

Klaszteralapú Big Five személyiségprototípusok kapcsolata patológias mutatókkal

A DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) legújabb, ötödik kiadásának várható megjelenése előtti évben járva érdekes tendenciákra figyelhet fel az ember, ha a pszichopatológia és a személyiségpszichológia határterületére kalandozik.

Olyan két tudományágról van szó, melyek közös gyökerekből indultak, azután sokáig inkább egymástól függetlenül, párhuzamosan haladtak a maguk útján, és amelyek az utóbbi időben ismét közeledni látszanak egymáshoz (Krueger & Tackett, 2003). Az idők során kialakult felfogásmódbeli eltérésekre jó példa, hogy míg a pszichopatológia és a pszichiáterek elsősorban elkülönülő kórképekben, tehát kategóriákba való besorolásban gondolkodnak, addig a pszichológusok a személyiség folytonosságát hangsúlyozzák, és így az egyének közötti, differenciáldiagnosztikai jelentőségű különbségek helyett nagyobb hangsúlyt fektetnek az individuális, egyéni belüli különbségekre (Lenzenweger, 2010).

Most úgy tűnik, e két alapvetően eltérő szemlélet sokat ígérő kölcsönhatásba kezd lépni egymással: a minőségileg eltérőként kezelt diagnózisok esetében a mennyiségi átmenet, vagyis a dimenzionalitás figyelembe vétele (Kraemer, Kupfer, Narrow, Clarke & Regier, 2010), a személyiségvonások elemzésénél pedig a különböző vonáskonstellációkból adódó személyiségprototípusokban való gondolkodás (Sava & Popa, 2011), tehát egyfajta kategorikus megközelítés válik egyre inkább a tudományos diskurzus részévé.

Az utóbb említett törekvésnek, vagyis az egyes személyiségvonások korrelátumainak vizsgálatán túlmutató, a személyiséget vonások dinamikus rendszerében megragadó megközelítésnek a European Journal of Personality egy egész különszámot szentelt, melyben az elméleti-módszertani keretek lefektetése mellett összehangolt vizsgálatokkal igyekeztek alátámasztani, hogy egyes személyiségprototípusok megbízhatóan fellelhetők különböző mintákban (Asendorpf, 2002). A másik, párhuzamosan zajló szemléletváltás jelentőségét pedig mi sem bizonyítja jobban, mint hogy az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) gondozásában készülő DSM-V bizonyos hagyományos diagnosztikai kategóriák, így például a személyiségzavarok esetében vonásalapú, dimenzionális szempontrendszerrel egészül majd ki (APA, 2011).

Az alábbiakban e két, érdekesen kapcsolódó törekvés mentén szeretném megvizsgálni pszichopatológia és személyiségpszichológia, típus és vonás, kategória és dimenzió viszonyát, illetve azt, hogy a személyiség leírásának ezen eltérő módszerei miként képesek bejósolni egyes patológiás mutatókat egy nemklinikai magyar mintán.

A lelki betegségek nyomában

A mentális zavarokról való gondolkodás igen változatos és több szálról induló történetének kezdetei a korai ember mitikus-spirituális világképébe ágyazódnak: a legősibb kultúrák a különös, szokatlan viselkedés okát – más meg nem értett jelenségekhez hasonlóan – külső, emberfeletti forrásban keresték (Millon & Simonsen, 2010). A szellemek, démonok és boszorkányságok sokáig meghatározták az emberek abnormalitásról alkotott hiedelmeit, és bizonyos kultúrákban még ma is számolnak efféle erőkkal (Helman, 2003). Ugyanakkor már jóval korábbi idők gondolkodói is megfogalmaztak olyan feltevéseket, melyek korukon túlmutatva, a modern, tudományos felfogás előfutáiraiként említhetők. Ilyen például a testnedvekhez kötődő személyiségtipológia, amely Maher és Maher szerint (idézi Vachon & Bagby, 2009) tekinthető az első olyan modellnek, amelyben egyesül pszichopatológia és személyiséglélektan.

Bár a humorális elképzelést Hippokratész, illetve Galénosz nevéhez szokták kapcsolni, Indiában valószínűleg már ezt megelőzően is elterjedt volt az a nézet, hogy különböző ételek három dosha, vagyis testnedv, a vata, pitta és kapha révén befolyásolják az elmét és a személyiségjellemzőket, melyekhez tipikus mentális problémákat is rendeltek (Millon & Simonsen, 2010). Hippokratész rendszerében a haima (vér), a kholé (sárga epe), a melankholé (fekete epe), illetve a phlegma (nyálka) egyensúlyának megbomlása, az egyik testnedv túltengése okoz temperamentumbéli szélsőségeket, ezáltal pedig eltérő személyiségképeket, melyeket Galénosz rendre szangvinikus, kolerikus, melankolikus, illetve flegmatikus típusnak nevezett el (Vachon & Bagby, 2009).

Ez a fajta leírás tűnhet pusztán történelmi érdekességnek, felvetései azonban – kissé más kontextusban – máig aktuálisak, és több kortárs tudományterület fókuszában állnak. Így például a hormon- és neurotranszmitter-kutatások végtére is éppúgy a mentális állapotot is befolyásoló belső, kémiai folyamatok feltérképezését tűzik célul (Millon & Simonsen, 2010). A továbbra is sokat vizsgált temperamentum emellett szorosan kapcsolódik a személyiség fogalmához, olyannyira, hogy a két konstruktum meghatározásakor bizonyos komponensek – mint például az extraverzió vagy a negatív affektivitás – mindkét oldalon felmerülnek a különböző szerzőknél (Rothbart, 2007). A két említett fogalom közti átfedés nem meglepő, ha a temperamentumra úgy tekintünk, mint a személyiség kezdeményére, egy alapvetően biológiailag determinált reakciómódra, melynek talaján a személyiség fejlődik, adaptív vagy maladaptív irányban (Thomas, Chess, & Birch, 1970).

Mindezek alapján valóban mondhatjuk, hogy a patológiába hajló viselkedés és az egyénre általánosságban jellemző személyiségvonások egységes szemlélete ókori alapokon nyugszik. Az, hogy ma ez az egység, személyiség és betegség összefonódása kevésbé tűnik egyértelműnek, lehet, hogy pusztán eltérő módszertani fejleményekből adódik. Az évszázadok során ugyanis számos paradigma született arra nézve, miként konceptualizálható a mentális zavarok kialakulása, frenológiától a tudattalanig, genetikától a kognitív sémákig (Millon & Simonsen, 2010).

Amit jelen vizsgálat szempontjából érdekes szemügyre venni, az az, hogy hová fejlődött a pszichiátriai diagnosztika, illetve a személyiségről való gondolkodás: hogyan néz ki a modern pszichopatológia alapjául szolgáló, jelenlegi nozológiai rendszer, és hogyan illeszthető (újra) ebbe a keretbe a mentális zavarok tárgyalásából valamelyest kiszorult, de izgalmas új irányokat felvillantó személyiségpszichológiai szemlélet.

Diagnosztikai rendszerek és kritikáik

Az ókortól kezdve számtalan név és az egyes nevekhez kötődő elméletek, csoportosítások és ellenvélemények jelzik, hogy nem könnyű konszenzusra jutni azzal kapcsolatban, milyen alapokra is kellene helyezni a mentális zavarok diagnosztikáját (a különböző megközelítésekről kimerítő áttekintést nyújt Millon & Simonsen, 2010). Ugyanakkor mindig is voltak egységesítő törekvések, melynek eredményeképp a bábeli zűrzavar csökkent, és így mára a pszichiátriai kórképeket lényegében két nemzetközileg széles körben alkalmazott taxonómia alapján írják le.

A World Health Organization (WHO) valóban a globális közmegegyezést célul tűzve kezdeményezte az egészségügyi rendellenességek rendszerbe foglalását (Blashfield, Flanagan, & Raley, 2010). A röviden ICD-ként emlegetett International Classification of Diseases (Betegségek Nemzetközi Osztályozása, BNO) – külön fejezetet szentelve a mentális zavaroknak – elsőként kínált alapot a pszichiátriai diagnosztika egységesítésére, azonban akkoriban kevés ország volt befogadó a javaslattal kapcsolatban, és inkább határaikon belül igyekeztek kialakítani egy stabil diagnosztikai szempontrendszert (Stengel, 1959).

Ez volt a helyzet az Amerikai Egyesült Államokban is, ahol pszichoanalitikus gondolkodású William Menninger katonai pszichiáterként fejlesztette ki a Medical 203 nevű klasszifikációs rendszert, mely lényegében az 1952-ben publikált DSM-I alapjául szolgált (Blashfield et al., 2010). Amint Blashfield és munkatársai (2010) kiemelik, a DSM első

verziója leginkább a klinikai gyakorlat megsegítésére szolgált, és inkább iránymutatásnak szánták, mintsem szigorú tudományos szabályrendszernek a kórképek éles elkülönítésére.

Mégis, az idők során a DSM és a diagnosztikai eljárás is egyre inkább az utóbbi igényeknek megfelelően alakult, mely egyben az idiografikus, vagyis az egyén intrapszichés dinamikájára koncentráló felfogásmódtól a nomotetikus megközelítés felé történő eltolódást is jelentette (Millon & Simonsen, 2010). Ezt az objektívizáló tendenciát jól szemlélteti Alarcón (2010), amikor sorra veszi a pszichiátria egyes korszakait meghatározó eszméáramlatokat és paradigmákat, a fenomenológiától az epidemiológiai-statisztikai megközelítésig. Megfigyelhető, ahogy az idők során az egyes esetek egyedi jellegéről és intuitív megértéséről a hangsúly áttevődött a felfedezett tünetegyüttesek általánosíthatóságára, a diagnosztikai kategóriákban való gondolkodásra (Millon & Simonsen, 2010).

A DSM-III és utódai már egyértelműen követik a tudományosság modern elvárásait (Gone & Kirmayer, 2010), mely felfogásbeli változáshoz politikai-gazdasági tényezők is hozzájárultak, hosszú távon meghatározva a mentális zavarok diagnosztizálásának és kezelésének jövőjét (Mayes & Horwitz, 2005). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság klasszifikációs rendszere mára nemzetközi szinten is elterjedté vált, mellyel a BNO is nehezen tart lépést, már csak azokból a szerkezeti és működési eltérésekből adódóan is, amelyek az APA számára sokkal dinamikusabb fejlődési lehetőségeket teremtenek, mint a WHO esetében (Alarcón, 2010).

A rendszer azonban nem maradt kritika nélkül. A kritikák idővel nem a mentális zavarok osztályozásának alátámasztására segítségül hívott tudományokat és azok módszereit érintették, hanem magát az osztályozási elvet, vagyis a rendszer alapvető koncepcióját kérdőjelezték meg, elsőként a személyiségzavarok esetében (Lynam & Widiger, 2001). Az észrevételek arra vonatkoztak, hogy bár a „minőségileg elkülönülő klinikai szindrómákban” (APA, idézi Mullins-Sweatt & Widiger, 2009, p. 652) való gondolkodás gyakorlati szempontból előnyös, ritkán húzható ilyen éles határ személyiségzavar-típusok között. Ez megmutatkozik a DSM-kategóriákkal járó magas komorbiditás, pontosabban a különböző diagnózisok „együttes előfordulásának” (co-occurrence) problémájában (Vachon & Bagby, 2009, p. 613.). Skodol (idézi Vachon & Bagby, 2009) közlése szerint a személyiségzavar diagnózissal rendelkezők felét jellemzően egynél több típusba sorolják be.

Ahogy már utaltunk rá, az efféle problémák lehetséges megoldásához, mindenesetre egy újragondolt, árnyaltabb szemléletű DSM létrejöttéhez a személyiségpszichológia és a vonáslapú felfogás felől érkezett inspiráció. Az alábbiakban épp ezért arról lesz szó, honnan indult a személyiség mérése, és hogyan alakult viszonya a pszichopatológiával.

Egészséges és patológiás személyiség

A személyiségpszichológia szó használatakor fontos szem előtt tartani, hogy az számos megközelítés és elmélet gyűjtőfogalmául szolgál, amit az ebben a témában született különböző, összegző jellegű könyvek tematikája is jól szemléltet (Cloninger, 2009). Carver és Scheier (2006) például a személyiséget – Allport 1961-es definícióját némileg módosítva – a következőképp határozza meg: „A személyiség a személyen belüli pszichofizikai rendszerek olyan dinamikus szerveződése, amely a személyre jellegzetes viselkedés-, gondolat- és érzésmintázatokat létrehozza”.

A definíció sokrétűségének tükrében különösen érdekesnek tűnik a korábban már említett, többek által is kiemelt tény, miszerint a személyiségpszichológia jó ideig távol maradt a mentális zavarok vizsgálatától (Krueger & Tackett, 2003). Mégis, Allport például határozottan elutasította a pszichoanalízis feltevéseit, és a Freud által hangsúlyozott tudattalan konfliktusok, illetve a belőlük fakadó patológiák elemzése helyett az érett, egészséges személyiség megismerését helyezte előtérbe, melynek leírásához a viselkedést konzisztensen bejósoló vonásokat javasolta kiindulási pontként (Mirnics, 2006). Allport tehát távolodott a lelki zavarok pszichológiájától, az ő alapvetései nyomán kialakuló vonáselméletek és a hozzájuk kapcsolódó személyiségmérő eljárások pedig meghatározó paradigmává nőttek ki magukat a személyiségpszichológiában (Deary, 2009).

Több más elméletalkotó, így például Cattell is azon a véleményen volt, hogy a patológiás jelenségeket külön kell vizsgálni a normál személyiségtől (Corr & Matthews, 2009), mint ahogy létre is jöttek olyan, az abnormális vonások mérésére szolgáló tesztek, mint az MMPI (Buchanan, 1994), és mint ahogy a személyiségpszichológia uralkodó koncepciójának, az ötfaktoros modellnek (Big Five) egyik legelterjedtebb mérőeszközét, a NEO Personality Inventory-t is felnőtt, egészséges mintára alakították ki (Mirnics, 2006).

Azonban pont a vonások dimenzionális jellegéből adódóan merül fel minden vonáselmélet esetén, hogy az egyes kontinuumok szélsőséges értékei patológiába hajló folyamatokról árulkodhatnak (Mirnics, 2006), ahogyan például Eysenck a neurotikus és pszichotikus zavarokat a neuroticizmus és pszichoticizmus skálák végpontjain helyezte el (Corr & Matthews, 2009). E megközelítés szerint tehát az egészséges és patológiás személyiségvonások között folytonos az átmenet, a köztük lévő különbséget pedig mennyiségi eltolódás eredményezi (Widiger & Mullins-Sweatt, 2009).

Ennek az átfogó szemléletnek fontosságát hangsúlyozza Cloninger is, kritikával illetve az ötfaktoros modellt, szerinte ugyanis a Big Five dimenziói nem alkalmasak klinikai diagnózis

felállítására (Rózsa, Kállai, Osváth, & Bánki, 2005). Saját pszichobiológiai személyiségmodelljével épp ezért olyan integratív keretet javasol, mely alkalmas az egészséges személyiség összetevői mellett a pszichiátriai zavarok, illetve a mögöttük meghúzódó neurobiológiai és tanuláselméleti mechanizmusok megragadására (Rózsa et al., 2005). Cloninger különbséget tesz temperamentum és karakter között, melyek együttesen adják a személyiség összképét. Ahogy Rózsa és munkatársai (2005) összegzik, a temperamentum genetikailag kódolt és biológiailag erősen meghatározott, az életút során viszonylag stabil reakciómódokat ír le (ártalomkerülés, újdonságkeresés, jutalomfüggőség, kitartás), a karakter pedig olyan személyiségjellemzőket tartalmaz, melyek inkább belátásos tanulás révén, a szocializációval és a tapasztalatokkal bontakoznak ki (önirányítottság, együttműködési készség, transzcendenciaélmény). A temperamentum- és karakterfaktorok mérésére szolgáló Temperament and Character Inventory (TCI) segítségével Cloninger szerint – az egészséges személyiség működésmódjának feltárásán túl – azonosíthatók azok a patológiás vonások, melyek különböző kombinációival az összes személyiségzavar leírható, és amelyek más kórképek (például hangulatzavarok) tekintetében is diagnosztikus értékkel bírhatnak (Rózsa et al., 2005). Cloninger hétfaktoros modelljében tehát egyrészt érvényesül az egészséges és patológiás vonások kontinuum-felfogása, másrészt pedig a faktorok együttes értelmezésével típusokba és pszichiátriai kategóriákba való besorolást is lehetővé tesz. Így a nyolcvanas években kialakított modell lényegében elébe ment azoknak az integratív tendenciáknak, melyekről ez a dolgozat szól.

A mentális rendellenességek beépítése a modern személyiségfelfogás rendszerébe tehát egyáltalán nem új keletű ötlet. Az, hogy a pszichopatológia vonásalapú megközelítése csak mostanra kezd kanonizálódni, talán a személyiségpszichológián belüli stabil elméleti és módszertani konszenzus korábbi hiányának tudható be – az ötfaktoros modell mára azonban olyan konszenzuális keretként szolgál, amely a legtöbb kritikával szemben képes volt megvédeni magát (McCrae, 2009). Emellett egyre többször merült fel, hogy a Big Five modell összeegyeztetése a pszichopatológiával – Cloninger állításával szemben – egyáltalán nem lehetetlen.

A DSM kapcsán Costa és McCrae (1992) már a kilencvenes évek elején felvetették, hogy az ötfaktoros modell hasznos lehet a személyiségzavarok diagnosztizálásában, sőt, rögtön egy faktorokra épülő II. tengelyt javasoltak a kategória-alapú besorolás alternatívájaként. Azóta számos vizsgálat született ebben a témában, melyek eredményeképp az Amerikai Pszichiátriai Társaság kezdeményezte azt a már többször említett revíziót, mely során felméri annak

előnyeit és hátrányait, hogy „a DSM-V egy részét vagy egészét dimenziókra alapozzák kategóriák helyett” (Rounsaville et al., idézi Vachon & Bagby, 2009, p. 653.).

Az egyelőre biztosnak látszik tehát, hogy a személyiségzavarok diagnosztikájába beépül a személyiség dimenzionális szemlélete. Érdekes kérdés viszont, hogy a fent említett, hivatalosnak elkönyvelhető siker után milyen szerepet kaphat még a továbbiakban a személyiségpszichológia a pszichopatológia háza táján. A személyiségzavarok mellett vajon integrálható-e a személyiség konstruktuma más mentális zavarokról való gondolkodásba, és ha igen, hogyan?

Ennek megválaszolásához a Big Five modell mentén haladva először az egyes vonások és különböző kórképek kapcsolatáról szóló eredményeket tekintjük át, majd – miután láttuk, miként profitálhat a pszichopatológia a vonásalapú szemléletből – megnézzük, milyen új irányokat nyithat a személyiség ötfaktoros elmélete előtt a pszichopatológia megközelítéséhez való részleges idomulás, vagyis a kategória-alapú felfogás alkalmazása.

Vonások és kórképek kapcsolata

Ahogy már fentebb is szóba került, az egészséges személyiség és a mentális zavarok egységes rendszerbe foglalásának egyik ideális kapcsolódási pontját a személyiségzavarok jelentették: mostanra már számos cikk tárgyalja, miként egyeztethető össze a patológiás személyiség a Big Five normál tartományra vonatkozó felosztásával (Costa & McCrae, 1992; Widiger & Trull, 1992; Dyce, 1997; Widiger & Mullins-Sweatt, 2009).

Az ötfaktoros modell azonban, amint arra Trull és Sher (1994) is felhívja a figyelmet, a személyiségzavarok vizsgálata mellett a DSM I. tengelyének különböző kórképeivel is összeegyeztethető, és hasznos lehet ezen patológiák jellemzésében.

A hangulatzavarok és a Big Five viszonyáról például már egészen korán születtek olyan kutatások, melyek depressziós epizód idején, illetve azt megelőzően is a vizsgált személyek megemelkedett neuroticizmus-értékeiről, bipoláris zavarban szenvedőknél pedig a mániás állapottal összefüggésbe hozható magas nyitottság-pontszámról számoltak be (Mirnics, 2006). Egy utánkövetéses vizsgálat szintén a magas neuroticizmus-érték bejósoló erejét emeli ki depresszió esetén, illetve azt, hogy a kezelés negatív vagy pozitív kimenetele szempontjából meghatározó az extravertió dimenzión elért pontszám (Bagby, Joffe, Parker, Kalembe, & Harkness, 1995). Gyógyszeres kezelés hatékonyságát mérve például azt találták, hogy major depresszióval kezelt betegek NEO-PI pontértékei antidepresszívum hatására pár hónap alatt jelentős mértékben változtak: a neuroticizmus-érték csökkent, az extravertió és a

lelkiismeretesség skálán elért pontszám pedig nőtt (Harkness, Bagby, Joffe, & Levitt, 2002). Chioqueta és Stiles (2005) kutatása is az előzőekkel hasonló eredményre jutott: a neuroticizmus és a nyitottság pozitív, az extraverzió negatív viszonyban volt a depresszióval. A magas neuroticizmus a szuicid gondolatokat és a reménytelenség érzését is bejósolta, mely utóbbi skálával az extraverzió viszont negatív kapcsolatban állt (Chioqueta & Stiles, 2005).

Egy másik kutatásban kevert szorongásos és depressziós zavarral diagnosztizált személyek vonásait vizsgálták, akik az átlagpopulációhoz képest magasabb neuroticizmus és alacsonyabb barátságosság, illetve extraverzió értékekkel voltak jellemezhetők (Farnam, Farhang, Bakhshipour, & Niknam, 2011). Vachon és Bagby (2009) a szorongásos kórképek és a hangulatzavarok mögött álló esetlegesen eltérő személyiségstruktúrák kapcsán a hierarchikus vonáselméletek hasznosságát említi, amelyek alkalmasak lehetnek ezen zavarok elkülönítésére, és amelyekről alább még szó lesz.

Differenciáldiagnosztikai kérdéseket taglal az a cikk is, amely depressziósokat és kényszerbetegeket hasonlított össze: az obszesszív-kompulzív zavarban (OCD) szenvedők – bár az egészséges populáció értékeit meghaladták neuroticizmus tekintetében –, a depressziósokhoz képest alacsonyabb pontszámot értek el a neuroticizmus, és magasabb értéket az extraverzió, barátságosság és lelkiismeretesség dimenziókon (Rector, Hood, Richter, & Bagby, 2002). Rector, Richter és Bagby (2005) egy további cikkben specifikus tünetekre lebontva vizsgálták az OCD és az öt faktor, illetve azok alskáláinak kapcsolatát, és azt az eredményt kapták, hogy a gondolatokra való nyitottság alskálán elért alacsony pontszám a kényszerszorongások, míg a tettekre való alacsony nyitottság a kényszerszorongások súlyosabb megnyilvánulásával jár együtt.

Figyelemhiányos hiperaktivitással kapcsolatos vizsgálatok azt találták, hogy összefüggés van az ADHD és az alacsony lelkiismeretesség és barátságosság, illetve a magasabb neuroticizmus között (Martel, Goth-Owens, & Martinez-Torteya, 2010). Tovább árnyalja a képet, hogy a neuroticizmus, illetve a lelkiismeretesség dimenzió alacsony értékei inkább a figyelemzavar és szétszórtság tünetcsoporttal, az alacsony barátságosság pedig inkább a hiperaktivitással és impulzivitással áll kapcsolatban (Nigg et al., 2002). Emellett van olyan eredmény is, mely a magasabb extraverzió-értéket is bejósoló erejűnek találta ADHD esetén, ugyanakkor ez a kapcsolat a valószínűsíthető nemi különbségek mellett attól is függ, hogyan méri a figyelemzavart és a hiperaktivitást (Martel, Goth-Owens, & Martinez-Torteya, 2010).

Chapman és munkatársai egy skizofréniát és skizotípiát körüljáró kutatás keretében a NEO-PI tesztet is felvették vizsgálati alanyaikkal, és a nyitottság faktort találták meghatározónak mind a pozitív tünetek (magas nyitottság), mind pedig a negatív tünetek

(alacsony nyitottság) esetében (Chapman, Chapman, Kwapil, Ekblad, & Zinser, idézi Claridge 2009).

