skela. Nakon završenih osnovnih studija, provela je godinu dana stažirajući kao volonter na Klinici za psihijatriju, KBC Srbije.

Od 2008. godine zaposlena je kao psiholog na Odeljenju psihijatrije, u JZU Opštoj bolnici u Nikšiću. Njene primarne oblasti rada su psihodijagnostika i psihoterapija. Od 2009. godine angažovana je kao stručni saradnik na Studijskom programu za psihologiju, na Filozofskom fakultetu u Nikšiću, na Univerzitetu Crne Gore. Od 2004. godine kontinuirano se edukuje u oblasti psihoterapije (racionalno-emotivno i kognitivno-bihevioralna terapija, sistemska porodična, ACT, CFT). Od 2008. godine Helena se bavi psihoterapijskim radom u svojoj privatnoj praksi.

2011. godine upisala je doktorske studije na Filozofskom fakultetu u Beogradu, na Odeljenju za psihologiju, koje je završila izradom rada pod nazivom: "Osetljivost na anksioznost: psihometrijske karakteristike i faktorska struktura različitih mera konstrukta u kliničkoj populaciji", pod mentorstvom prof. dr Tatjane Vukosavljević-Gvozden.

Do sada, Helena je objavila četiri naučna rada i imala dvadeset usmenih saopštenja na domaćim i inostranim naučnim skupovima. U okviru naučnog istraživanja najviše je zainteresovana za eksperimentalna istraživanja u oblasti kliničke psihologije i psihoterapije.

U okviru svoje privatne prakse Helena primenjuje tehnike iz kognitivno-bihevioralne i sistemske porodične terapije i srodnih pristupa u radu sa klijentima. U

svojoj psihoterapijskoj praksi Helena se specijalizovala za rad sa anksioznim poremećajima.

Helena je direktor i osnivač NVO “Psihološki centar ABC”, organizacije usmerene na prevenciji i zaštiti mentalnog zdravlja u zajednici. Saradnik je i autor psiholoških članaka na portalu “zenasmaja.me”, koji je namenjen širokoj populaciji i koji na edukativan način potpomaže psihološku prevenciju i samopomoć.

Od 2011. godine, sudski je veštak.

Prilozi B

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Ime i prezime autora _____ Helena Rosandić

Broj indeksa _____ 4P11-14

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

„Osjetljivost na anksioznost: psihometrijske karakteristike i faktorska struktura različitih mera konstrukta u kliničkoj populaciji“

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada;
- da disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za sticanje druge diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova;
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio/la intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis autora

U Beogradu, _____

Prilog 2.

Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora _____ Helena Rosandić

Broj indeksa _____ 4P11-14

Studijski program _____ Psihologija

Naslov rada _____ „Osjetljivost na anksioznost: psihometrijske karakteristike i faktorska struktura različitih mera konstrukta u kliničkoj populaciji“

Mentor _____ dr Tatjana Vukosavljević-Gvozden

Izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la radi pohranjena u **Digitalnom repozitorijumu Univerziteta u Beogradu.**

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog naziva doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis autora

U Beogradu, _____

Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom: *Osjetljivost na anksioznost: psihometrijske karakteristike i faktorska struktura različitih mera konstrukta u kliničkoj populaciji*

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim priložima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalnom repozitorijumu Univerziteta u Beogradu i dostupnu u otvorenom pristupu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo (CC BY)
2. Autorstvo – nekomercijalno (CC BY-NC)
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerada (CC BY-NC-ND)
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima (CC BY-NC-SA)
5. Autorstvo – bez prerada (CC BY-ND)
6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima (CC BY-SA)

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci.

Kratak opis licenci je sastavni deo ove izjave).

Potpis autora

U Beogradu, _____