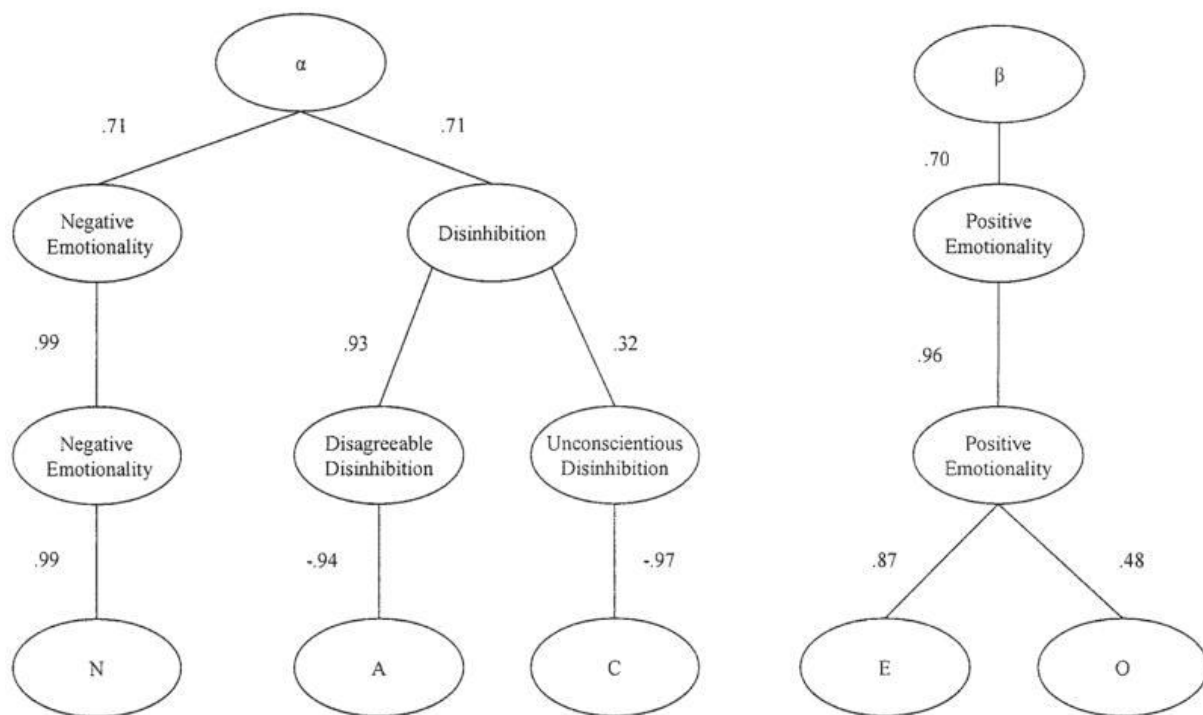
Ahogy utóbbi példából is látszik, és ahogy azt több szerző is felvetette, az egészséges személyiség leírására használt dimenziók közül van, amelyik kevésbé vagy egyáltalán nem informatív különböző patológiás állapotok feltérképezésénél (Vachon & Bagby, 2009). A személyiségzavarokhoz kapcsolódó kutatások egy meta-analízise például arról tanúskodik, hogy a nyitottság dimenziója számos vizsgálatban kiszorult az ötfaktoros struktúrából, és hogy a patológiás személyiség ennek megfelelően egy „Big Four” modellel írható le (O'Connor & Dyce, idézi Vachon & Bagby, 2009).

Markon, Krueger és Watson (2005) ezt a problémát igyekeztek áthidalni a normális és abnormális személyiségvonások hierarchikus modelljével, mely pont azon a feltevésen alapszik, hogy egészséges és patológiás egyének esetén a vonások eltérő struktúrájával, különböző szinteken ragadható meg a személyiséget meghatározó tényezők száma és jellege. Az 1. ábra szemlélteti ezt a négyes felosztást, melynek legalsó szintjén a normál személyiség Big Five szerinti faktorai, vagyis a neuroticizmus (N), barátságosság (A), lelkiismeretesség (C), extraverzió (E) és nyitottság (O) találhatók.

Az extraverzió és a nyitottság összevonásával kapott pozitív emocionalitás (Positive Emotionality) dimenzióval a faktorok száma négyre csökken, és megkapjuk a fentebb említett Big Four felosztást. A maradék három vonás lényegében az ötfaktoros modell valamely dimenziójának patológiás változata, ahol a negatív emocionalitás (Negative Emotionality) megfeleltethető a neuroticizmusnak, a barátságosság és a lelkiismeretesség vonások helyére azonban a velük ellentétes jelentésű komponensek kerülnek, melyeket barátságtalan gátlástalanságnak (Disagreeable Disinhibition) és lelkiismeretlen gátlástalanságnak (Unconscientious Disinhibition) lehetne fordítani.

Még eggyel magasabb szinten, a Big Three modellben e két utóbbi vonás egyetlen gátlástalanság (Disinhibition) faktorban egyesíthető, mely így a harmadik nagy dimenzió a negatív, illetve a pozitív emocionalitás mellett.

Végül, a legáltalánosabb Big Two felosztásában két fő faktorra vezethető vissza a személyiség alaprajza, melyek közül az egyik, Beta dimenzió egyenértékű a már Big Four modellben is jelen lévő pozitív emocionalitással, a másik, Alfa komponens pedig a gátlástalanságot is magában foglaló, általános negatív emocionalitásnak feleltethető meg.



1. ábra. Faktorkorrelációk a normális és abnormális személyiségvonások hierarchikus modelljében. Markon, Krueger, & Watson, 2005 nyomán.

Lényegében ennek megfelelő felosztást javasolt Clark és Carey is (Clark & Carey, idézi Vachon & Bagby, 2009), ahol a negatív affektivitás a szubjektív distressz általános dimenzióját jelöli, és olyan érzelmi állapotokat foglal magában, mint a félelem, bűntudat, szomorúság vagy a harag, míg a pozitív affektivitás az egyéni jóllét érzésében egyesíti a boldogságot, magabiztosságot, érdeklődést, és más pozitív állapotokat. Vachon és Bagby (2009). Ahogy fentebb már szóba került, egy ilyenfajta magasabb szinten általánosító modell hasznos lehet olyan patológiák elkülönítésében, és mögöttes tényezők megértésében, mint például a szorongásos, illetve a hangulatzavarok: a negatív affektivitás inkább egy olyan nonspecifikus faktornak tekinthető, mely mindkét típusú betegség kialakulásában szerepet játszhat, míg az anhedónia, vagyis a pozitív affektivitás alacsony szintje egyértelműbben azonosítható a depresszióra jellemző, sajátos komponensként (Watson & Tellegen, idézi Vachon & Bagby, 2009).

Látható, hogy az egyes dimenziók efféle hierarchikus csoportosítása a vonáselméleteknek egy olyan átgondolása, amely a személyiségmérés egyezményes kiindulópontjául szolgáló faktorok összevonásával igyekszik egy általánosabb szemszögből megragadni a személyiséget. Egy alternatív megközelítés másképp kísérli meg magasabb szinten leírni az egyén dinamikáját: megtartva az alapvető személyiségdimenziókat, de mintázatban, interakcióban szemlélve azokat.

Vonásalapú kategóriák: a személyiségprototípusok

Amint a fent említett kutatások is mutatják, és ahogy Sava és Popa (2011) is írja, a személyiség leírása és kutatása sokáig jellemzően a vonások izolált elemzésével és különféle korrelátumaiknak vizsgálatával történt. Ahogy a hétköznapiakban az ember hajlamos másokat egy-egy kiragadott tulajdonság mentén jellemezni, úgy e felfogás szerint az egyes vonások is megfeleltethetők egy adott személy valamilyen általános sajátosságának – mint például a magas barátságosság skálaérték a kedves, udvarias jellemnek (Sava & Popa, 2011). Ugyanakkor ez a szemlélet nem veszi figyelembe a faktorok interakcióit, melyek fontosak lehetnek a személyiség árnyaltabb, pontosabb leírása szempontjából: így például sokkal valószínűbb, hogy mások barátságosként jellemeznék azokat a személyeket, akik a barátságosság dimenzió mellett az extravenzió faktoron is magas pontszámot érnek el, míg azokat, akiknél a magas barátságossághoz alacsony extravenzió-érték társul, inkább neveznék alkalmazkodónak, konformistának (Sava & Popa, 2011).

Egy efféle rendszerszemlélet mellőzésével a vonáselmélet valamelyest ellentmondásba kerül saját gyökereivel, hiszen Allport már a kezdetekben hangsúlyozta, hogy a személyiségről mint dinamikus kölcsönhatások rendszeréről kell gondolkodni (Cloninger, 2009). A már említett cloningeri megközelítés mellett más olyan elméletek és mérőeljárások is születtek, melyek ebben a szellemben, egyfajta Gestaltként, kerek egészként próbáltak megfogni és körülírni különböző személyiségtípusokat – ilyen például a Myers-Briggs-féle típuselmélet, mely dimenzionális mérés alapján sorolja be az egyéneket különböző lélektani tulajdonsággal jellemezhető kategóriákba (Mirnics, 2006; Reece, 2009). A jungi alapokon nyugvó megközelítés azonban erősen elméleti meghatározottságú, és más karaktertipológiák is inkább racionális, mintsem a tudományosság kritériumainak megfelelőbb empirikus úton alakították ki felosztásaikat, így sosem váltak igazán elismertté (Reece, 2009).

A közelmúltban azonban a személyiségpszichológia főáramában is nyomon követhető egy olyan törekvés, mely a tudományos kutatásokat meghatározó változóközpontú szemléletet integrálná egy olyanfajta személyközpontú felfogással, amely az egyén vonásait mintázatban vizsgálva, eltérő konstellációk alapján határoz meg különböző személyiségprototípusokat (Asendorpf, 2002; Sava & Popa, 2011).

Ezek a kutatások rendszerint hivatkoznak Jack és Jeanne Block és munkájára, akik már empirikus módszerrel, Q-rendezéssel és Q-faktoranalízissel határoztak meg három, időben stabilnak mutató kategóriát, a reziliens, a túlkontrollált és az alulkontrollált személyiségtípust (Sava & Popa, 2011). Ezek a típusok illeszkednek Block és Block ego-

kontroll és ego-reziliencia fogalmaihoz (Block, idézi Gramzow et al., 2004). Az ego-kontroll dimenziója azt méri fel, hogy az egyén milyen mértékben tartja gátlás alatt érzelmi impulzusait és motivációit; az ego-reziliencia pedig arra utal, hogy mennyire képes egy személy rugalmasan és adaptív módon alkalmazkodni környezete elvárásaihoz (Berry, Elliott & Rivera, 2008). Bár a skálavégpontokkal való jellemzés kétszer kettő, vagyis négy kategóriát eredményezne, Block és Block (idézi Asendorpf, Borkenau, Ostendorf, & van Aken, 2001) meglátása szerint a nagyon magas és a nagyon alacsony ego-kontroll egyaránt alacsony ego-rezilienciával párosul. Így a reziliencia tulajdonképpen olyan dimenziónak tekinthető, amely, ha lefelé haladunk rajta, két ágra oszlik, és a túlkontrollált, illetve alulkontrollált típusokba torkollik. A felosztás ezen hibrid jellegét, dimenziók és kategóriák viszonyát Asendorpf és van Aken (1999) empirikus kutatása is megerősítette.

A magas ego-rezilienciával jellemezhető, tehát reziliens egyén képes saját általános ego-kontroll szintjét az egyes szituációknak megfelelően változtatni, vagyis egy alulkontrolláltságra hajlamos személy adott helyzetben ideiglenesen visszatárhathatja expresszív hajlamait (pl. ha vizsgaidőszakban ellenáll a társasági élet csábításának, és feladataira koncentrálnak), egy túlkontrolláltság felé hajló személy pedig átmenetileg képes lehet fokozni külvilágnak szóló megnyilvánulásait (pl. gátlásossága ellenére felkérhet valakit táncra, ha úgy kívánja a helyzet) (Gramzow et al., 2004). Az alacsony rezilienciával rendelkező személyek viszont kevésbé képesek elszakadni a rájuk jellemző ego-kontroll magas vagy alacsony szintjétől, és általánosságban túlkontrollált, merev módon, vagy alulkontrollált, impulzív módon reagálnak környezetükre (Gramzow et al., 2004).

Talán már e rövid ismertetésből is szembetűnik, hogy Block és Block felosztása viszonylag könnyen összeegyeztethető az ötfaktoros modellel: amint John (idézi Gramzow et al., 2004) javasolja, a túlkontrolláltság kapcsolatba hozható a lelkiismeretességgel, míg az alulkontrolláltság az extraverzióhoz, az ego-reziliencia pedig a nyitottsághoz és az érzelmi stabilitáshoz, vagyis alacsony neuroticizmushoz köthető.

Ezt a feltevést kutatással is alátámasztották (Robins, John, Caspi, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, idézi Gramzow et al., 2004), a következő eredményekkel. A reziliens vizsgálati személyekre alacsony neuroticizmus mellett magas extraverzió, barátságosság, nyitottság és lelkiismeretesség volt jellemző. Az alulkontrollált egyének magas extraverzió és alacsony barátságosság pontszámot értek el, kevésbé voltak nyitottak a reziliens típusnál, és a három csoportból ők rendelkeztek a legalacsonyabb lelkiismeretesség-értékkel. A túlkontrollált személyek pedig bár magas barátságosság-pontszámmal voltak jellemezhetők, kevésbé voltak

lelkiismeretesek és nyitottak, mint a reziliens kategória tagjai, és a három típus közül ők voltak érzelmileg a legkevésbé stabilak és a legzárkózottabbak.

Az ötfaktoros modellre épülő személyiségprototípus-vizsgálatok jellemzően klaszteranalízissel kutatják az egyes minták belső szerkezetét, és próbálják meg jelentéssel felruházni a kirajzolódó kategóriákat, mindehhez pedig jó kiindulási alapot és értelmezhető elméleti háttérrel szolgáltató szelfreguláció és személyiség fent vázolt kapcsolata (Reece, 2009). Újra és újra felmerül azonban a kérdés, hogy megbízhatóan reprodukálható-e az ego-reziliencia és ego-kontroll dimenziók által meghatározott háromklaszteres felosztás, illetve hogy milyen volna valójában a legmegfelelőbb tipológiai rendszer (Gramzow et al., 2004).

Asendorpf és munkatársai (2001) felnőttek Big Five adatait, illetve szülők saját gyermekeikről Big Five és Q-szortírozás révén adott értékelését vizsgálta ismételt (a minta véletlenszerű kettéválasztásával többször végrehajtott) klaszteranalízissel és ismételt Q-faktoranalízissel. A reziliens, túl- és alulkontrollált típusként azonosított csoportok életkorokon és módszereken átívelően stabilak voltak. A szerzők saját eredményeikre és más kutatásokra hivatkozva amellet érveltek, hogy ez és csak ez a három típus mutatható ki ismételten és megbízhatóan különböző mintákon, mely állítást a *European Journal of Personality* speciális kiadása igyekezett széles körben alátámasztani.

A különszám előszavában Asendorpf (2002) leírja, hogy a személyiségprototípusokat kereső kutatások esetlegesen ellentmondó eredményei abból adódhatnak, hogy azok különböző kulturális és nyelvi közegben, eltérő méretű és összetételű mintákon, más és más mérőeszközzel dolgoztak. Az említett kutatássorozat mögött álló elképzelés éppen ezért az volt, hogy kellőképpen nagy, egymással összehasonlítható nemklinikai mintákon, egységes mérőeszközzel (a NEO-PI(-R) kérdőívvel) és módszerrel (a klaszteranalízis egy előre meghatározott metodikájával) kíséreljék meg bebizonyítani, hogy a Block és Block által említett három személyiségkategória konzisztens módon reprodukálható (Asendorpf, 2002).

Schnabel, Asendorpf és Ostendorf (2002) vizsgálata sikeresen megismételte egy korábbi, fentebb említett kutatás (Asendorpf et al., 2001) eredményeit, két német mintán bizonyítva a reziliens, a túlkontrollált és az alulkontrollált típusok azonosíthatóságát. Emellett a reziliens csoport két alkategóriája is elkülönült, melyet a „well adjusted” (magyarul nagyjából: jól szabályozott), illetve az asszertív megnevezéssel jelöltek. Előbbi altípus tagjai, a reziliensekre jellemző alacsony neuroticizmus és magas lelkiismeretesség-érték mellett átlagos, vagy az átlagosnál valamivel alacsonyabb nyitottság, extraverzió és barátságosság pontszámmal rendelkeztek. Az asszertív egyének kiugró sajátossága a magas extraverzió és nyitottság volt, mely egyértelműen elkülönítette őket a jól szabályozott egyénektől.

Ugyanakkor ezek az altípusok csak a NEO-PI-R kérdőívet kitöltők mintáján belül voltak reprodukálhatók split-half módszerrel, a NEO-FFI-minta esetében nem, illetve a két minta között is voltak eltérések (utóbbiban a két altípus csak nyitottság tekintetében különbözött).

A túlkontrollált és alulkontrollált típusok esetén nem találtak mintafelezéssel is megerősíthető alkategóriákat, bár a túlkontrollált klaszteren belül kirajzolódni látszott egy visszafogottnak (restricted) és egy bizonytalannak (insecure) elnevezett csoport is.

Boehm, Asendorpf és Avia (2002) két spanyol adatállományon, egy tanulókból álló és egy átlagpopulációt leképező mintán végzett vizsgálatot, és mindkét esetben alátámasztást nyert a Schnabel és munkatársai (2002) által vázolt klaszterszerkezet, amely azonban csak a hallgatói minta esetében volt mintafelezéssel reprodukálható. Úgy tűnik tehát, hogy nagyobb lehet a kutatások közötti konzisztencia, mint a mintán belüli replikáció valószínűsége. Ez a szerzők szerint felveti annak lehetőségét, hogy heterogén mintában – amely véletlenszerű felezés révén, kis elemszám mellett még egyenetlenebbé válhat – kevésbé különül el a három vizsgált típus (Boehm et al., 2002).

Ugyanakkor a reziliens típus előző kutatásban azonosított alkategóriái ez esetben mindkét mintán belül reprodukálhatók voltak, és nagyban hasonlítottak a németek által leírt jól szabályozott és visszafogott altípusokhoz. Ezen túlmenően a spanyol mintákon belül a túlkontrollált csoport alkategóriái is stabilnak bizonyultak: egyik a Schnabel és munkatársai által visszafogottként jellemzett altípusnak felelt meg, a másik viszont a bizonytalanokhoz képest jóval extravertáltabb egyéneket foglalt magában, így a neurotikus altípus megfelelőbb elnevezésnek tűnt (Boehm et al., 2002).

Olyan tanulmányok is találhatók a különszámban, melyek kevésbé tudták megerősíteni a három személyiségprototípus érvényességét (Costa, Herbst, McCrae, Samuels, & Ozer, 2002; DeFruyt, Mervielde, & Leeuwen, 2002), illetve amelyek alternatív klaszterszerkezetet javasolnak (Barbaranelli, 2002). Barbaranelli (idézi Reece, 2009, p. 10) például egy negyedik, „nemkívánatos” („non-desirable”) kategóriát ír le, amely a túlkontrollált típusra hasonlít, de alacsonyabb szociális kíváнатossággal jellemezhető; illetve további, nagyobb klaszterszámú felosztások lehetséges érvényességét hangsúlyozza.

Amint Asendorpf (2002) is írja, a személyiségprototípusok rejtvényére csak részleges megoldást találtak. Azonban még ha vannak is kérdések és kételyek a Big Five kategóriaalapú, alakulófélben lévő szemléletével kapcsolatban, érdemes szemügyre venni a lehetséges előnyöket, amelyeket már így is tartogat, és amelyek közül jelen esetben különösen érdekes a pszichopatológiához való újszerű kapcsolódás lehetősége.

Prototípusok és patológiák

Ahogy láthattuk, a személyiségprototípusok kutatása eddig főként egészséges mintákon végzett vizsgálatokkal folyt, így az egyes klaszterek pszichopatológiai vonatkozásáról jelenleg még kevesebb adat áll rendelkezésre. Korábban is felmerült már például, hogy a Block és Block által leírt ego-kontroll faktor összekapcsolható volna különböző externalizáló és internalizáló zavarokkal: ennek megfelelően az alacsony ego-kontroll például olyan problémákkal korrelálna, mint a hiperaktivitás, figyelemzavar és az agresszió, a túlzott ego-kontroll pedig inkább a szorongásos és hangulatzavarok szempontjából jelentene kockázatot (Huey & Weisz, 1997).

Az ego-rugalmasság és ego-kontroll dimenziók által meghatározott személyiségtípusokat alátámasztó klinikai jellegű kutatásra példa Berry, Elliott és Rivera (2008) vizsgálata, melyben gerincvelősérült betegeknél azonosítottak reziliens, túlkontrollált, illetve alulkontrollált klasztereket NEO-FFI adatok alapján. Egészséges populációhoz hasonlítva jóval kevesebb reziliens, és jelentősen több alulkontrollált és túlkontrollált kategóriába sorolható egyén fordult elő a mintában. A reziliens és az alulkontrollált egyének adaptívabb reakciót mutattak, jobban elfogadták helyzetüket, és kisebb mértékű depresszióról számoltak be. A reziliens egyének alakították ki a legjobb szociális vonatkozású problémamegoldó képességeket, szemben a túlkontrolláltakkal, akik a legkevésbé voltak képesek erre (Berry, Elliott, & Rivera, 2008).

Egy evészavaros női páciensek alkotta 335 fős mintában is kimutatható volt Block és Block három személyiségtípusa. A reziliens klaszter nem mutatott kiugró pontszámot egyik NEO-FFI-skálán sem, az alulkontrolláltaknál ellenben magas neuroticizmus-, illetve alacsony barátságosság és lelkiismeretesség-érték volt megfigyelhető, a túlkontrolláltakat pedig magas neuroticizmus és lelkiismeretesség, valamint alacsony nyitottság jellemezte (Claes et al., 2006). Bár az egyes személyiségprototípusokat nem lehetett egyértelműen evészavarokkal összekapcsolni, a reziliens egyének sokkal kevésbé küzdöttek a DSM I. és II. tengelyén található kórképek tüneteivel, mint a másik két csoport. Az alulkontrolláltakra továbbá jellemzőbbek voltak az impulzív személyiségjegyek és cselekedetek, mint a túlkontrolláltakra.

Mueller és munkatársai (2010) kényszeres vásárlással diagnosztizált személyek körében végeztek vizsgálatot, szintén NEO-FFI-adatokkal. Ezúttal azonban egy kétklaszteres megoldás körvonalazódott: a II. klaszter tagjai a neuroticizmus dimenzió jelentősen magasabb, a másik négy faktor esetében viszont alacsonyabb pontszámot értek el, mint az I. klaszterben található egyének. A II. klaszterhez tartozás együtt járt a kényszeres vásárlás

súlyosabb tüneteivel, a tünetek fölötti kontroll alacsonyabb szintjével, valamint erősebb szorongással, interperszonális érzékenységgel és impulzivitással. Továbbá a II. számú klaszterben magasabb arányban fordult elő egyidejű szorongásos zavar, illetve személyiségzavar (Mueller et al., 2010).

Sava és Popa (2011) egy átfogó tanulmányban vizsgálták meg a kettőtől a nyolcklaszteres felosztásig terjedő összes lehetséges modellt. A szerzők végül a fentiekből ismert hármas struktúra mellett egy ötklaszteres megoldás hasznossága mellett érvelnek, bevezetve Block és Block kategóriái mellett a feszültnek fordítható (strain), illetve a passzív személyiségprototípusokat. A két kategória éppen ellenkező vonásokkal rendelkezik: a feszült típusra átlagon felüli neuroticizmus, extraverzió, nyitottság és lelkiismeretesség, de átlagon aluli barátságosság; a passzív egyénekre pedig átlagon felüli barátságosság, és az összes többi dimenzió átlagosnál alacsonyabb értéke jellemző.

Ez utóbbi kutatásról alább még részletesebben is lesz szó, annál is inkább, mivel jelen vizsgálat is hasonló nyitottsággal keresi azt a modellt, amely leginkább alkalmas egy hazai minta személyiségtípusainak feltérképezésére és bizonyos patológiás mutatókkal való kapcsolatuk megragadására.

Mindazonáltal a vizsgálat három alapvető hipotézisre épült. A fentiek alapján feltételezhető, hogy 1. a klaszterszermodellek közül a háromklaszteres felosztás lesz a legjobban reprodukálható, amennyiben 2. a Block és Block által leírt reziliens, alulkontrollált és túlkontrollált típus kimutatható lesz a magyar mintán is, ezek közül pedig 3. a reziliens típus BSI-értékei lesznek a legalacsonyabbak.

Módszer

Résztvevők

A vizsgált minta az országos NewMood kutatásból származik, amelynek résztvevői egy számos tesztet tartalmazó kérdőívesomagot töltöttek ki, és amelyhez kapcsolódó adatfelvételben én magam is részt vettem. A jelen kutatás alapjául szolgáló szűrt minta – a tesztet hiányosan vagy torzított módon kitöltő személyek kizárásával – 1135 főt számlált, 351 férfi (31%), és 784 (69%) női résztvevővel. A legfiatalabb kitöltő 18, a legidősebb 60 éves volt (átlagéletkor: 31.4, szórás: 10.73). 8 fő nem rendelkezett iskolai végzettséggel, 109-en szakmunkás végzettségűek voltak, 807 fő rendelkezett érettséggel, 347-en felsőfokú végzettséggel, 126-an pedig szakvizsgával (a tesztben az egyes kritériumok teljesülését kellett

jelölni, így például akinek volt felsőfokú végzettsége, az egyben érettségizettek számát is gyarapította).

Eszközök

A kitöltők átfogó demográfiai és biográfiai adatokat felmérő kérdőíveket, illetve összesen 23 tesztet töltöttek ki, melyek közül ezen vizsgálat a Big Five Inventory (BFI, lásd „A” melléklet), illetve a Brief Symptom Inventory (BSI, lásd „B” melléklet) három alskálájának (Depresszió, Szorongás, Kényszeres-rögeszmés) eredményeire épül.

A BFI (John & Srivastava, 1999) 44 tétel segítségével méri a személyiség ötfaktoros modelljének hagyományos dimenzióit, vagyis az Extraverzió (E), Barátságosság (A), Lelkiismeretesség (C), Neuroticizmus (N) és Nyitottság (O) skálakaértékeket. A kitöltőnek rövid állításokat kell értékelni egy ötfokú Likert-skálán, aszerint, hogy mennyire ért velük egyet (1: „Egyáltalán nem értek egyet”, 5: „Teljesen egyetértek”).

A BSI (Derogatis & Melisaratos, 1983) a Symptom Checklist-90-R rövidített verziója. Az önbecslésen alapuló kérdőív 53 tételből áll, és klinikai szempontból jelentős pszichológiai tünetek felmérésére alkalmas. Skálái a következők (zárójelben az egyes skálák átlagértéke és szórása található egy egészséges amerikaiakból álló minta alapján): Szomatizálás (0.29 ± 0.40), Kényszeres-rögeszmés (0.43 ± 0.48), Kapcsolati érzékenység (0.32 ± 0.48), Depresszió (0.28 ± 0.46), Szorongás (0.35 ± 0.45), Ellenségesség (0.35 ± 0.42), Fóbias szorongás (0.17 ± 0.36), Paranoiditás (0.34 ± 0.45), Pszichoticizmus (0.15 ± 0.31). A három felhasznált skála tételei – Depresszió: 9, 16, 17, 18, 35, 50; Szorongás: 1, 12, 19, 38, 45, 49; Kényszeres-rögeszmés: 5, 15, 26, 27, 32, 36.

Négy tétel egyik dimenzióba sem tartozik, de beleszámít az Általános súlyossági indexbe (GSI), amely mellett még az Összes pozitív tünet index (PST), illetve a Szenvedés-index (PSDI) jelzi a beteg globális állapotát. A kitöltő egy ötfokú skála segítségével ítéli meg, hogy különböző tünetek mennyire zavarták őt az elmúlt héten (0: „Egyáltalán nem”, 4: „Teljes mértékben”), illetve az N betű bejelölésével visszautasíthatja az adott kérdés megválaszolását.

Eljárás

Az SPSS programmal végzett statisztikai eljárás nagyban illeszkedik Boehm és munkatársai (2002) módszeréhez. Az klaszteranalízis minden esetben a Big Five dimenziók átlagpontszámaira épül, vagyis az egyes alskálákhoz tartozó itemekre adott válaszok összértékének és a feleletszámnak a hányadosából származó értékekre.

Az öt Big Five dimenzió klaszterekbe rendeződésének vizsgálatához az első, tájékozódó lépést az egész minta Ward-féle hierarchikus klaszteranalízise jelentette, amely négyzetes euklidészi távolságokkal kalkulált. Mivel ez az eljárás nem teszi lehetővé, hogy a klaszterek alakulása során a már besorolt esetek egy esetlegesen megfelelőbb klaszterbe kerüljenek át (Boehm et al., 2002), a különböző klaszterszámú modellek ideálisabb felosztásához nem-hierarchikus módszert, K-közép (K-means) klaszteranalízist használtam: így jött létre a két-, három-, négy- és ötklaszteres besorolás.

Ezután következett annak vizsgálata, hogy ezek a modellek mennyire reprodukálhatók az egész minta random felezéssel létrehozott almintáiban (a mintafelek nem és életkor szempontjából kiegyensúlyozottak voltak). A Boehm és munkatársai (2002) által is leírt keresztvalidációs eljárást McIntyre és Blashfield (idézi Marques de Sá, 2001) fejlesztette ki, menete pedig a következő. Az első lépés az egyik mintafél K-közép klaszteranalízise, és a klaszterek centroidjainak megállapítása (esetünkben az SPSS „Iterate and classify”, illetve „Write final” opciói segítségével). A másik mintafélbe tartozó esetek ezután ezekbe a meghatározott klaszterekbe sorolandók be, SPSS-ben a „Classify only” és „Read initial” beállításokkal. Még mindig a másodikként kijelölt mintaféllel dolgozva kell megállapítani annak saját K-közép-analízisből származó centroidjait, majd végrehajtani az első mintafél besorolását ez utóbbi adatoknak megfelelően. A két mintafélben meghatározott klaszterszerkezetek hasonlóságát az jelzi, ha keresztábrák (Crosstabs) segítségével összehasonlítva a mintafelek saját klaszteranalíziseiből származó besorolásokat a másik minta klasztereibe való besorolással magas Kappa egyetértési együtthatókat kapunk. Ha a mintában szereplő esetek nagyrészt megegyező besorolást kapnak mindkét mintafél klaszterfelosztásai szerint, az hasonló klaszterek meglétére enged következtetni a két almintában. Természetesen a hasonló klaszterek nem feltétlenül kapnak ugyanolyan sorszámot a két elemzésben, így szükséges lehet az egyes klaszterek elméleti megfontolásokra alapozott azonosítása és összepárosítása, és a sorszámok ennek megfelelő korrigálása a keresztábrák elemzés lefuttatása előtt. A fent leírt eljárásort, Boehm és munkatársai (2002) kutatásához hasonlóan, jelen vizsgálatban is tízszer hajtottam végre minden klasztermodell esetében (lásd „C” melléklet).

Végül, az egyes klasztermegoldások replikálhatóságának vizsgálata után, az egész minta felhasználásával megalkotott egyes modellek klaszterei közötti, patológiás mutatókban fellelhető esetleges különbségek elemzése következett.

Eredmények

A vizsgált értékek átlaga és szórása a teljes mintában

Az 1. táblázat összegzi, hogy az egész minta szintjén hogyan alakult az egyes vizsgált dimenziók átlagpontszáma és szórása, mely adatok viszonyítási alapot nyújtanak a különböző klaszterekre jellemző értékek vizsgálatához. Megfigyelhető továbbá, hogy a hazai minta esetében mindhárom skála átlagértékei magasabbak voltak az amerikai mintából származó adatoknál.

1. táblázat

A Big-Five-dimenziókon és a BSI-alskálákon elért pontszámok átlaga és szórása (teljes minta)

Skálák	N	Átlag	Szórás
Big Five dimenziók			
Neuroticizmus (N)	1135	45.374	20.575
Extraverzió (E)	1135	64.105	20.680
Nyitottság (O)	1135	73.700	15.213
Barátságosság (A)	1135	69.613	14.054
Lelkiismeretesség (C)	1135	67.645	16.701
BSI-alskálák			
Depresszió (DEP)	1135	0.571	0.768
Szorongás (ANX)	1135	0.682	0.699
Kényszeresség (OC)	1135	0.824	0.779

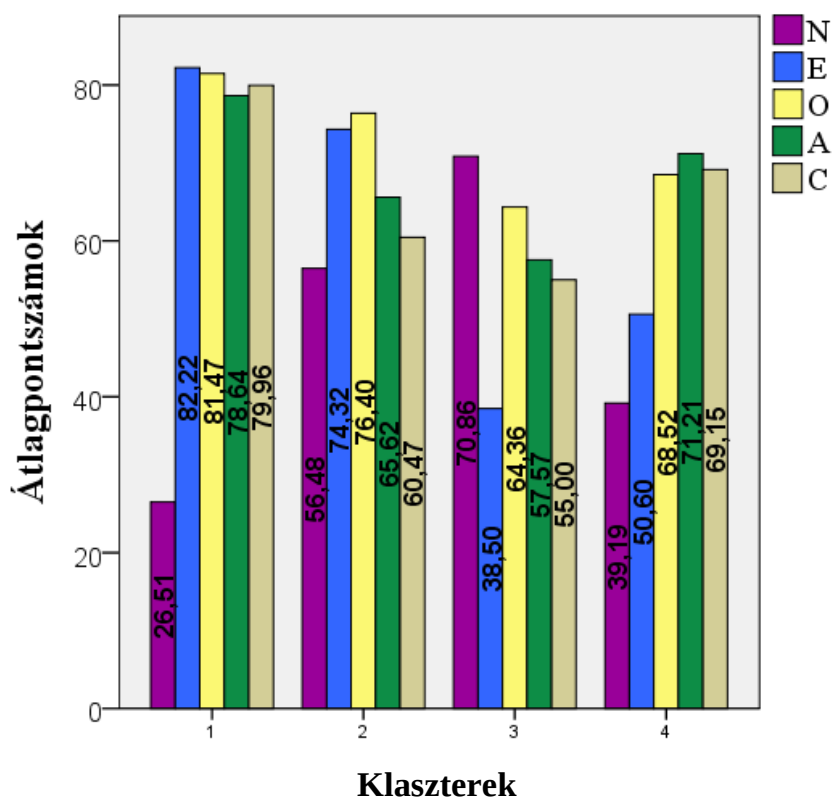
A négyklaszteres modell

Az egész minta K-közép-elemzését nem vezérelte semmilyen preconcepció, elsőként egy kétklaszteres, majd egy három- négy- és ötklaszteres megoldás született, a megfelelő klaszterszám megadásával (ötnél több értelmezhető klasztert tartalmazó szerkezetre a feltárt szakirodalomban nem volt példa).

Mégis, már az eredmények közlésében kiemelt helyet kap a későbbi értelmezés alapján legideálisabbnak talált négyklaszteres modell. Ezen felosztás egyes kategóriáinak Big Five átlagértékeit a 2. ábra szemlélteti. A 2. táblázat azt mutatja meg, hogy ezek az értékek mennyiben térnek el az egész minta átlagpontszámaitól.

Látható, hogy az 1. számú klaszter (N=333) átlag alatti neuroticizmus pontszámmal és kifejezetten magas extraverzió, nyitottság, barátságosság, illetve lelkiismeretesség szinttel jellemezhető. Megjelenik továbbá egy magasabb neuroticizmussal, extraverzióval és nyitottsággal, illetve alacsonyabb barátságossággal és lelkiismeretességgel rendelkező csoport (2. klaszter, N=300). A 3. számú klaszter (N=192) hasonlít az alább bemutatott

háromklaszteres megoldás 2. kategóriájához, azonban az extraverzió értéke ebben az esetben jóval alacsonyabb. A 4. csoport (N=310) jellemezhető a második legalacsonyabb neuroticizmus-pontszámmal, extraverzió tekintetében pedig a 2. és a 3. klaszter között helyezkedik el.



2. ábra. A négyklaszteres modell klasztereinek átlagos pontszámai a BFQ-alskálákon. N=Neuroticizmus, E=Extraverzió, O=Nyitottság, A=Barátságosság, C=Lelkiismeretesség.

2. táblázat

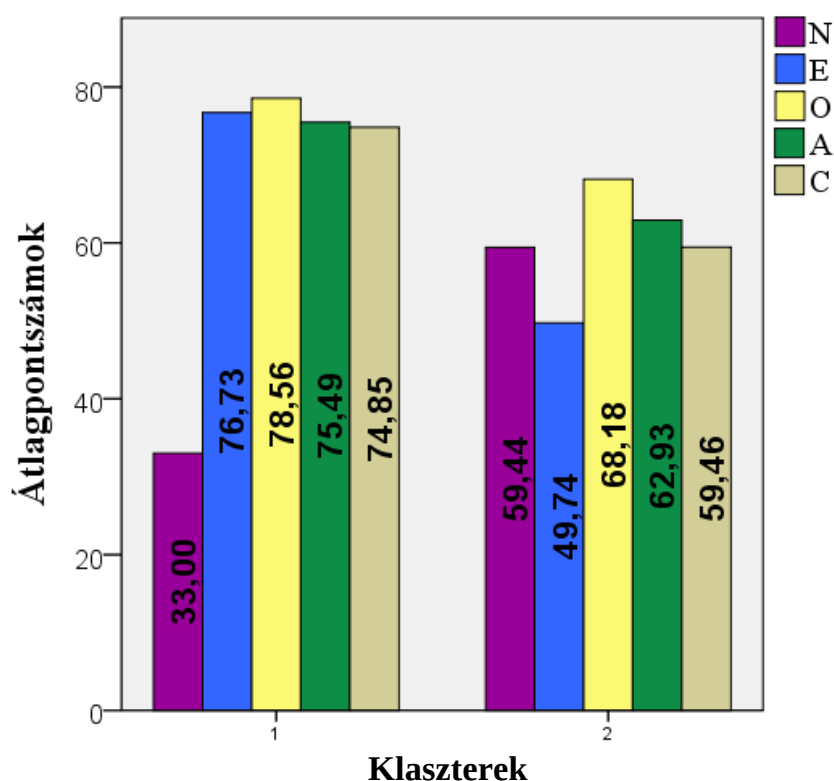
A négyklaszteres modell klasztereinek átlagpontszámai a Big Five dimenziókon

Klaszterek	Big Five dimenziók				
	Neuroticizmus	Extraverzió	Nyitottság	Barátságosság	Lelkiismeretesség
1	26.506**	82.224**	81.473**	78.635**	79.960**
2	56.479**	74.320**	76.399**	65.625**	60.469**
3	70.859**	38.504**	64.358**	57.571**	55.002**
4	39.191**	50.597**	68.517**	71.206**	69.147

Megjegyzés. A vastaggal szedett eredmények magasabbak, a dőlten szedettek pedig alacsonyabbak az egész minta átlagánál. ** $p < .01$.

Egyéb klasztermegoldások

Az elsőként létrehozott kétklaszteres modell sajátosságai a 3. ábráról, illetve a 3. táblázatról olvashatók le. Az 1. számú klaszter (N=603), a négyklaszteres modell 1. klaszteréhez hasonlóan alakul: a neuroticizmus mértéke átlag alatti, az összes többi dimenzió elért pontszám átlag feletti. A 2. klaszterről (N=532) ennek pont az ellenkezője állapítható meg: a neuroticizmus mértéke meghaladja a mintaátlagét, az összes többi dimenzió elért pontszám pedig átlag alatt marad.



3. ábra. A kétklaszteres modell klasztereinek átlagos pontszámai a BFQ-alskálákon. N=Neuroticizmus, E=Extraverzió, O=Nyitottság, A=Barátságosság, C=Lelkiismeretesség.

3. táblázat

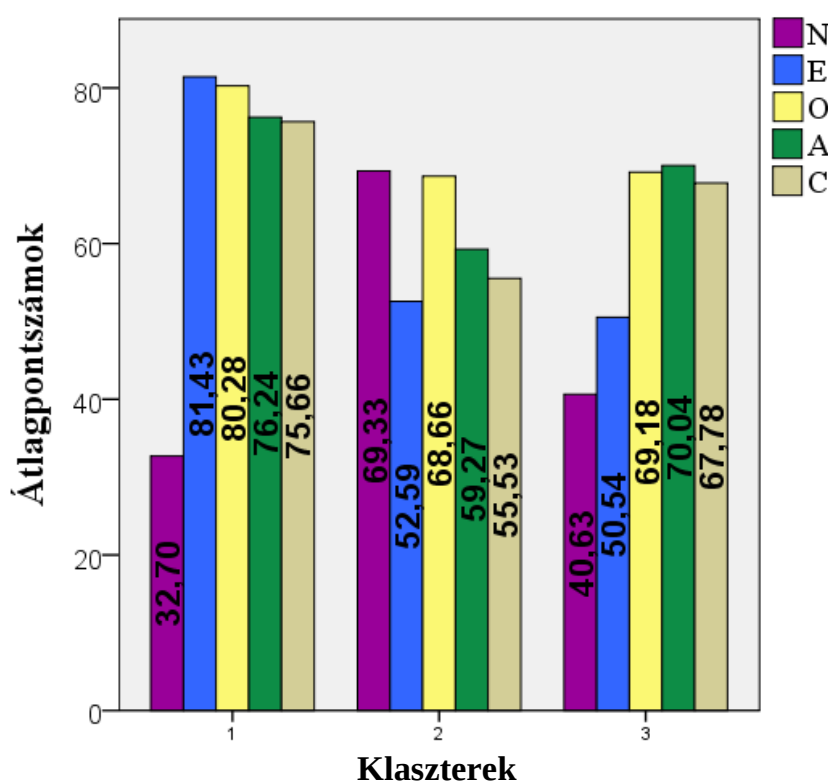
A kétklaszteres modell klasztereinek átlagpontszámai a Big Five dimenziókon

Klaszterek	Big Five dimenziók				
	Neuroticizmus	Extraverzió	Nyitottság	Barátságosság	Lelkiismeretesség
1	33.004**	76.733**	78.559**	75.491**	74.847**
2	59.441**	49.744**	68.175**	62.929**	59.455**

*Megjegyzés. A vastaggal szedett eredmények magasabbak, a dőlttel szedettek pedig alacsonyabbak az egész minta átlagánál. ** $p < .01$.*

A háromklaszteres modell klasztereinek átlagértékei a 4. ábrán láthatóak, a statisztikai eltéréseket a 4. táblázat foglalja össze. Az ebben a felosztásban kirajzolódó 1. klaszter (N=477) nagyon hasonlít a többi modell ugyanilyen sorszámú kategóriájához. Tendenciák tekintetében a 2. klaszter (N=320) megfeleltethető az előző felosztás 2. klaszterének, bár a neuroticizmus értéke jelentősen megnőtt. A 3., új kategória (N=338) ellenben átlag alatti neuroticizmussal, extraverzióval és nyitottsággal, viszont átlagosnál magasabb barátságossággal és lelkiismeretességgel jellemezhető.

A 4. ábráról a négyklaszteres modell klasztereinek sajátosságai olvashatók le, az egyes dimenziókon elért pontszámok magasabb vagy alacsonyabb voltáról pedig a 4. táblázat ad támpontot.



4. ábra. A háromklaszteres modell klasztereinek átlagos pontszámai a BFQ-alskálákon. N=Neuroticizmus, E=Extraverzió, O=Nyitottság, A=Barátságosság, C=Lelkiismeretesség.

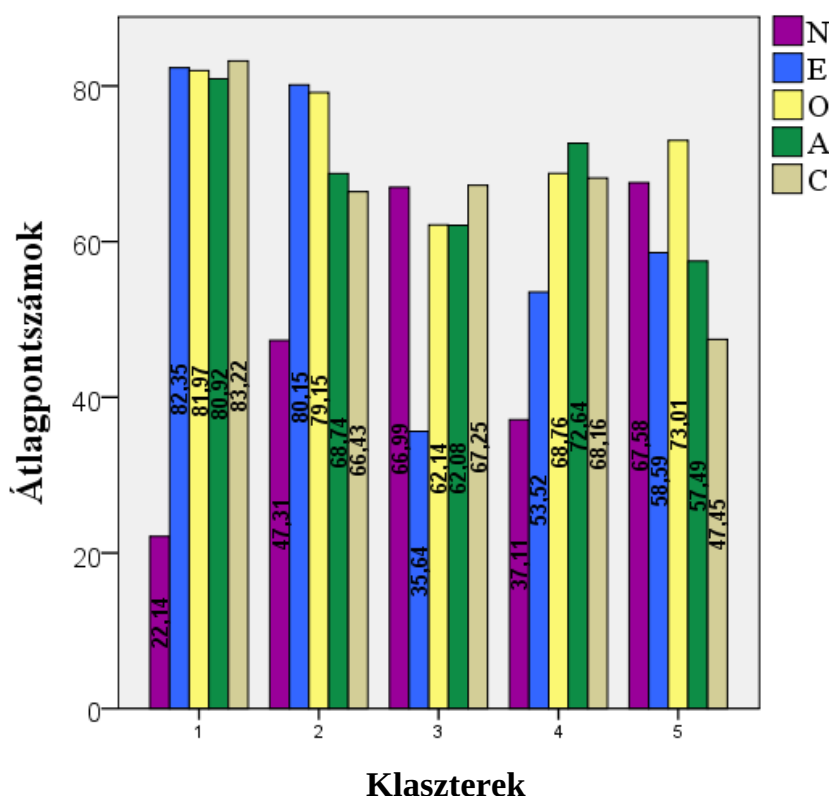
4. táblázat

A háromklaszteres modell klasztereinek átlagpontszámai a Big Five dimenziókon

Klaszterek	Big Five dimenziók				
	Neuroticizmus	Extraverzió	Nyitottság	Barátságosság	Lelkiismeretesség
1	32.701**	81.434**	80.280**	76.238**	75.660**
2	69.328**	52.595**	68.660**	59.271**	55.526**
3	40.632**	50.536**	69.181**	70.035**	67.783*

Megjegyzés. A vastaggal szedett eredmények magasabbak, a dőlttel szedettek pedig alacsonyabbak az egész minta átlagánál. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Végül az ötklaszteres felosztás átlagértékeinek viszonyait az 5. ábra, illetve az 5. táblázat szemlélteti. Ebben az esetben az első négy klaszter lényegében megfelel négyklaszteres modell első négy csoportjának (itt: $N_1=238$, $N_2=272$, $N_3=166$, $N_4=287$). Az új kategória, vagyis az 5. klaszter ($N=172$) neuroticizmus-értéke – a 3. kategóriához hasonlóan – kiugróan magas, nyitottság-pontszáma átlagos, extravenzió, barátságosság és lelkiismeretesség tekintetében pedig átlag alatti.



5. ábra. Az ötklaszteres modell klasztereinek átlagos pontszámai a BFQ-alskálákon. N=Neuroticizmus, E=Extraverzió, O=Nyitottság, A=Barátságosság, C=Lelkiismeretesség.

5. táblázat

Az ötklaszteres modell klasztereinek átlagpontszámai a Big Five dimenziókon

Klaszterek	Big Five dimenziók				
	Neuroticizmus	Extraverzió	Nyitottság	Barátságosság	Lelkiismeretesség
1	22.137**	82.346**	81.974**	80.916**	83.217**
2	47.305*	80.147**	79.153**	68.739	66.425**
3	66.988**	35.636**	62.137**	62.085**	67.252*
4	37.112**	53.520**	68.764**	72.639**	68.164
5	67.582**	58.589**	73.007	57.492**	47.446**

*Megjegyzés. A vastaggal szedett eredmények magasabbak, a dőlttel szedettek pedig alacsonyabbak az egész minta átlagánál. * $p<.05$, ** $p<.01$.*

A klasztermodellek replikálhatósága

Ahogy fentebb olvasható, a leírt keresztvalidáló eljárásor tízszer lett végrehajtva minden klasztermodell esetén (lásd „C” melléklet). Összesen tehát 80 besorolás történt, melynek keresztátlás összehasonlításából származó Kappa-értékeket alább a 6. táblázat összegzi. Boehm és munkatársai (2002) kutatásukban a keresztvalidálásból származó két Kappa-értéket átlagolták, és az így kapott tíz eredmény mediánját vizsgálták: ha ez az érték nagyobb 0.6-nál, az már az adott modell jó reprodukálhatóságát jelzi. Esetünkben a két besorolás Kappa együttartóit megtartva, a húsz érték átlaga adja egy-egy modell összesített egyetértési mutatóját, a pontosabb megítélhetőség érdekében. Az elvárt Kappa-érték szintén 0.6 volt.

6. táblázat

A mintafelek különböző klasztermodelljeinek keresztvalidálásából származó Kappa-értékek

Mintafelezés sorszáma	Összehasonlított mintafelek	Kappa-értékek a különböző klasztermodellek esetén			
		2 klaszter	3 klaszter	4 klaszter	5 klaszter
1.	B - A	.983	.756	.826	.596
	A - B	.985	.812	.927	.622
2.	B - A	.968	.615	.790	.445
	A - B	.962	.678	.807	.439
3.	B - A	.945	.848	.839	.456
	A - B	.945	.851	.861	.453
4.	B - A	.990	.895	.601	.615
	A - B	.986	.900	.655	.651
5.	B - A	.968	.463	.837	.723
	A - B	.986	.441	.780	.718
6.	B - A	.977	.687	.850	.693
	A - B	.981	.721	.855	.696
7.	B - A	.964	.532	.743	.619
	A - B	.965	.567	.741	.674
8.	B - A	.982	.372	.771	.551
	A - B	.990	.326	.822	.559
9.	B - A	.900	.834	.858	.553
	A - B	.928	.810	.819	.531
10.	B - A	.849	.829	.754	.697
	A - B	.831	.833	.799	.658
		.954	.689	.797	.597

Megjegyzés. A tíz eltérő mintafelezés során létrejött különböző mintafelek A-val és B-vel vannak jelölve. Az „Összehasonlított mintafelek” oszlopban az a betűjelű minta szerepel elsőként, amelyen a besoroló klaszteranalízis végre lett hajtva, a másik (második) mintafél centroidjai alapján. A vastaggal szedett Kappa értékek felelnek meg az elvárt 0.6-os szintnek. A legalsó sorban az egyes modellek átlagolt Kappa-értéke látható.

Látható, hogy a kétklaszteres (átlagos $K=.954$) és a négyklaszteres (átlagos $K=.797$) modell volt a leginkább reprodukálható a mintafelekben. A háromklaszteres modell (átlagos $K=.689$) még elfogadható, de gyengébb mértékben replikálható, az ötklaszteres felosztás (átlagos $K=.597$) pedig már éppen nem éri el az elvárt megismételhetőségi szintet.

A mintafelek keresztvalidálása mellett fontos azt is megvizsgálni, hogy az egyes mintafelekben kialakuló klaszterek mennyire feleltethetők meg az egész minta klaszteranalíziséből származó klasztereknek, vagyis hogy vajon hasonló kategóriák rajzolódnak-e ki teljes, illetve felére csökkentett elemszám esetén. Ennek ellenőrzésére szintén alkalmas a Kappa-együttható, mely megmutatja, hogy az egyes esetek kategóriatagsága milyen mértékű egyezést mutat az egész minta és az egyes félminták keresztábrák összehasonlításában. Mindegyik modell esetében a legjobb keresztvaliditást mutató (legnagyobb Kappa-együtthatójú) almintapár szolgált összehasonlítási alapul.

A kétklaszteres modell klasztereinek centroidjai az egyes mintafelekben is közel ugyanúgy alakultak: az egész minta és a legerősebb Kappa-együtthatójú almintapár között ebben az esetben volt a legnagyobb egyezés ($K_{Ea}=.996$, $K_{Eb}=.993$).

Szintén nagymértékben megfeleltethetők voltak egymásnak a négyklaszteres megoldás kategóriái az egész, illetve a félminták szintjén ($K_{Ea}=.930$, $K_{Eb}=.842$).

Az ötklaszteres felosztásban ugyanezen mutatók már nem érik el az elvárt szintet egyik almintá esetében sem ($K_{Ea}=.521$, $K_{Eb}=.449$).

Végül pedig a háromklaszteres modell esetében figyelhető meg a leggyengébb megfelelés a teljes elemszámú minta, illetve a félminták klaszteranalíziséből származó klaszterek között ($K_{Ea}=.341$, $K_{Eb}=.333$).

Az egyes klaszterek BSI-szintjei

Mivel a Kolmogorov-Smirnov teszt alapján a Depresszió- ($Z=7.728$, $p<.001$), a Szorongás- ($Z=5.763$, $p<.001$) és a Kényszeresség-skála ($Z=5.265$, $p<.001$) pontszámai egyaránt nemnormális eloszlást követtek, ezen értékek statisztikai vizsgálata nemparaméteres eljárás alkalmazását igényelné. Azonban az egymintás t-próba, megfelelő nemparaméteres alternatívája híján, a nagy elemszám mellett kellően robusztus tesztnek tekinthető annak ellenőrzésére, hogy az egyes klaszterek BSI-értékei eltérnek-e az egész mintára jellemző átlagoktól.

A négyklaszteres modellnél (lásd 6. ábra) az 1. kategóriába tartozó egyének mindhárom skálaértéke alacsonyabb az egész mintában mért átlagnál (DEP: $t=-2.716$, $p=.007$; ANX: $t=-$

3.725, $p < .001$; OC: $Z = -3.040$, $p = .003$). A 2. klaszter átlagosnál magasabb Szorongás-pontszámmal ($t = 2.333$, $p = .020$), de átlagos Depresszió- ($t = .653$, $p = .514$) és Kényszeresség-értékkel ($t = 1.328$, $p = .185$) jellemezhető. A 3. csoport a Szorongás-skála ($t = 2.057$, $p = .041$) mellett a Depresszió-mutató ($t = 2.864$, $p = .005$) mentén is megemelkedett értéket mutat, Kényszeresség-pontszáma viszont átlagos ($t = 1.599$, $p = .111$). A 4. klaszter mindhárom skálán elért pontszáma átlagos (DEP: $t = -.476$, $p = .634$; ANX: $t = -.619$, $p = .536$; OC: $t = .301$, $p = .763$).

A kétklaszteres verzióánál (lásd 7. ábra) az 1. klaszter Depresszió-értéke nem tér el szignifikánsan az egész minta átlagától ($t = -1.712$, $p = .087$), emellett a Szorongás ($t = -1.809$, $p = .071$) és a Kényszeresség-skálán elért pontszám is átlagosnak mondható ($t = -1.959$, $p = .051$). A 2. klaszter patológiás mutatói, bár magasabb értéket mutatnak, szintén nem térnek el az átlagtól (DEP: $t = 1.705$, $p = .089$; ANX: $t = 1.727$, $p = .085$; OC: $t = 1.939$, $p = .053$).

A háromklaszteres felosztás esetében (lásd 8. ábra) az 1. csoportot átlagos értékek jellemzik a Depresszió- ($t = -1.624$, $p = .105$) és a Szorongás- ($t = -1.796$, $p = .073$) skálák mentén, Kényszeresség-pontszáma viszont már az átlag alatt marad ($t = -2.322$, $p = .021$). A 2. klaszter patológiás értékei mind magasabbak az átlagosnál (DEP: $t = 2.561$, $p = .011$; ANX: $t = 2.651$, $p = .008$; OC: $t = 2.226$, $p = .027$), míg a 3. kategória pontszámai az átlagos övezetbe tartoznak (DEP: $t = -.774$, $p = .440$; ANX: $t = -.679$, $p = .498$; OC: $t = .371$, $p = .711$).

Végül az ötklaszteres megoldásnál (lásd 9. ábra) is megjelenik az átlagnál alacsonyabb skálaértékekkel rendelkező 1. klaszter (DEP: $t = -2.096$, $p = .037$; ANX: $t = -3.304$, $p = .001$; OC: $t = -2.864$, $p = .005$). A 2. klaszter esetében egyik mutatón elért pontszám sem tér el az átlagos szinttől (DEP: $t = -.022$, $p = .983$; ANX: $t = 1.088$, $p = .278$; OC: $t = .321$, $p = .748$). Ugyanez igaz a 3. (DEP: $t = 1.431$, $p = .154$; ANX: $t = .747$, $p = .456$; OC: $t = .643$, $p = .521$), a 4. (DEP: $t = -.258$, $p = .797$; ANX: $t = -.024$, $p = .981$; OC: $t = .281$, $p = .779$), és az 5. klaszterre is (DEP: $t = 1.253$, $p = .212$; ANX: $t = 1.475$, $p = .142$; OC: $t = 1.859$, $p = .065$).

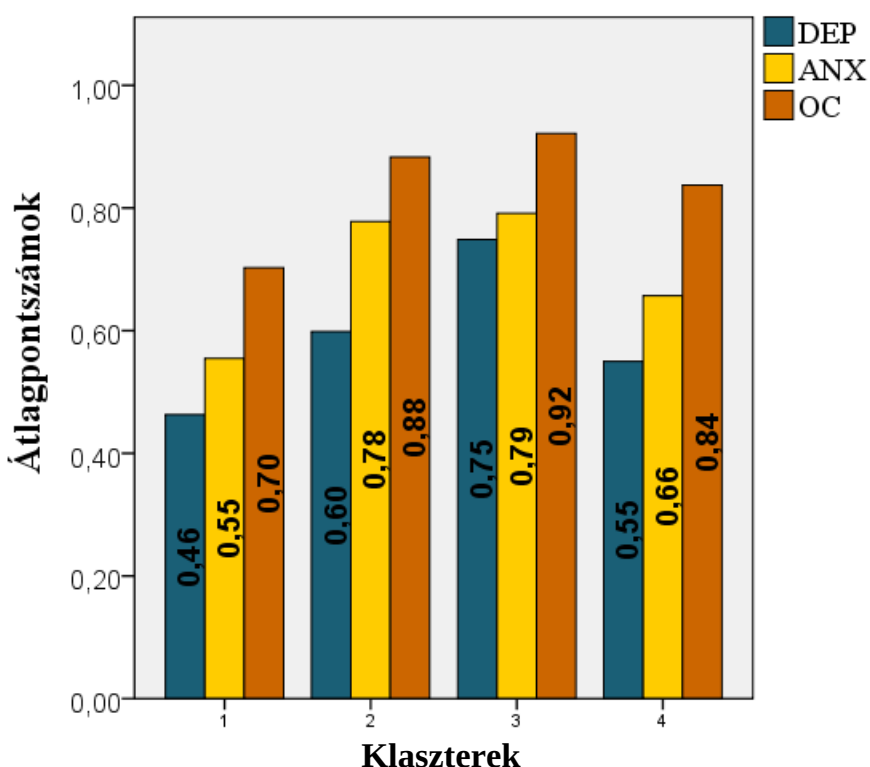
A fent leírt tendenciákat a Diszkusszió 9. táblázata összegzi.

Klaszterek közötti viszonyok a BSI-alskálák mentén

Annak vizsgálata, hogy a különböző modellek klaszterei közt megfigyelhető-e különbség a kiválasztott patológiás mutatók esetében, már vizsgálható nemparaméteres eljárásokkal. Kettőnél több klaszter összehasonlítása esetén a Kruskal-Wallace-teszt szolgált annak eldöntésére, hogy van-e különbség bármely klaszterpár között. Az egyes klaszterek közti konkrét különbségekről pedig Mann-Whitney-tesztekkel végzett páronkénti összehasonlítások nyújtottak információt.

Mivel többszörös páronkénti összehasonlítás esetén számolni kell az elsőfajú hiba esélyének növekedésével, vagyis azzal, hogy a valósnál több szignifikáns eredményt találunk. Éppen ezért ilyen esetekben Bonferroni-korrekció alkalmazása javasolt, mely lényegében a szignifikancia-szintet szigorítja, elosztva azt a páronkénti összehasonlítások számával. Azonban ezt a módszert kissé túl merevnek tartják, amely pedig a másodfajú hiba, tehát a valójában szignifikáns eredmények figyelmen kívül hagyásának valószínűségét növeli. A Holmes (1979) által javasolt szekvenciális Bonferroni-korrekció éppen e két szélsőség közti egyensúly megteremtésére szolgál a következő szabállyal: amennyiben a páronkénti összehasonlítások száma k , a szignifikanciaszintet k -val osztjuk el a legkisebb kapott p -érték (legszigorításosabb eredmény) esetén, $k-1$ -gyel a második, $k-2$ -vel a harmadik legkisebb p -érték esetén, és így tovább. Jelen esetben például 4 klaszter páronkénti összehasonlításakor (összesen 6 db) a harmadik legszigorításosabb különbség p értékének kisebbnek kell lennie, mint $.05/(6-2)=.0125$ vagy mint $.01/(6-2)=.0025$ ahhoz, hogy $.05$ -ös vagy $.01$ -es szinten szignifikánsnak lehessen tekinteni.

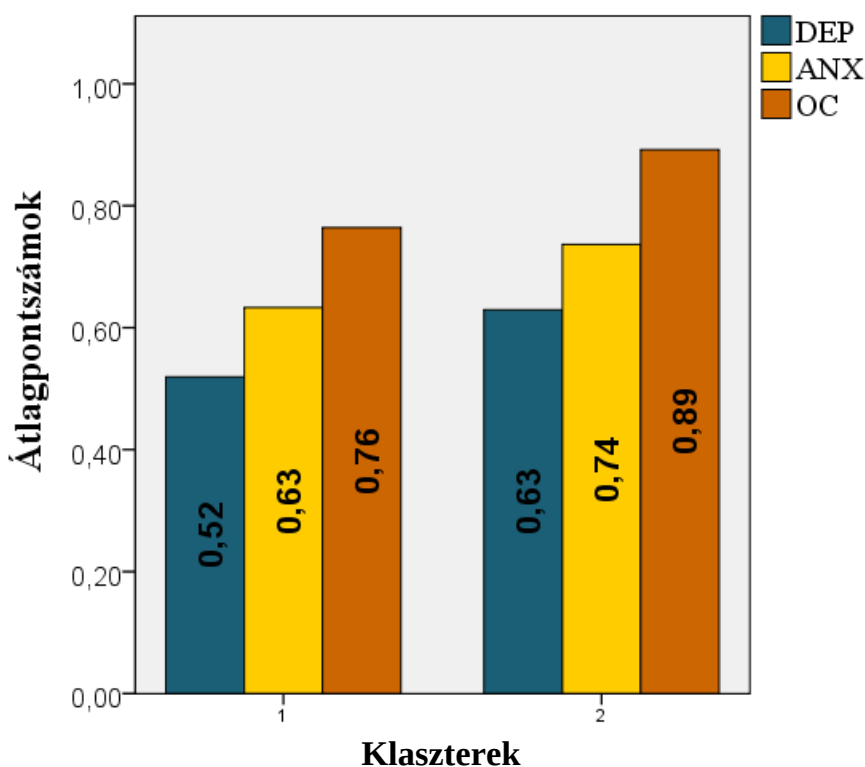
A Kruskal-Wallis-teszt alapján a négyklasztos felosztásban (lásd 6. ábra) az összes patológiás mutató mentén szignifikáns eltérés keresendő a klaszterek között (DEP: $\chi^2=27.207$, $p<.001$; ANX: $\chi^2=26.030$, $p<.001$; OC: $\chi^2=17.415$, $p=.001$).



6. ábra. A négyklasztos modell klasztereinek átlagos pontszámai a BSI-alskálákon. DEP=Depresszió, ANX=Szorongás, OC=Kényszeresség-rögeszme.

A Mann-Whitney tesztel végzett páronkénti összehasonlítások eredményei alapján és a szekvenciális Bonferroni-korrekción alkalmazása után mindhárom alsókla tekintetében szignifikáns módon elkülönült az alacsonyabb értékekkel rendelkező 1. klaszter a 2. klasztertől (DEP: $Z=-3.524$, $p<.001$; ANX: $Z=-4.331$, $p<.001$; OC: $Z=-3.646$, $p<.001$), illetve a 3. klasztertől is (DEP: $Z=-4.863$, $p<.001$; ANX: $Z=-4.044$, $p<.001$; OC: $Z=-3.289$, $p<.001$). Különbég volt továbbá a 3. és a 4. klaszter Depresszió- ($Z=-2.998$, $p=.003$), illetve Szorongás-értékei ($Z=-2.478$, $p=.013$) között (a 3. klaszter magasabb pontszámokkal jellemezhető), illetve elmondható még a 4. klaszterről, hogy Szorongás-skálán alacsonyabb értéket ért el a 2. klaszternél, ($Z=-2.547$, $p=.011$), és hogy magasabb kényszeresség-érték jellemzi, mint az 1. klasztert ($Z=-2.652$, $p=.008$).

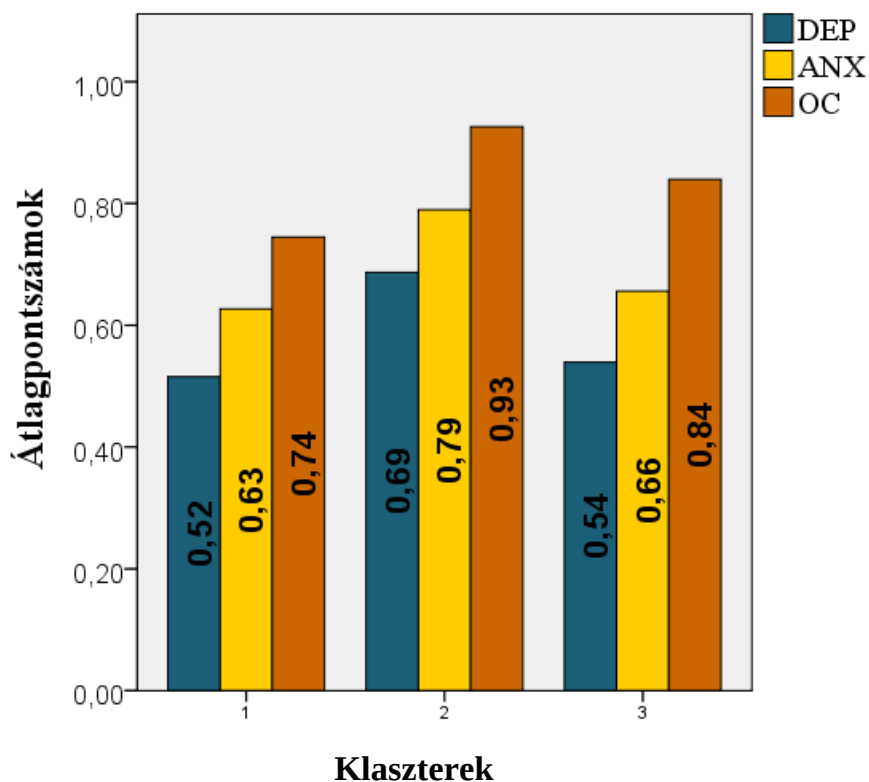
A kétklaszteres felosztás (lásd 7. ábra) klaszterei között a Mann Whitney U-teszt mindhárom BSI-alsókla mentén szignifikáns különbséget jelzett: az 1. klaszter értékei alacsonyabbak voltak (DEP: $Z=-3.419$, $p=.001$; ANX: $Z=-2.543$, $p=.011$; OC: $Z=-3.050$, $p=.002$).



7. ábra. A kétklaszteres modell klaszterei átlagos pontszámai a BSI-alsóklaon. DEP=Depresszió, ANX=Szorongás, OC=Kényszeresség-rögeszme.

A háromklaszteres modell (lásd 8. ábra) esetében a Kruskal-Wallis-próba alapján mindhárom érték mentén szignifikáns eltérés található a kategóriák között (DEP: $\chi^2=15.798$, $p<.001$; ANX: $\chi^2=13.556$, $p=.001$; OC: $\chi^2=13.252$, $p=.001$).

Hasonlóan a négyklaszteres felosztáshoz, ebben a modellben is mindhárom mutató mentén elkülönült az az alacsonyabb értékekkel rendelkező 1. klaszter a 2. klasztertől (DEP: $Z=-3.889$, $p<.001$; ANX: $Z=-3.523$, $p<.001$; OC: $Z=-3.585$, $p<.001$). A 2. klasztert továbbá a 3. klaszterhez képest magasabb pontszám jellemezte a Depresszió- ($Z=-2.673$, $p<.001$) és a Szorongás-skálán ($Z=-2.828$, $p=.005$).

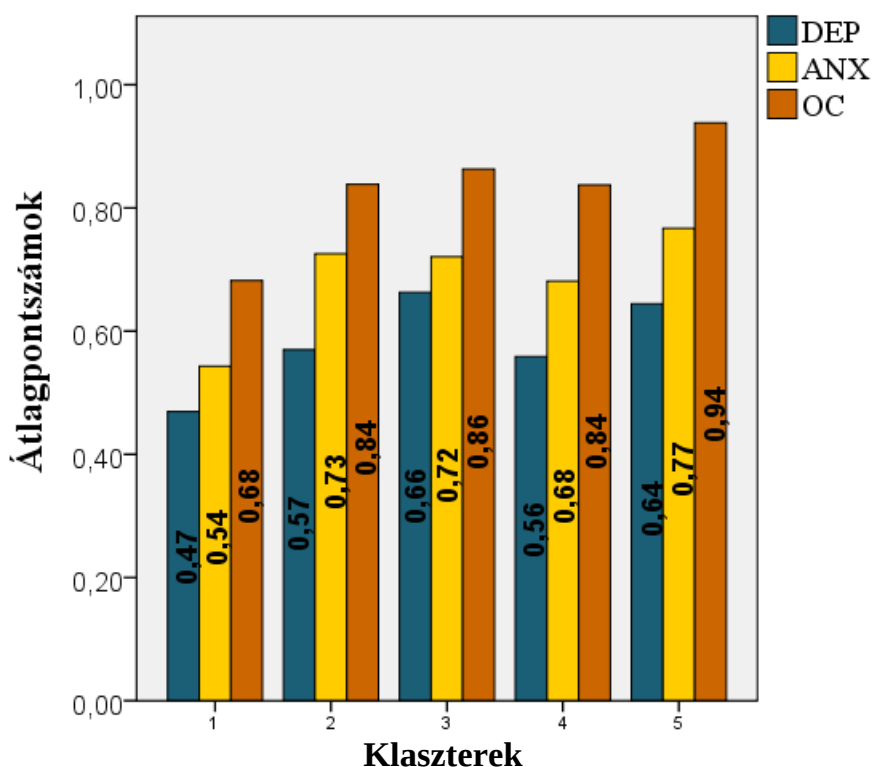


8. ábra. A háromklaszteres modell klasztereinek átlagos pontszámai a BSI-alskálakon. DEP=Depresszió, ANX=Szorongás, OC=Kényszeresség-rögeszme.

Az öt különböző klaszter összehasonlításában (lásd 9. ábra) is minden alskála esetében jelzett a Kruskal-Wallis-teszt (DEP: $\chi^2=17.293$, $p=.002$; ANX: $\chi^2=20.458$, $p<.001$; OC: $\chi^2=20.983$, $p<.001$).

Ebben a modellben azonban csak az 1. klaszter BSI-értékei mutattak szignifikáns eltérést más klaszterek pontszámaitól, így 2. klaszter (DEP: $Z=-3.011$, $p=.003$; ANX: $Z=-3.856$, $p<.001$; OC: $Z=-3.409$, $p=.001$), a 3. klaszter (DEP: $Z=-3.556$, $p<.001$; ANX: $Z=-3.444$, $p=.001$; OC: $Z=-3.295$, $p=.001$), és az 5. klaszter (DEP: $Z=-3.060$, $p=.002$; ANX: $Z=-3.434$, $p=.001$; OC: $Z=-4.031$, $p<.001$) mindhárom alskála-értékétől, emellett a 4. klaszter Kényszeresség-pontszámától ($Z=-2.925$, $p=.003$).

A 7. táblázat (lásd alább) összefoglalja az egyes klaszterek páronkénti összehasonlításának eredményeit, minden BSI-alskála és klasztermodell esetében.



9. ábra. Az ötklaszteres modell klasztereinek átlagos pontszámai a BSI-alskálákön. DEP=Depresszió, ANX=Szorongás, OC=Kényszeresség-rögeszme.

7. táblázat

A különböző modellek klasztereinek eltérései az egyes BSI-alskálák átlagpontszámai mentén

BSI-alskálák	Kétklaszteres modell		Háromklaszteres modell			Négyklaszteres modell				Ötklaszteres modell				
	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	5
DEP		.630		.687			.598	.749			.570	.663	.559	.644
	.519		.516		.539	.463			.550	.469				
ANX		.737		.790			.778	.791			.725	.721	.681	.767
	.633		.627		.656	.555			.657	.543				
OC		.892		.926	.840		.883	.922	.837		.838	.863	.837	.938
	.764		.745			.702				.682				
N	603	532	477	320	338	333	300	192	310	238	272	166	287	172

Megjegyzés. A BSI-alskálák rövidítései: DEP=Depresszió, ANX=Szorongás, OC=Kényszeresség-rögeszme. A modelleken belül az elkülönülő sorokban megjelenített átlagpontszámok közt szignifikáns különbség található, az azonos vagy átfedő sorban lévő eredmények pedig nem térnek el egymástól statisztikailag. A legelső sorban a klaszterek elemszáma (N) olvasható.

Korrelációs eredmények

A BSI-változók normalitásának sérülése miatt a többszörös lineáris regresszió alkalmazása nem volt lehetséges. A változók közötti kapcsolatokat mérő Spearman rangkorrelációs együtthatókat a 8. táblázat tartalmazza.

8. táblázat

Spearman-féle korrelációs együtthatók a Big Five dimenziók és a BSI-alskálák között

	Big Five dimenziók					BSI-alskálák		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Big Five dimenziók								
1. Neuroticizmus (N)	—							
2. Extraverzió (E)	-.375**	—						
3. Nyitottság (O)	-.178**	.307**	—					
4. Barátságosság (A)	-.402**	.278**	.188**	—				
5. Lelkiismeretesség (C)	-.367**	.246**	.156**	.338**	—			
BSI-alskálák								
6. Depresszió (DEP)	.170**	-.088**	-.053	-.031	-.075*	—		
7. Szorongás (ANX)	.160**	-.039	-.010	-.004	-.086**	.619**	—	
8. Kényszeresség (OC)	.117**	-.077**	-.054	-.021	-.119**	.560**	.635**	—

Megjegyzés. * $p < .05$, ** $p < .01$

Megfigyelhető, hogy a BSI-alskálák és a Big Five Nyitottság és Barátságosság dimenziói között nincsen szignifikáns kapcsolat. Szignifikáns, de igencsak mérsékelt együttjárás figyelhető meg mindhárom BSI-mutató és a Neuroticizmus, illetve a Lelkiismeretesség dimenziók között, előbbi esetben pozitív, utóbbi esetben negatív irányban. Az extraverzió továbbá szignifikáns, de szintén kismértékű negatív kapcsolatban áll a Depresszió- és Kényszeresség-skálákkal

Diszkusszió

Jelen vizsgálat elsődleges célja az volt, hogy képet adjon arról, hogy különböző klaszterszámú modellek esetén milyen Big Five-dimenziókra épülő személyiségprototípusok rajzolódnak ki egy magyarországi mintában. Kérdés volt továbbá, hogy melyik modell az, amelyik a legmegbízhatóbban reprodukálható, illetve amelyik a legjobban meg tudja ragadni bizonyos patológiás mutatók alakulását.

A hipotézis, mely szerint a háromklaszteres megoldás lesz a legjobban reprodukálható szerkezet, nem igazolódott: a négyklaszteres felosztás minden szempontból megfelelőbb

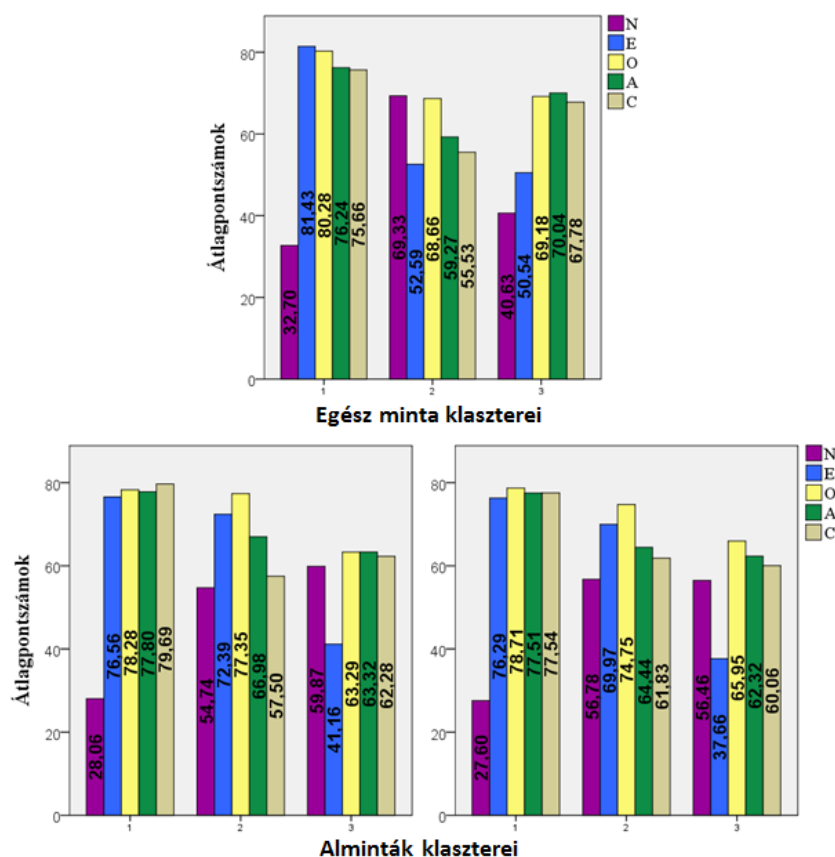
modellnek bizonyult. Bár a harmadik hipotézisnek megfelelően a kirajzolódó reziliens típus patológiás értékei voltak a legalacsonyabbak, a második számú feltételezés csak korlátozott mértékben teljesült: a reziliens klaszter mellett az alulkontrollált típus csak a négyklaszteres modellben, a túlkontrollált típus viszont egyik modellben sem jelent meg egyértelműen.

Az ideális klasztermodell

Bár a háromklaszteres megoldás összesített Kappa-együtthatója elérte az elvárt szintet, nem ez volt a legmegbízhatóbban replikálható modell, továbbá, amint azt a 10. ábra is mutatja, ezen modell esetében jelentősen eltérő módon alakultak a 2. és 3. klaszterek centroidjai az egész mintán, illetve az almintákon végzett klaszteranalízis során. Igaz, a háromklaszteres felosztás 1. klasztere mindkét szinten megfeleltethető volt a Block és Block által leírt reziliens típusként (alacsony N, magas E, O, A, C). Azonban az alulkontrollált típus almintákban kirajzolódó jellegzetes mintázata (magas N és E, alacsony A és C) az egész minta esetében már módosult (alacsony E), a túlkontrollált típus (magas N, A és C, alacsony E) pedig sem a teljes minta, sem az alminták szintjén nem volt egyértelműen azonosítható: az alminták 3. klaszterébe tartozó egyének alacsony lelkiismeretesség- és barátságosság-értékeik miatt, egész minta 3. klaszterének tagjai pedig alacsony neuroticizmus-pontszámuk miatt nem nevezhetők túlkontrolláltnak (lásd 10. ábra, illetve 9. táblázat).

A kétklaszteres modell (lásd 9. táblázat), bár megbízhatóan reprodukálható volt, és az egész minta és az alminták klaszterei is nagy egyezést mutattak, egyrészt értelemszerűen nem adhatott teret ahhoz, hogy Block és Block felosztásának mindegyik típusa megjelenjen, másrészt a reziliens klaszter mellett megjelenő csoport ebben a megoldásban sem felel meg sem a túlkontrollált, sem pedig az alulkontrollált személyiségprototípus kritériumainak. Mint fentebb is láttuk, a megfigyelhető vonáskonstelláció inkább az alulkontrollált típusra emlékeztet, ám az alacsony extravenzió miatt ez a klaszter nehezen értelmezhető másként, mint a nem-reziliens alanyok tömörüléseként. Amint Sava és Popa (2011) is megjegyzi saját kétklaszteres modellje kapcsán, egy ilyen kategória – az egyetlen másik klaszter tükörképeként – leginkább csak statisztikai műterméknek tekinthető.

A négyklaszteres modell (lásd 9. táblázat) azonban már ígéretesebb megoldásnak bizonyul. A reziliens típus (1. klaszter) mellett ez esetben a 2. klaszterrel már szépen kirajzolódik az alulkontrollált típus alapvető mintázata is (magas N, E, alacsony A, C), melyhez kongruens módon viszonylag magas nyitottság társul.



10. ábra. A háromklaszteres modell problémája: eltérő mintázatú prototípusok az egész minta, illetve az alminták klaszteranalízise után.

Érdekes továbbá, hogy a 4. klaszter konstellációjával (alacsony N, E, O, magas A, átlagos C) megjelenik egy olyan csoport, amely hasonlít egyrészt a Sava és Popa (2011) ötklaszteres modelljében leírt „passzív” típushoz (alacsony N, E, C, magas A), másrészt a Schnabel és munkatársai (2002) által azonosított „jól szabályozott” (alacsony N magas C, átlagos vagy alacsonyabb E, O, A) klaszterhez. Az átlagos (tehát a passzív típushoz képest viszonylagosan magasabb) lelkiismeretesség-pontszám, illetve a magas barátságosság miatt jelen esetben ezt a klasztert leginkább egyfajta „beilleszkedő” típusnak lehetne nevezni. Ez az együttállás egészen kíváncsi személyiségtípusnak mondható, ha figyelembe vesszük az alacsony neuroticizmus-szintet, a magas barátságosságot és átlagos lelkiismeretességet, illetve azt, hogy a nyitottság alig marad el az átlagos szinttől, valamint hogy az introverzió egyáltalán nem extrém mértékű. Sajátosságaival ez a klaszter egyben emlékeztet a munka- és szervezetszichológiában különösen kedvelt Facet5-rendszer „támogató” (supporter) típusához, mely kategóriába olyanok tartoznak, akik együttérzőek, harmóniára törekednek a körülöttük lévőkkel (és részben emiatt manipulálhatóak is), segítőkészek, de nem irányítanak,

és bár nem mindig nyilvánvaló lelkesedésük és bevonódásuk, ügyeikben elkötelezettek, lojális természetűek („Facet5 Families”, n.d.).

A 3. klaszterrel pedig egy olyan, műterméknek már korántsem tekinthető személyiség-típus rajzolódott ki, amely az alacsony barátságosság- és lelkiismeretesség-szint miatt nem azonosítható a klasszikus túlkontrollált típussal, és Barbaranelli (idézi Reece, 2009) nyomán leginkább „alacsony társas kíváncsiságú” típusnak nevezhető. Az extrém magas neuroticizmus és a szélsőségesen alacsony extravenzió-szint feltételezhető, hogy az ilyen típusú egyének nagy belső feszültséget élnek meg, amely valószínűleg sem szociális interakciók, sem kellő énerő révén nem oldható fel.

Az ötklaszteres modell (lásd 9. táblázat) nem érte el az elvárt reprodukálhatósági szintet, emellett az előzőekhez képest igazán új értelmezési keretet sem kínál, sőt, redundánssá válik. Az alulkontrollált típus itt egy kevésbé szélsőségesen neurotikus és barátságosabb, így valamelyest talán adaptívabb, „B” verzió formájában van jelen, illetve az alacsony társas kíváncsiságú személyiségkonstellációnak egy nyitottabb, kevésbé introvertált típusa is feltűnik, amely azonban nem sokban tekinthető pozitívabb mintázatnak.

9. táblázat

Az egyes modellek klasztereinek lehetséges elnevezése és jellemzői a vizsgált skálák mentén

Modell	Klaszter sorszáma és javasolt neve	Big Five dimenziók					BSI-skálák		
		N	E	O	A	C	DEP	ANX	OC
2 klaszter	1. Reziliens	A	M	M	M	M	-	-	-
	2. Non-reziliens	M	A	A	A	A	-	-	-
3 klaszter	1. Reziliens	A	M	M	M	M	-	-	A
	2. Alulkontrollált (?)	M+	A(?)	A	A	A	M	M	M
	3. Túlkontrollált (?)	A(?)	A	A	M	M	-	-	-
4 klaszter	1. Reziliens	A	M	M	M	M	A	A	A
	2. Alulkontrollált	M+	M	M	A	A	-	M	-
	3. Alacsony társas kíváncsiságú	M+	A+	A	A	A	M	M	-
	4. Beilleszkedő	A	A	A	M	-	-	-	-
5 klaszter	1. Reziliens	A+	M	M	M	M	A	A	A
	2. Alulkontrollált „B”	M	M	M	-	A	-	-	-
	3. Alacsony társas kíváncsiságú	M+	A+	A	A	A	-	-	-
	4. Beilleszkedő	A+	A	A	M	-	-	-	-
	5. Alacsony társas kíváncsiságú „B”	M+	A	-	A	A+	-	-	-

Megjegyzés. A teljes minta átlagpontszámainál magasabb skálaértékeket M, az alacsonyabb pontszámokat pedig A betűk jelzik. A + jel azokat az eseteket jelöli, ahol az átlagtól való eltérés mértéke nagyobb két szórásnál. A kérdőjel azt jelzi, hogy az adott klaszter bizonyos vonás mentén nem felel meg a korábbi kutatásokban azonosított, névadó prototípus kritériumainak.

Klasztermodellek és BSI-értékek

Az egyes felosztások klasztereinek BSI-szintjeit megvizsgálva (lásd 9. táblázat) az látható, hogy ebből a szempontból is a négyklaszteres megoldás a leginformatívabb, legdifferenciáltabb modell. A reziliens klaszter ebben az esetben jár együtt mindhárom patológiás mutató alacsony értékével, úgy, hogy közben a többi klaszterre is eltérő, sajátos BSI-mintázat jellemző.

Így az alulkontrollált klasztertagságra például úgy tűnik, elsősorban a Szorongás-skála magas pontszáma jellemző, míg a depresszió és a kényszeresség szintje átlagos mértékű ebben a csoportban (lásd 9. táblázat), ami érthető, hiszen a depresszió tüneteivel a magas extravertió, a kényszerességgel pedig az alacsony lelkiismeretesség ellentmondásban állna (Chioqueta és Stiles, 2005; Rector et al., 2002).

Az „alacsony társas kíváncsiságú” nevet kapott kategória esetében azonban a szorongás mellett a Depresszió-skála értéke is megemelkedett, ami nem meglepő, ha figyelembe vesszük, hogy ebben a csoportban a magas neuroticizmus szélsőségesen alacsony extravertióval és alacsony nyitottsággal jár együtt (lásd 9. táblázat).

Az, hogy a beilleszkedő klaszter patológiás mutatói átlagos szinten mozognak, megerősíti azt a fentebb leírt megállapítást, miszerint ez a kategória a reziliens típus mellett a második legpozitívabb, viszonylag egészséges konstelláció volna. Ezt egyébként a különböző klaszterek BSI-értékeinek páronkénti összehasonlítása is alátámasztja: Depresszió-skálapontszámok tekintetében a beilleszkedő típus nem tér el jelentősen sem a reziliens, sem az alulkontrollált típusok értékeitől, és így egyfajta köztes helyet foglal el az ellenálló egyének, és a depresszió szempontjából csak mérsékelten veszélyeztetettek között (ugyanis ez utóbbi, alulkontrollált klaszter, amellyel, hogy átlag alatti depresszió-értékkel jellemezhető, nem különül el szignifikánsan veszélyeztetettebb alacsony társas kíváncsiságú csoporttól, lásd 7. táblázat). Szorongás-értékek szempontjából a beilleszkedő klaszter szintén nem tér el a reziliens csoporttól, elkülönül viszont az egyenlő mértékben szorongó alulkontrollált és alacsony társas kíváncsiságú párostól (lásd 7. táblázat). Végül pedig a beilleszkedő egyének a kényszeresség szintje szerint nem térnek el attól a reziliens klaszterhez képest megemelkedett, de még átlagos övezettől, melyben az alulkontrollált, illetve az alacsony társas kíváncsiságú klaszter is található.

A többi klasztermodell ennél csak szegényesebb képet tud adni a patológiás mutatók viszonyairól. Bár a reziliens típus a kétklaszteres felosztásban is elkülönül a másik csoporttól

(lásd 7. táblázat), amelyet magasabb relatív BSI-értékek jellemeznek, azonban egyik klaszter nem jellemezhető valamilyen kiugró, az átlagtól eltérő skálapontszámmal.

A háromklaszteres modellben érdekes módon a négyklaszteres megoldás alacsony társas kíváncsiságú csoportjára emlékeztető, ám valamivel extravertáltabb, jobb híján alulkontrolláltnak elnevezett 2. klaszter tömöríti a magas patológiás értékekkel jellemezhető tagokat, míg a túlkontrollált típusra hasonlító, ám alacsony neuroticizmussal jellemezhető 3. klaszter tölti be meg azt a fajta átmeneti szerepet, mint a beilleszkedő típus a négyklaszteres modellben (végtére is egészen hasonló mintázatot mutatnak). Ez a 3. klaszter, a 2. klasztertől elkülönülve, a reziliens kategóriával egy szinten áll depresszió és szorongás tekintetében, kényszeresség szempontjából pedig köztes helyen a 2. klaszter és a reziliens típus között (lásd 7. táblázat), mely utóbbi klaszter ebben a háromklaszteres megoldásban inkább csak átlagosnál alacsonyabb Kényszeresség-értékével tűnik ki, egyébként az ebbe a csoportba tartozó egyének is az átlagos övezetbe tartoznak depresszió és szorongás szempontjából (lásd 9. táblázat).

Az ötklaszteres megoldás esetén a reziliens típus, hasonlóan a négyklaszteres modellhez, mindhárom BSI-dimenzió mentén átlag alatti pontszámmal jellemezhető, azonban a többi klaszter közül egy sem rendelkezik megkülönböztető értékkel az egyes patológiák szempontjából (lásd 9. táblázat). Az viszont ismét az itt is fellelhető beilleszkedő típus mellett szól, hogy ez az a klaszter, amelyik bár nem különül el határozottan a többi klasztertől sem, a „védett” reziliens típushoz is közel áll (lásd 7. táblázat).

És a hagyományos módszer...

Látható, hogy a személyiségprototípusok egy megfelelő modellje igen érdekes viszonyokat képes leírni különböző vonáskonstellációk és bizonyos patológiás tendenciák között. Természetesen bizonyos esetekben az egyes vonások korrelációs eredményekre épülő, izolált vizsgálata is informatív lehet a személyiség és egy-egy betegség összefüggéseinek leírásában. A neuroticizmus dimenzió pozitív korrelációja a BSI-alskálákkal például olyan alapvető és egyértelmű tendencia, amelyről a klaszteralapú tipológia nem tudott igazán újat mondani: a magas neuroticizmus szint a BSI-értékek megemelkedett szintjével jár együtt, az alacsonyabb neuroticizmus pedig alacsonyabb patológiás mutatókkal. Hasonló a helyzet a lelkiismeretességgel, melynek viszont alacsony szintje jár együtt magasabb BSI-skálákon elért pontszámmal.

Azonban az Extraverzió-, a Nyitottság- és a Barátságosság- skálák esetében a helyzet már nem ennyire fekete-fehér. A négyklaszteres modell két-két típuspárja nagyon jól illusztrálja, hogy a magas, illetve az alacsony extraverzió szint kontextustól függően egyaránt valószínűsíthet bizonyos patológiákat, de ugyanúgy lehet az egészséges egyén sajátossága is. Így például egészen mást jelenthet az extraverzió egy magas barátságossággal és lelkiismeretességgel jellemezhető reziliens személy esetében, aki mondjuk aktív, proszociális módon lép kapcsolatba környezetével; és megint mást egy olyan alulkontrollált személy esetében, akire ugyanezen két másik vonás kevésbé érvényes, és aki mondjuk környezetére zúdítja feszültségét, indulatait. Ugyanígy az alacsony extraverzió nemcsak a barátságatlan és zárkózott, alacsony társas kíváncsiságú személy depresszív befelé fordulását jelezheti, hanem egy egészséges visszafogottságot és kontrollt is.

Ugyanezek a példák egyben megvilágítják másik két vonás, a lelkiismeretesség és a barátságosság jelentőségét, melyek a korrelációs eredmények alapján a patológiák tekintetében hatással igazán nem rendelkező vonásoknak tűnnek, valójában azonban úgy tűnik, nagyon fontos módosító tényezőként működnek a személyiség Gestalt-jellegének kialakításában, és ezáltal egyes zavarok bejósolásában is.

Összegzés

A várakozással ellentétben a háromklaszteres felosztásnál megbízhatóbban reprodukálható és informatívabb modellnek bizonyult egy négyklaszteres megoldás. Ez összhangban áll Sava és Popa (2011) azon megállapításával, hogy közép-kelet-európai országok populációjához nem feltétlenül egy főként nyugati (nyugatibb) társadalmakban alátámasztást nyert háromklaszteres modell illeszkedik a legjobban.

A kapcsolódó második hipotézis, mely szerint a Block és Block által leírt, és sok más kutatás által megerősített tipológia jelen vizsgálat esetében is kimutatható lesz, csak részben teljesült: a reziliens típus mellett az alulkontrollált klaszter volt egyértelműen azonosítható. Emellett két, újabb kutatásokban leírt prototípusokhoz hasonló klaszter körvonalazódott: egy a Sava és Popa (2011) által leírt típussal összeegyeztethető, „beilleszkedő”, illetve egy Barbaranelli (idézi Reece, 2009) nyomán „alacsony társas kíváncsiságú” típusnak elnevezett klaszter.

A patológiás mutatók alapján az alulkontrollált, illetve az alacsony társas kíváncsiságú klaszter mondható „veszélyeztetett” típusnak. Közös tulajdonságuk a magas neuroticizmus, illetve az alacsony barátságosság és lelkiismeretesség, mely konstellációk így

valószínűsíthetően kockázati tényezőt jelentenek. Ezzel szemben, amint az a beilleszkedő típus sajátosságaiból látszik, a magas barátságosság, illetve a legalább átlagos lelkiismeretesség alacsony neuroticizmus mellett a patológiás értékek átlagos szintjével jár együtt; az ehhez társuló magas extraverzió és nyitottság pedig a mentális zavarokkal szemben ellenálló személyiségtypust eredményez.

A bemutatott négyklaszteres modell erősségeként lehet kiemelni, hogy igen magas összesített Kappa-együtthatóval rendelkezik, amely hasonlóan heterogén minták esetében ritkán tapasztalható (Sava & Popa, 2011), és amelynek köszönhetően ez a felosztás a sokszor jobb replikálhatósága miatt előnyben részesített háromklaszteres modell versenyképes alternatíváját adja.

Emellett azt is fontos hangsúlyozni, hogy a jó replikálhatóság mellett az egyes klaszterek valódi jelentéssel, bizonyos alapvető differenciáldiagnosztikai erővel bírnak. Korlátként kell azonban megemlíteni a vizsgált patológiás mutatók minimalista jellegét, mely egyben további kutatásra sarkallhat. Érdeemes lenne olyan mérőszközöket alkalmazni, melyek árnyaltabb képet nyújthatnak egy-egy mentális problémáról, releváns lelki működésről. Valószínű továbbá, hogy egy klinikai mintavétel markánsabb különbségeket eredményezhet a különböző klaszterek között bizonyos patológiás értékek mentén, azok mintázatában.

Az mindenesetre világosan látszik, hogy léteznek bizonyos megbízhatóan fellelhető és reprodukálható vonásalapú személyiségprototípusok, amelyek mellett további érdekes, átmeneti klaszterek is leírhatók, illetve hogy az egészséges(ebb) és a különböző patológiákra hajlamosabb személyiségnek sajátos Big Five mintázatai lehetnek. A személyiségpszichológiának és a prototipikus szemléletnek tehát, úgy tűnik, nagyon is lehet keresnivalója a pszichopatológia terén, és még sok érdekes adalékkal szolgálhat a mentális működés dinamikus interakciókról.

Hivatkozások

- Alarcón, R. D. (2010). Cultural issues in the coordination of DSM-V and ICD-11. In Millon, T., Krueger, R. F., Simonsen, E. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 97-110). New York, NY: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2011). DSM-5 revisions for personality disorders reflect major change. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM-5-Revisions-for-Personality-Disorders-Reflect-Major-Change-.pdf>
- Asendorpf, J. B. (2002). Editorial: The puzzle of personality types. *European Journal of Personality*, 16, S1-S5. doi:10.1002/per.446
- Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F., & van Aken, M. A. G. (2001). Carving personality description at its joints: confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15, 169-98. doi:10.1002/per.408
- Asendorpf, J. B., & van Aken, M. A. G. (1999). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality prototypes in childhood: replicability, predictive power, and the trait-type issue. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 815-32.
- Bagby, R. M., Joffe, R. T., Parker, J. D. A., Kalembo, V. & Harkness, K. L. (1995). Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders* 9(3), 224-34. doi:10.1521/pedi.1995.9.3.224
- Barbaranelli, C. (2002). Evaluating cluster analysis solutions: an application to the Italian NEO personality inventory. *European Journal of Personality* 16(1), 43-55. doi:10.1002/per.449
- Berry, J. W., Elliott, T. R., & Rivera, P. (2008). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 292–302. doi:10.1080/00223890701629813
- Blashfield, R. K., Flanagan, E., & Raley, K. (2010). Themes in the evolution of the 20th century DSMs. In Millon, T., Krueger, R. F., Simonsen, E. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 53-71). New York, NY: The Guilford Press.
- Boehm, B., Asendorpf, J. B., Avia, M. D. (2002). Replicable types and subtypes of personality: Spanish NEO-PI samples. *European Journal of Personality*, 16, S25-S41. doi:10.1002/per.446
- Buchanan, R. D. (1994). The development of the Minnesota multiphasic personality inventory. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 25, 148-161.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2006). Személyiségpszichológia. Budapest: Osiris.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1283-91.

- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Pieters, G., & Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the big five model. *Journal of Personality Disorders* 20(4), 401-16. doi:10.1521/pedi.2006.20.4.401
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 6(4), 343-59.
- Costa, P. T., Jr., Herbst, J. H., McCrae, R. R., Samuels, J., & Ozer, D. J. (2002). The replicability and utility of three personality types. *European Journal of Personality* 16(1), 73-87. doi:10.1002/per.448
- Corr, P. J., & Matthews, G. (2009). Editors' general introduction. In Corr, P. J. and Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. xxii-xlii). New York, NY: Cambridge University Press.
- Claridge, G. (2009): Personality and psychosis. In Corr, P. J. and Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 631-648). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cloninger, S. (2009). Conceptual issues in personality theory. In Corr, P. J. and Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 3-26). New York, NY: Cambridge University Press.
- Deary, I. J. (2009). The trait approach to personality. In Corr, P. J. and Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 89-109). New York, NY: Cambridge University Press.
- DeFruyt, F., Mervielde, I., & Leeuwen, K. (2002). The consistency of personality type classification across samples and five-factor measures. *European Journal of Personality* 16(1), 43-55. doi: 10.1002/per.444
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dyce, J. A. (1997). The big five factors of personality and their relationship to personality disorders. *Journal of Clinical Psychology* 53(6), 587-93. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199710)53:6<587::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H
- Facet5 Families. (n.d.). Retrieved from: <http://www.icebergtools.com/pdfs/Iceberg14.pdf>
- Farnam, A., Farhang, S., Bakhshipour, A., & Niknam, E. (2011). The five factor model of personality in mixed anxiety-depressive disorder and effect on therapeutic response. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(4), 255-57. doi:10.1016/j.ajp.2011.10.001
- Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2010). On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. In Millon, T., Krueger, R. F., Simonsen, E. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 72-96). New York, NY: The Guilford Press.

- Gramzow, R. H., Sedikides, C., Panter, A. T., Sathy, V., Harris, J., & Insko, C. A. (2004). Patterns of self-regulation and the big five. *European Journal of Personality*, 18, 367-85. doi:10.1002/per.513
- Harkness, K. L., Bagby, R. M., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2002). Major depression, chronic minor depression, and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*, 16, 271-81. doi:10.1002/per.441
- Helman, C. G. (2003). *Kultúra, egészség és betegség*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Holm, S. (1979). A simple sequential rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6, 65-70.
- Huey, S. J., Jr., & Weisz, J. R. (1994) Ego control, ego resiliency, and the five-factor model as predictors of behavioral and emotional problems in clinic-referred children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 404-15.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102-139), New York, NY: The Guilford Press.
- Kraemer, H. C., Kupfer, D. J, Narrow, W. E., Clarke, D. E. & Regier, D. A. (2010). Moving toward DSM-5: The field trials. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1158-1160. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10070962
- Krueger, R. F., & Tackett, J. L. (2003). Personality and psychopathology: Working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorders*, 17(2), 109-28.
- Lenzenweger, M. F. (2010). Contemplations on Mehl (1986): The territory, Paul's map, and our progress in psychopathology classification (or, the challenge of keeping up with a beacon 30 years ahead of the field). In Millon, T., Krueger, R. F., Simonsen, E. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 187-204). New York, NY: The Guilford Press.
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 401-412.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139–157. doi:10.1037/0022-3514.88.1.139
- Marques de Sá, J. P. (2001). *Pattern recognition: Concepts, methods and applications*. Springer Verlag.
- Martel, M. M., Goth-Owens, T., Martinez-Torteya, & C., Nigg, J. T. (2010). A person-centered personality approach to heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 186-96. doi: 10.1037/a0017511

Mayes, R., Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 43(4), 249-67.

McCrae, R. R. (2009). The five-factor model of personality traits: consensus and controversy. In Corr, P. J. and Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 148-160). New York, NY: Cambridge University Press.

Millon, T., & Simonsen, E. (2010). A précis of psychopathological history. In Millon, T., Krueger, R. F., Simonsen, E. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 3-52). New York, NY: The Guilford Press.

Mirnic Zsuzsanna (2006). *A személyiség építőkövei. Típus-, vonás- és biológiai elméletek*. Budapest: Bölcsész Konzorcium.

Mueller, A., Claes, L., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & de Zwaan, M. (2010). Personality prototypes in individuals with compulsive buying based on the big five Model. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 930-35.

Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2009). Diagnosis and assessment of disorders of personality. In Corr, P. J. and Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 649-59). New York, NY: Cambridge University Press.

Nigg, J. T., John, O. P., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Willcutt, E. G., Hinshaw, S. P., & Pennington, B. (2002). Big five dimensions and ADHD symptoms: links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 451-69.

Rector, N. A., Hood, K., Richter, M. A., & Bagby, R. M. (2002). Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1205-19.

Rector, N. A., Richter, M. A., & Bagby, R. M. (2005). The impact of personality on symptom expression in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 231-36.

Reece, T. J. (2009). Personality as a gestalt: a cluster analytic approach to the big five. *Masters Theses & Specialist Projects*, 123. <http://digitalcommons.wku.edu/theses/123>

Robins, R. W., & Tracy, J. L. (2003). *Setting an agenda for a person-centered approach to personality development*. Elérési cím: http://ubc-emotionlab.ca/wp-content/files_mf/srcdcomment.pdf

Rothbart, M. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 207-212. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00505.x

Sava, F.A., & Popa, R.I. (2011). Personality types based on the big five model. A cluster analysis over the Romanian population. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 15(3), 359-84.

Schnabel, K., Asendorpf, J. B., & Ostendorf, F. (2002). Replicable types and subtypes of personality: German NEO-PI-R versus NEO-FFI. *European Journal of Personality*, 16, S7-S24.

Stengel, E. (1959). Classification of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 21, 601-63

Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1970). The origin of personality. *Scientific American*, 223(2), 102-109. doi:10.1038/scientificamerican0870-102

Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* 103(2), 350-60.

Vachon, D. D., & Bagby, R. M. (2009). Mood and anxiety disorders: the hierarchical structure of personality and psychopathology. In Corr, P. J. and Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 611-30). New York, NY: Cambridge University Press.

Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 197-220.
doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153542

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: an application of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 363-93.

„A” melléklet

Big Five Inventory

Az alábbiakban különböző személyiségjellemzőket talál, amelyek közül néhány jellemző lehet Önre, néhány pedig nem. Kérjük jelölje egy ötfokozatú skálán, hogy az adott állítások, szempontok Önt mennyire jellemzik.

1 – Egyáltalán nem értek egyet 2 – Inkább nem értek egyet 3 – Igaz is, nem is
4 – Egyetértek 5 – Teljesen egyetértek

Olyannak látom magam, mint aki ...	1	2	3	4	5
1. beszédes	☐	☐	☐	☐	☐
2. hajlamos másokban a hibát keresni	☐	☐	☐	☐	☐
3. alapos és precíz	☐	☐	☐	☐	☐
4. rossz kedélyállapotú, lehangolt	☐	☐	☐	☐	☐
5. kreatív, találékony	☐	☐	☐	☐	☐
6. zárkózott	☐	☐	☐	☐	☐
7. önzetlenül viselkedik másokkal és segítőkész	☐	☐	☐	☐	☐
8. hajlamos a lazaságra, nemtörődömségre	☐	☐	☐	☐	☐
9. nyugodt és a stresszt jól kezeli.	☐	☐	☐	☐	☐
10. sok különböző dolog iránt érdeklődik	☐	☐	☐	☐	☐
11. tele van energiával	☐	☐	☐	☐	☐
12. hajlamos nézeteltérésekbe keveredni	☐	☐	☐	☐	☐
13. lelkiismeretes munkát végez	☐	☐	☐	☐	☐
14. időnként feszült	☐	☐	☐	☐	☐
15. szellemes, mély gondolkodású	☐	☐	☐	☐	☐
16. sok dologért lelkesedik	☐	☐	☐	☐	☐
17. megbocsátó	☐	☐	☐	☐	☐

18. hajlamos a szétszórtságra	O	O	O	O	O
19. sokat aggodalmaskodik	O	O	O	O	O
20. képzeletgazdag, fantáziadús	O	O	O	O	O
21. hajlamos csendesen viselkedni	O	O	O	O	O
22. általában bizakodó.	O	O	O	O	O
23. hajlamos a lustaságra	O	O	O	O	O
24. érzelmileg stabil, nem borul ki könnyen	O	O	O	O	O
25. leleményes	O	O	O	O	O
26. magabiztos, tudja mit akar	O	O	O	O	O
27. hűvös és távolságtartó	O	O	O	O	O
28. kitartó, feladatait végigviszi.	O	O	O	O	O
29. hangulatember, hajlamos az érzelmi hullámzásokra	O	O	O	O	O
30. kedveli a művészetet	O	O	O	O	O
31. néha szégyenlős és gátlásos	O	O	O	O	O
32. szinte mindenkivel tapintatos és kedves	O	O	O	O	O
33. hatékonyan intézi a dolgait, ügyeit	O	O	O	O	O
34. nehéz helyzetben is higgadt, jó az önuralma	O	O	O	O	O
35. szereti a megszokott dolgokat	O	O	O	O	O
36. társaságkedvelő.	O	O	O	O	O
37. néha goromba és kíméletlen másokkal	O	O	O	O	O
38. céltudatos és a terveit véghez viszi	O	O	O	O	O
39. könnyen felidegesíti magát	O	O	O	O	O
40. szeret elmélkedni és álmodozni	O	O	O	O	O
41. kevésbé érdeklődik a művészetek iránt	O	O	O	O	O
42. szereti a közös, csoportos feladatokat	O	O	O	O	O
43. könnyen jön zavarba	O	O	O	O	O
44. kifinomult ízlésű a művészetek, a zene és az irodalom terén	O	O	O	O	O

„B” melléklet

Derogatis-féle Rövid Tünetlista (Brief Symptom Inventory)

Az alábbi listában olyan problémákat talál, amelyek sokszor előfordulnak embereknél. Kérjük, hogy figyelmesen olvassa végig ezt a listát, és jelölje meg, mennyire zavarták vagy terhelték ezek az elmúlt egy hét folyamán. Ötféle választ adhat, az alábbiak szerint:

0	1	2	3	4
egyáltalán nem	egy kicsit	mérsékelt	jelentősen	teljes mértékben

Válasza jelöléséhez karikázza be a megfelelő számot. Amennyiben pedig nem tud válaszolni, a sor végén szereplő N betűt. Kérjük, hogy minden sorban adjon valamilyen választ.

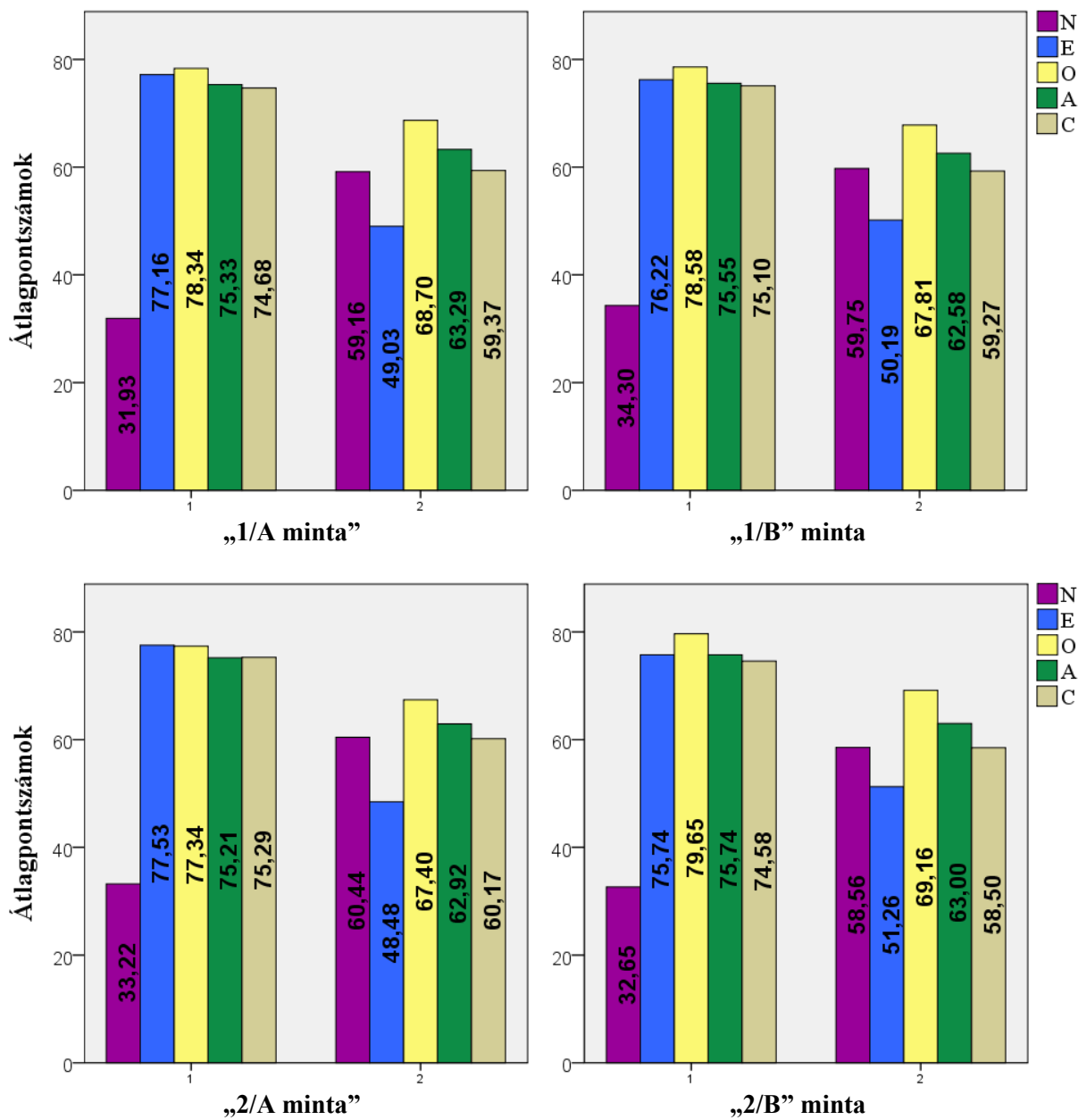
1.	Idegesség, belső bizonytalanság.	0	1	2	3	4	N
2.	Gyengeség vagy szédülésérzés.	0	1	2	3	4	N
3.	Sejtés, hogy valaki más kontrollálja a gondolatait.	0	1	2	3	4	N
4.	Olyan érzés, hogy legtöbb bajáért mások felelősek.	0	1	2	3	4	N
5.	Emlékezés gyengülése, zavara.	0	1	2	3	4	N
6.	Könnyen felbosszantható, felingerelhető.	0	1	2	3	4	N
7.	Szívtáji vagy mellkasi fájdalmak.	0	1	2	3	4	N
8.	Félelemérzés, amikor nyílt területen közlekednek (pl. téren, utcán átvágni).	0	1	2	3	4	N
9.	Gondolatok arról, hogy jobb lenne befejezni az életet.	0	1	2	3	4	N
10.	Olyan érzés, hogy a legtöbb emberben nem lehet megbízni.	0	1	2	3	4	N
11.	Étvágytalanság, gyenge étvágy.	0	1	2	3	4	N
12.	Ok nélküli, hirtelen megrémülések.	0	1	2	3	4	N
13.	Fékezhetetlen, uralhatatlan indulatkitörések.	0	1	2	3	4	N
14.	Egyedüllét érzése, még társaságban is.	0	1	2	3	4	N
15.	Gátoltság érzése, miközben tenni kellene a dolgokat.	0	1	2	3	4	N
16.	Magányérzés.	0	1	2	3	4	N
17.	Szomorúság, rosszkedv.	0	1	2	3	4	N
18.	Általános érdektelenség, közöny.	0	1	2	3	4	N
19.	Szorongásérzés, aggodalmaskodás.	0	1	2	3	4	N
20.	Sértődékenység.	0	1	2	3	4	N
21.	Olyan érzés, hogy az emberek barátságtalanok vele, vagy nem kedvelik.	0	1	2	3	4	N
22.	Kisebbségi érzés másokkal szemben.	0	1	2	3	4	N

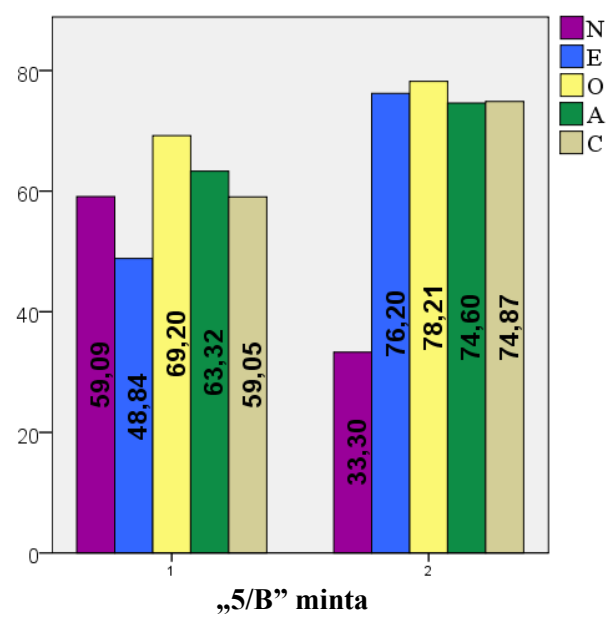
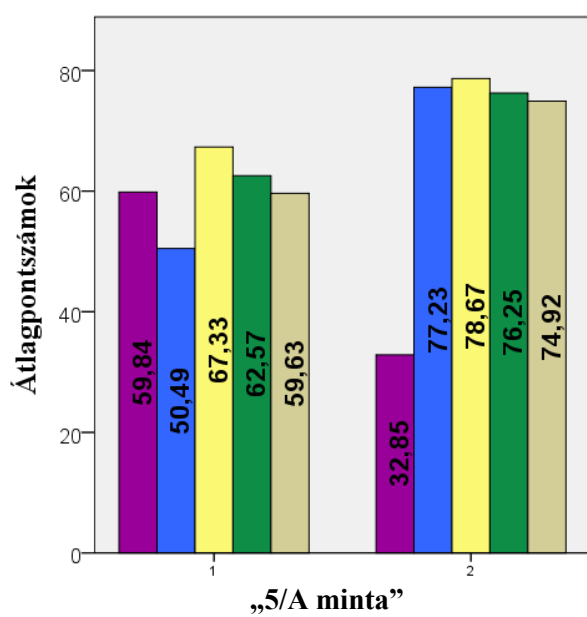
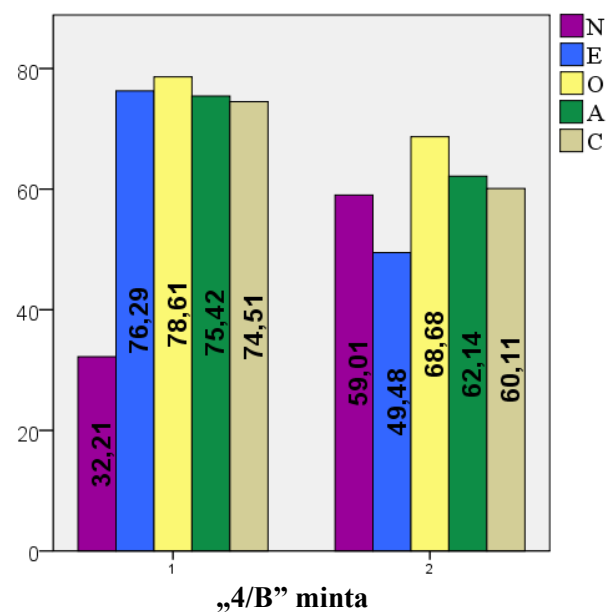
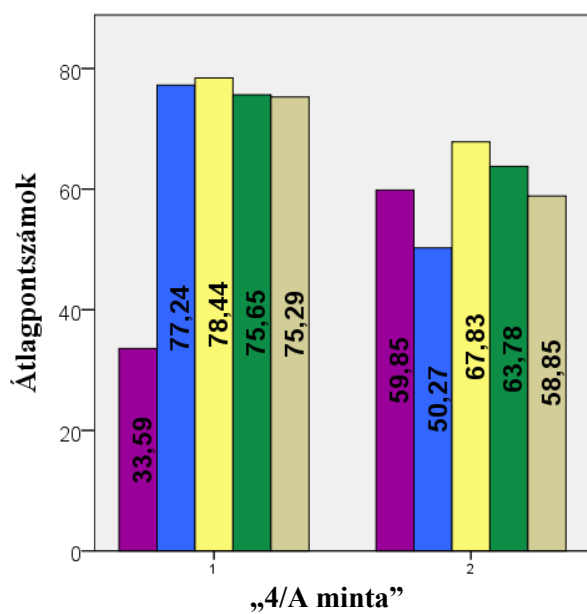
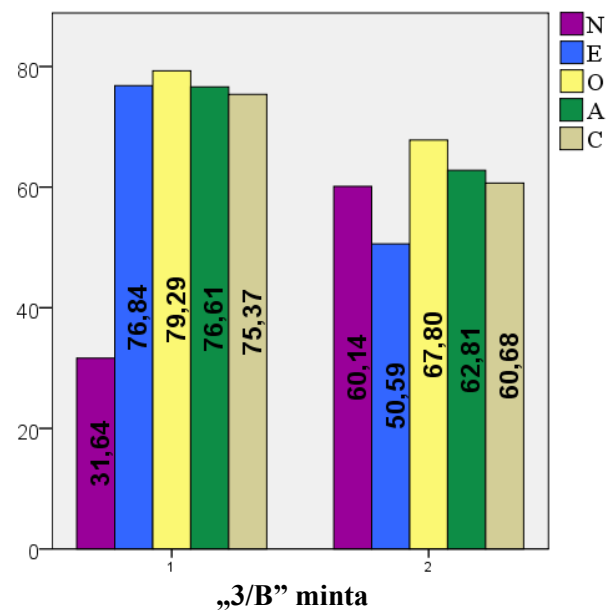
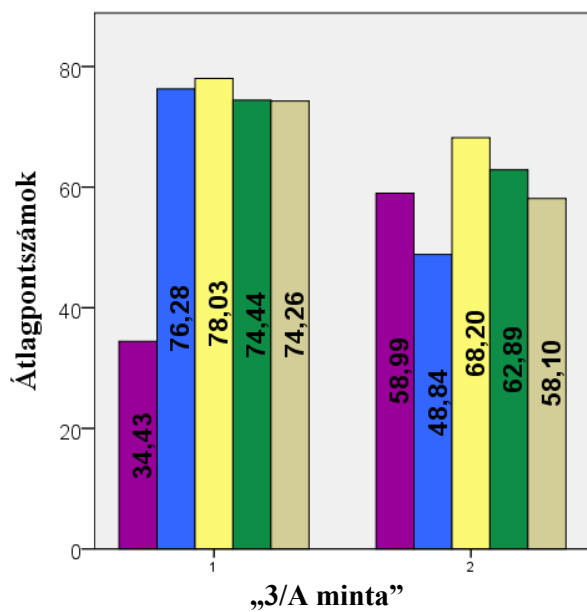
23.	Hányinger, émelygés a gyomorban.	0	1	2	3	4	N
24.	Olyan érzés, hogy megfigyelik, vagy a háta mögött kibeszélik.	0	1	2	3	4	N
25.	Nehézségek az elalvásban.	0	1	2	3	4	N
26.	Ellenőrizni, akár ismételten is, a cselekvései helyességét.	0	1	2	3	4	N
27.	Nehézségek a döntések meghozatalában.	0	1	2	3	4	N
28.	Félelem, szorongás a közlekedésben (buszon, metrón, vonaton).	0	1	2	3	4	N
29.	Lélegzési zavar (időnként mintha nem kapna elég levegőt).	0	1	2	3	4	N
30.	Időszakos forróság hullámok, vagy didergés.	0	1	2	3	4	N
31.	Bizonyos, félelmet kiváltó dolgok, helyek, tevékenységek kerülése.	0	1	2	3	4	N
32.	A gondolkodás, az elme kiürülése.	0	1	2	3	4	N
33.	A test különböző pontjain zsibbadás, bizsergés.	0	1	2	3	4	N
34.	Olyan érzés, hogy az elkövetett bűnökért valamikor bűnhődni kell.	0	1	2	3	4	N
35.	Reménytelen jövőkép.	0	1	2	3	4	N
36.	Zavar a figyelem-összpontosításban.	0	1	2	3	4	N
37.	Gyengeségérzés a végtagokban vagy általában a testben.	0	1	2	3	4	N
38.	Feszültség vagy állandó izgatottság érzése.	0	1	2	3	4	N
39.	Gondolatok a halálról vagy a haldoklásról.	0	1	2	3	4	N
40.	Késztetés valaki más megütésére, bántalmazására, vagy kárt okozni neki.	0	1	2	3	4	N
41.	Késztetés tárgyak összetörésére, megtiprására stb.	0	1	2	3	4	N
42.	Félénkség másokkal szemben.	0	1	2	3	4	N
43.	Tömegbe, sokaságba kerülve rossz, kellemetlen érzés.	0	1	2	3	4	N
44.	A másikhoz viszonyulásban a közeli, meghitt kapcsolat érzésének hiánya.	0	1	2	3	4	N
45.	Rémület- vagy pánikrohamok.	0	1	2	3	4	N
46.	Fokozott vitatkozó kedv, túl gyakori vitába bonyolódás.	0	1	2	3	4	N
47.	Egyedüllét esetén nyugtalanság, félelemérzés.	0	1	2	3	4	N
48.	Az a hit, hogy mások nem értékelik megfelelően a teljesítményét.	0	1	2	3	4	N
49.	Olyan fokú nyugtalanság, amely a személyt felállásra, járkálásra készíti.	0	1	2	3	4	N
50.	Értéktelenség érzése.	0	1	2	3	4	N
51.	Olyan érzés, hogy az emberek kihasználják őt, ha hagyja.	0	1	2	3	4	N
52.	Bűntudat érzése (indokolatlanul).	0	1	2	3	4	N
53.	Az a gondolat, hogy nem tiszta a feje.	0	1	2	3	4	N

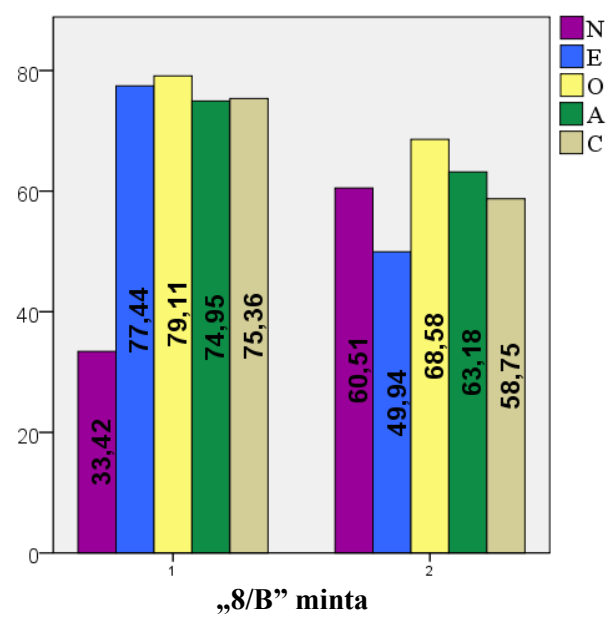
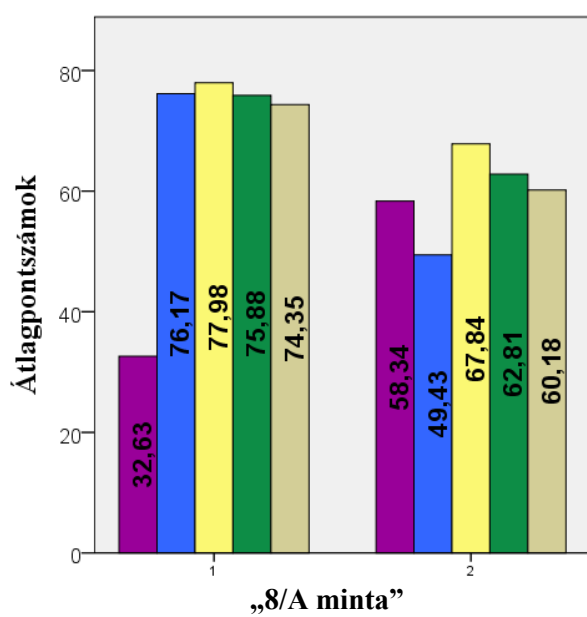
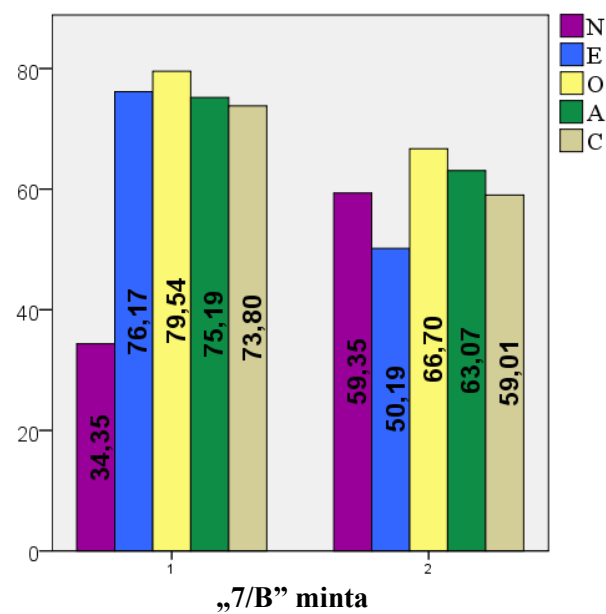
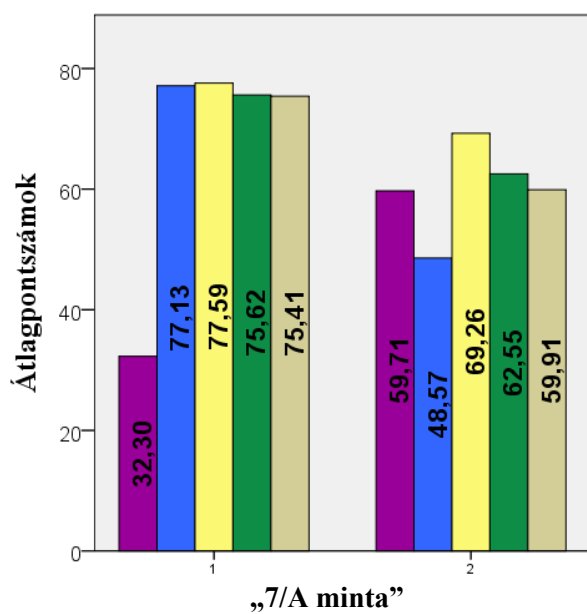
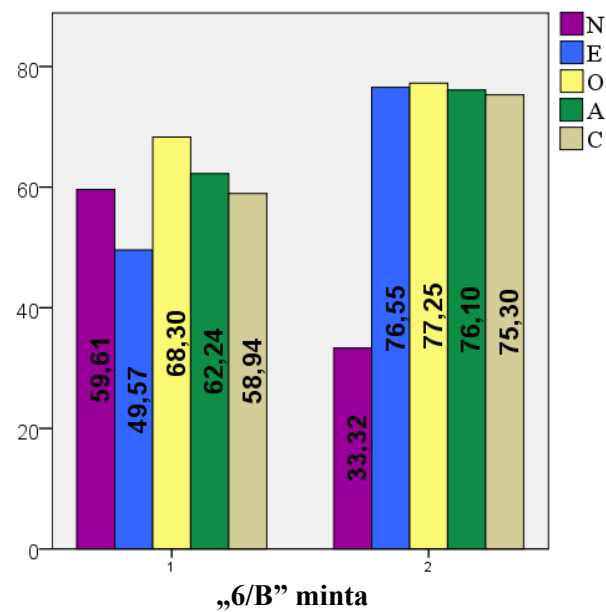
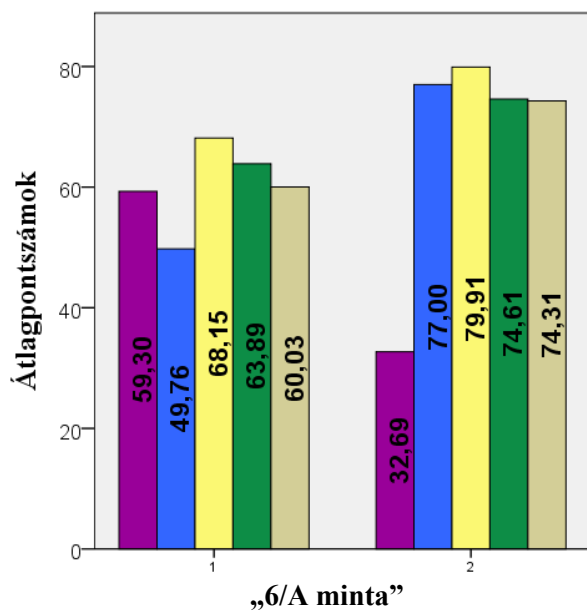
„C” melléklet

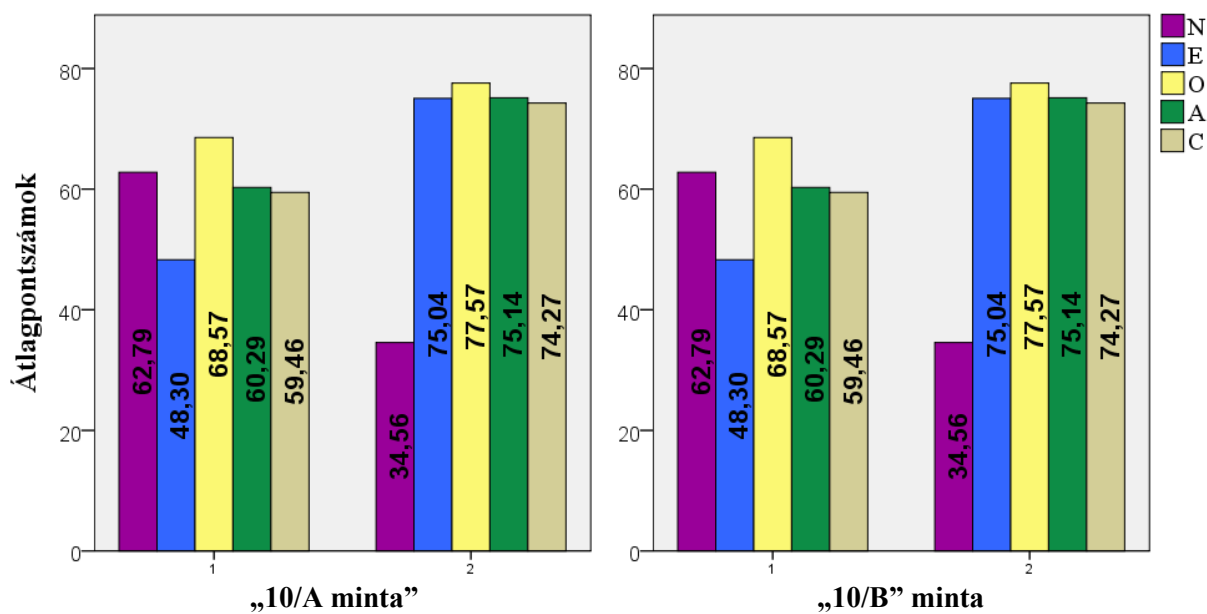
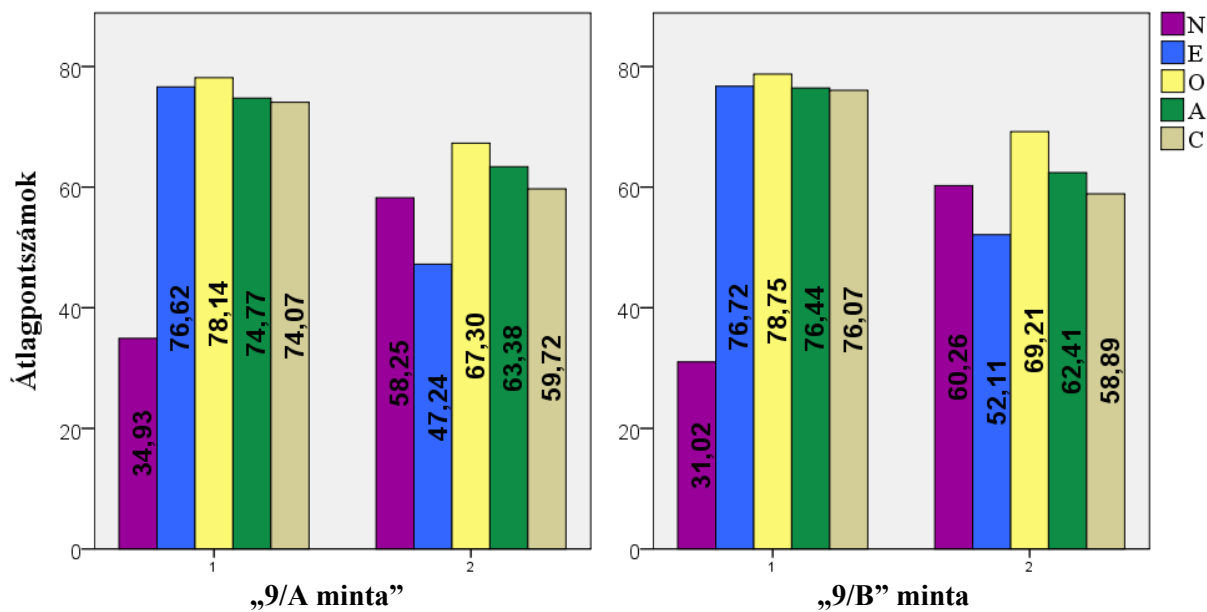
Az egyes klaszterek Big Five-átlagértékei a random felezéssel létrehozott almintákon

A kétklaszteres modell

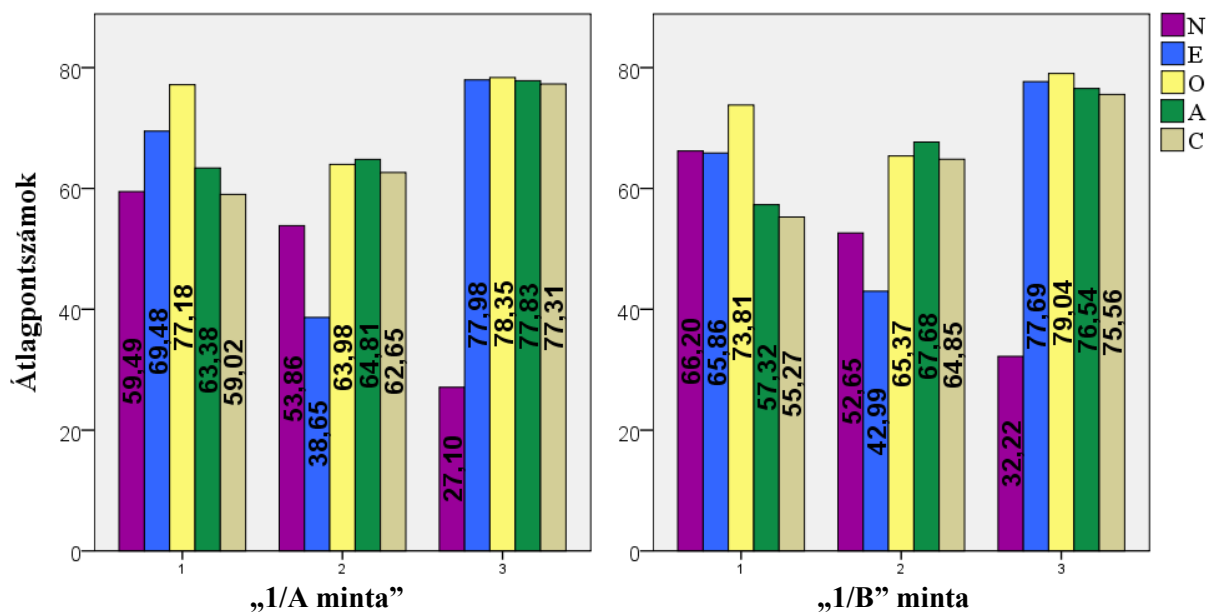


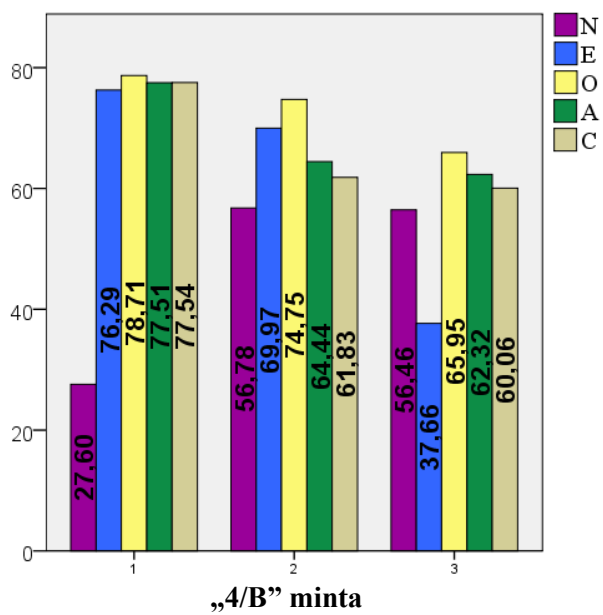
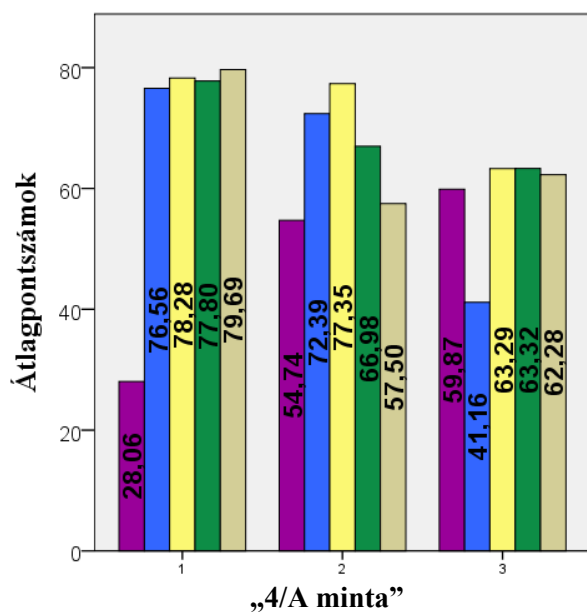
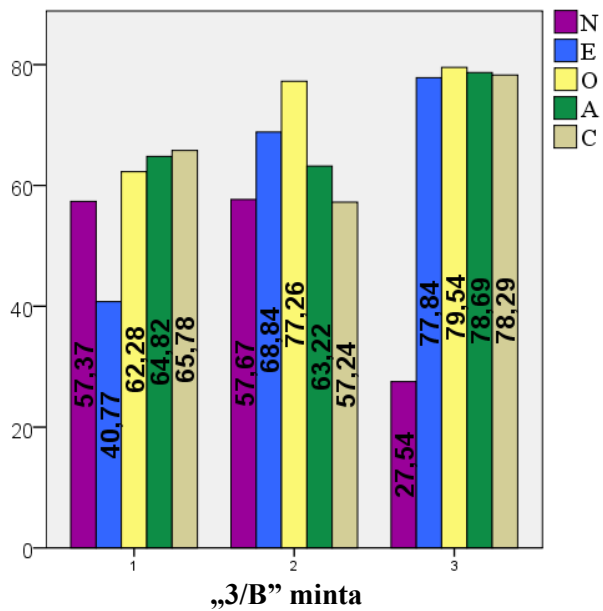
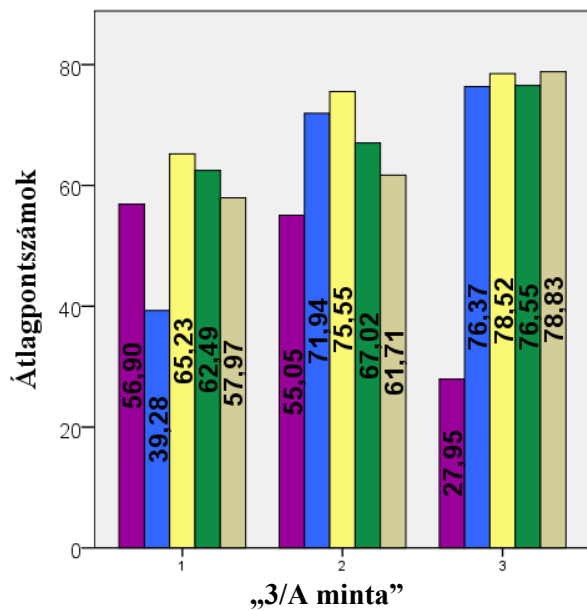
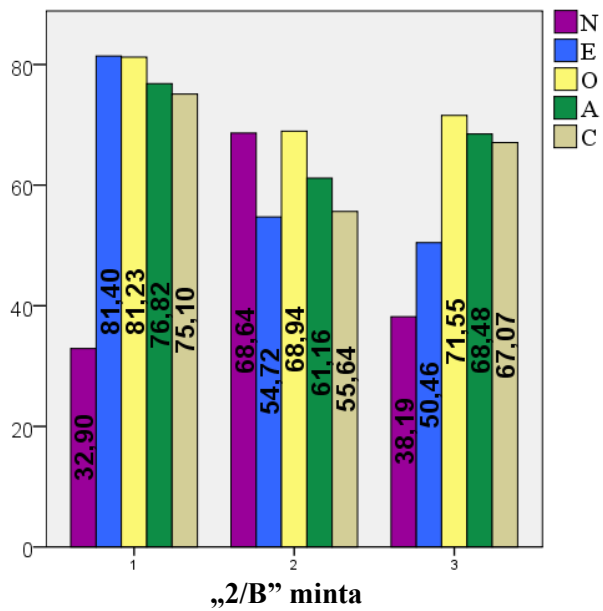
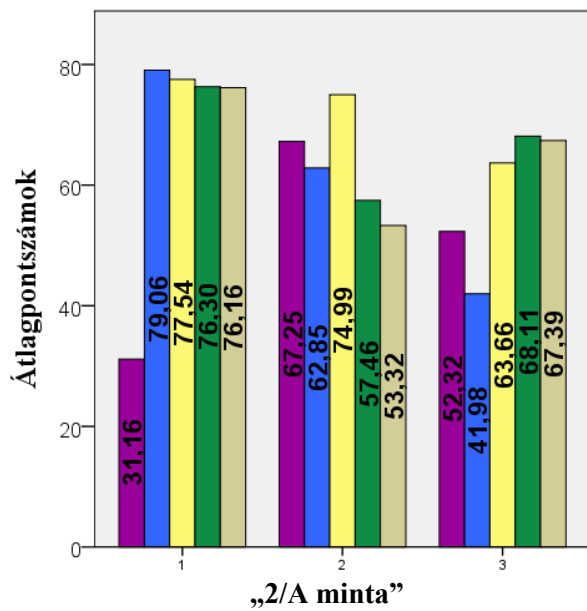


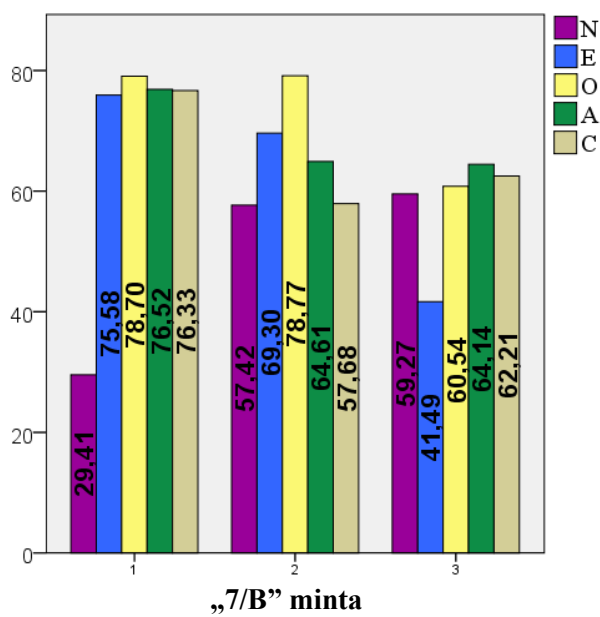
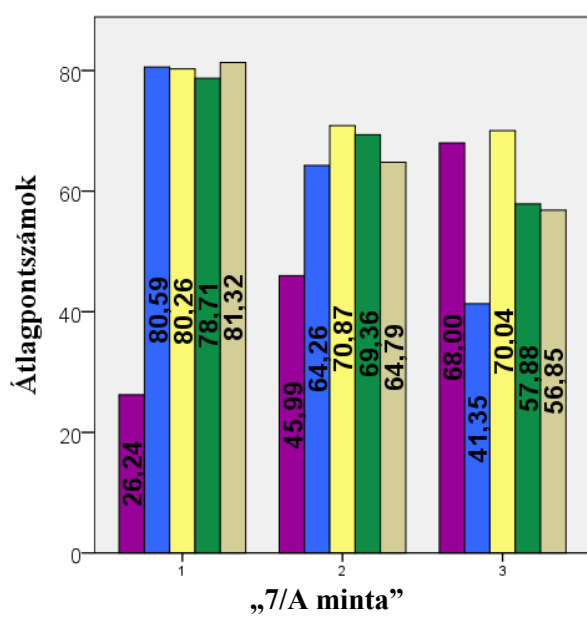
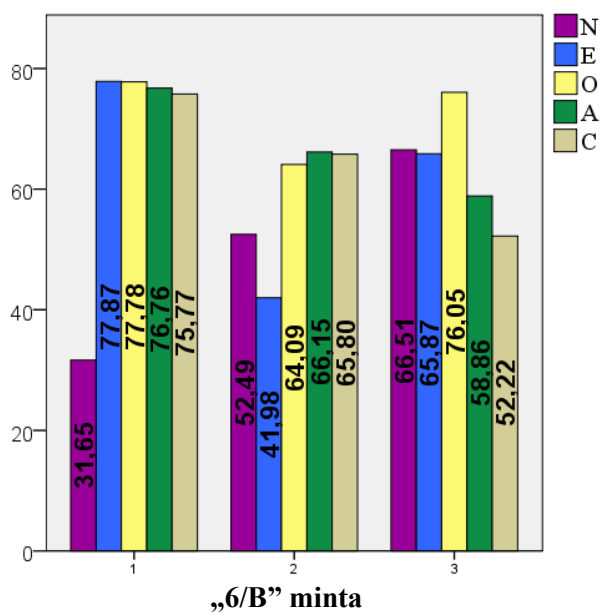
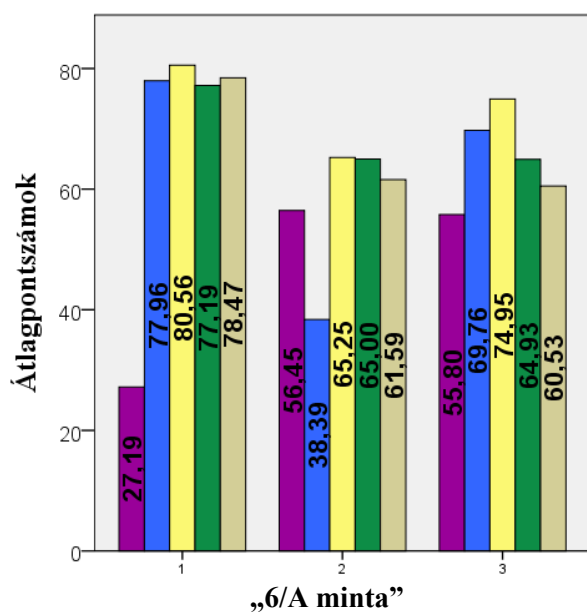
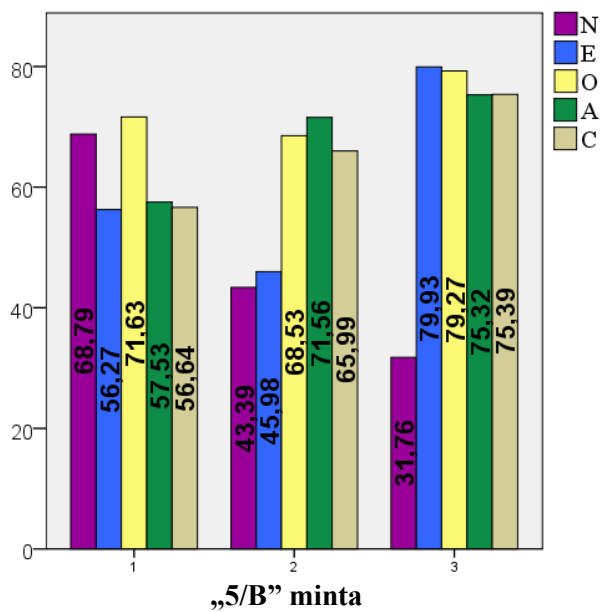
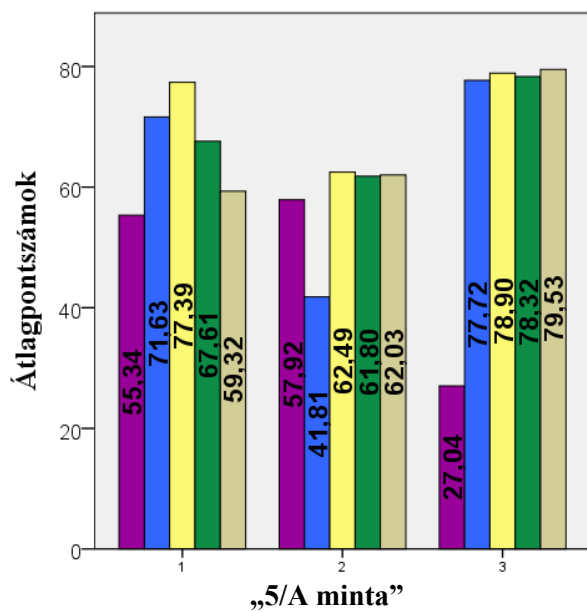


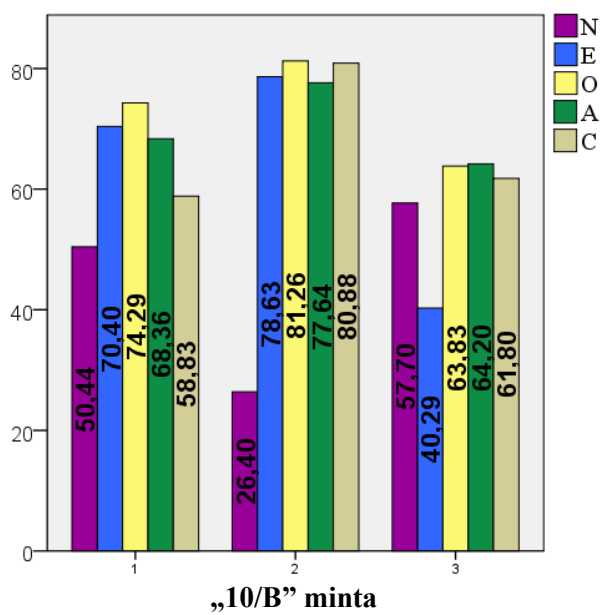
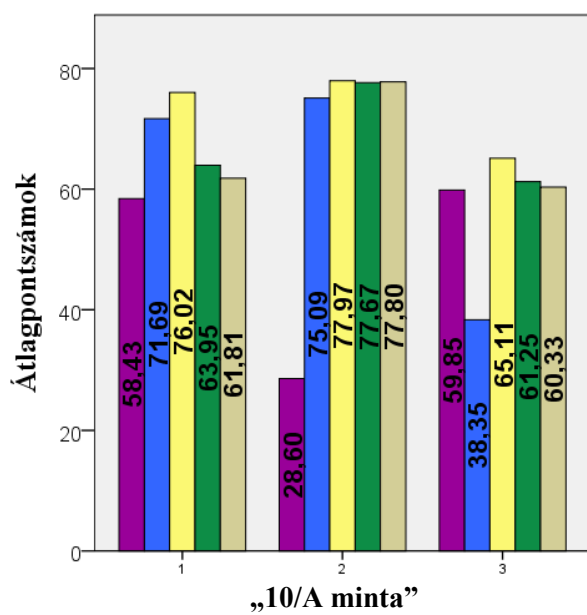
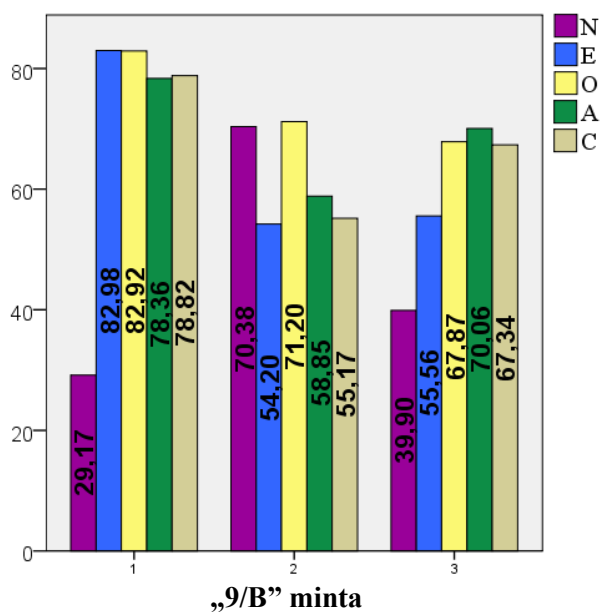
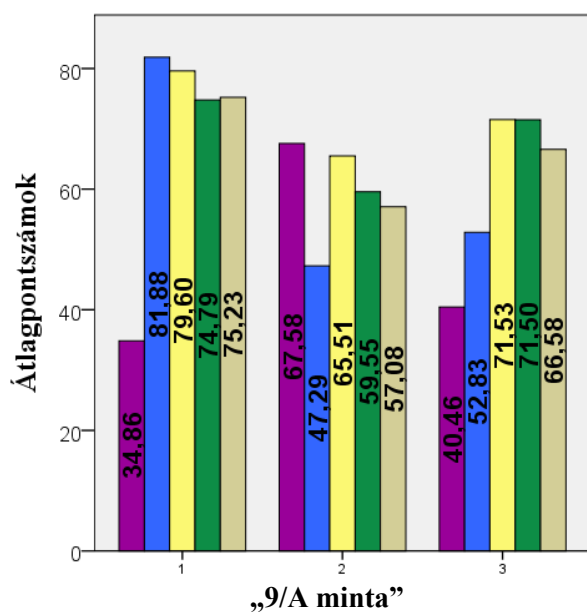
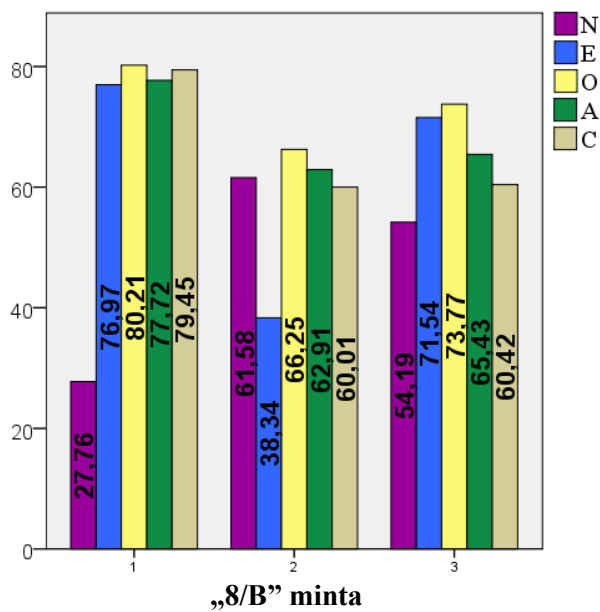
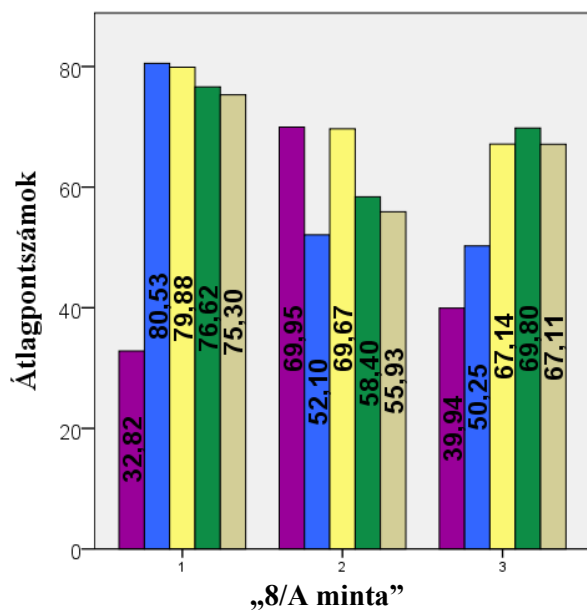


A háromklaszteres modell

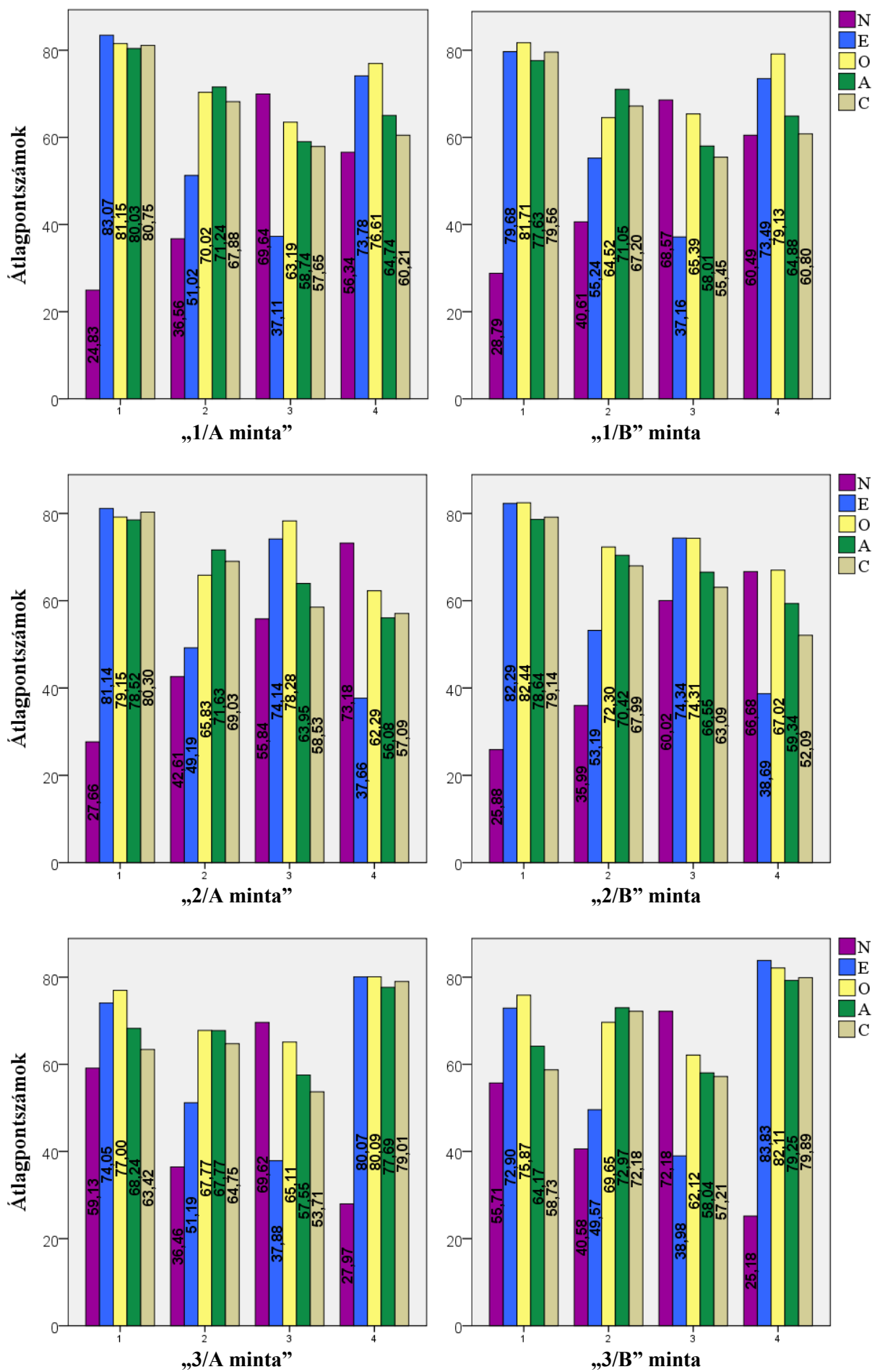


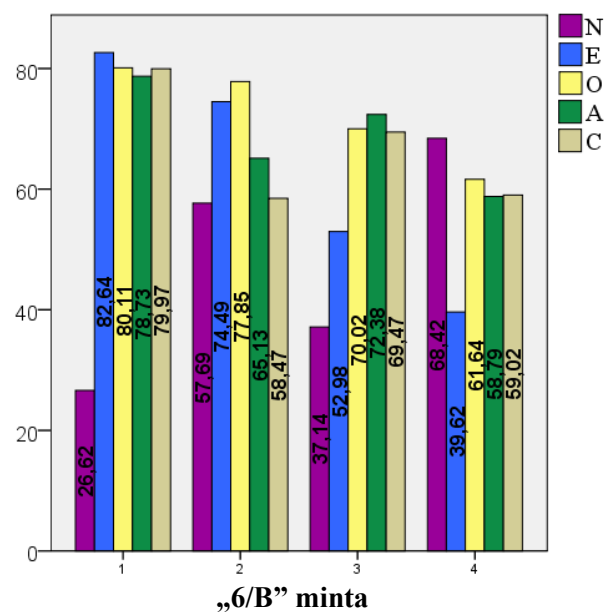
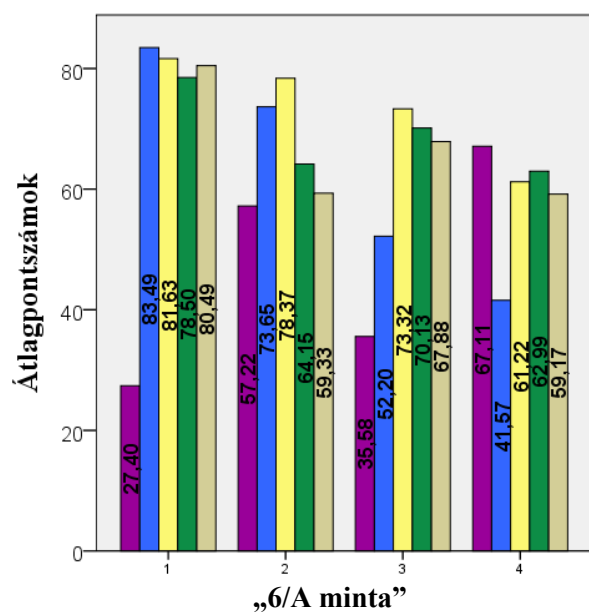
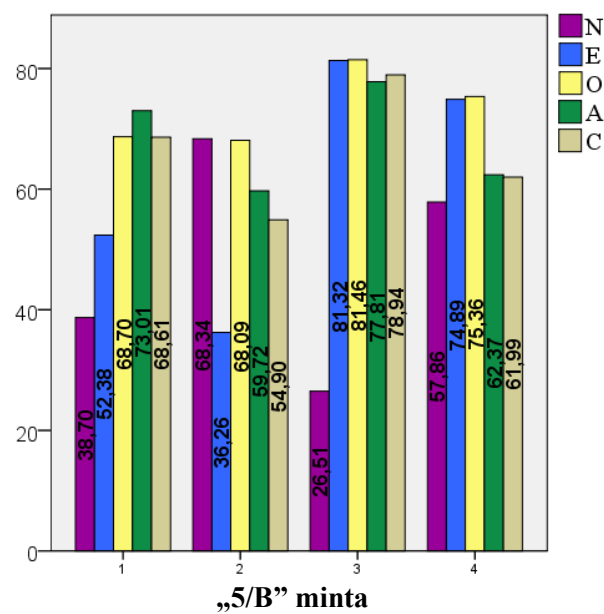
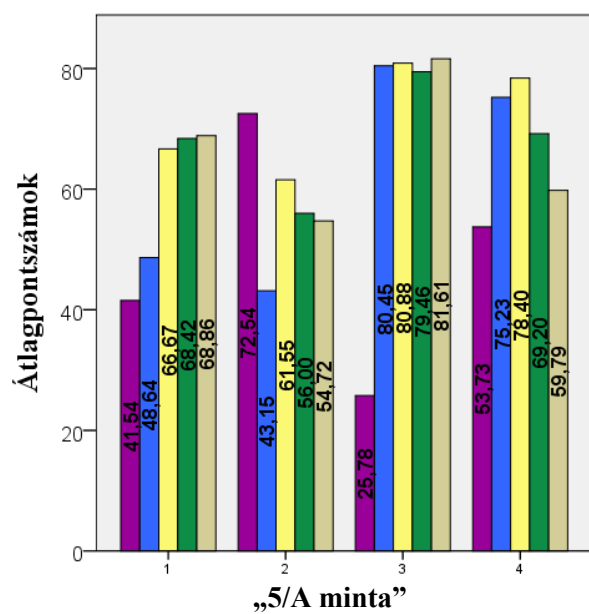
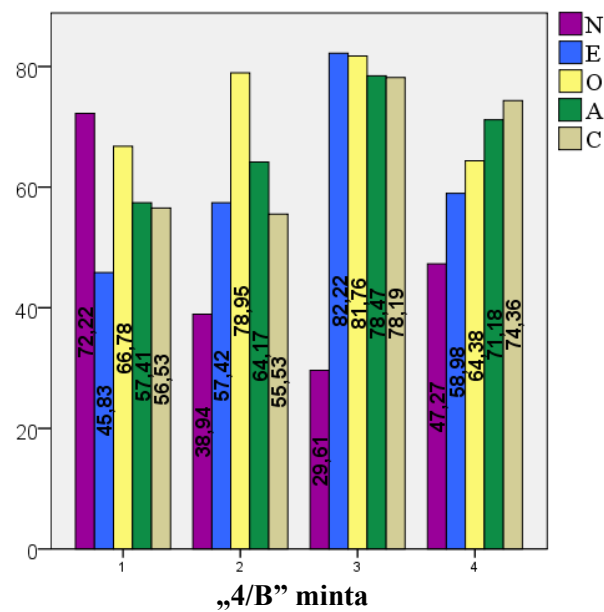
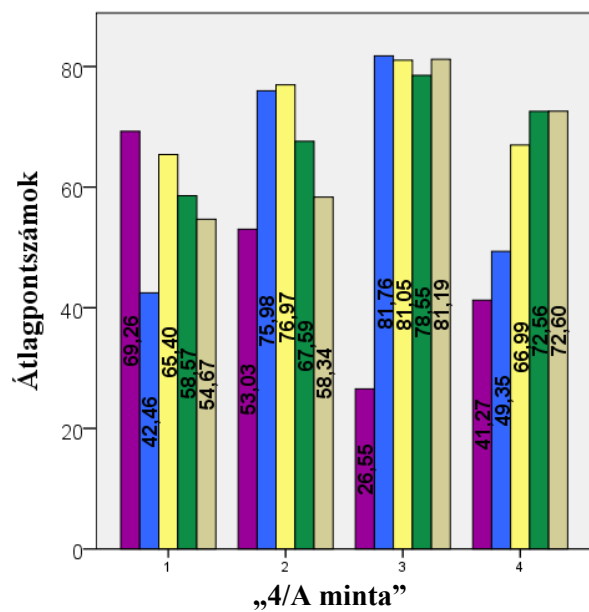


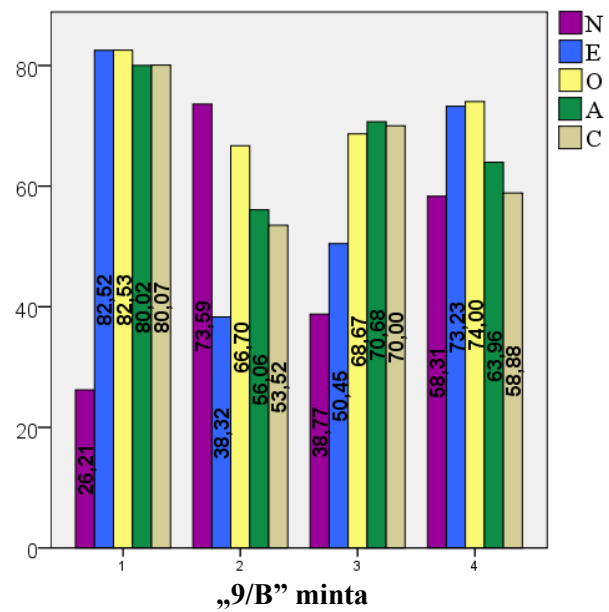
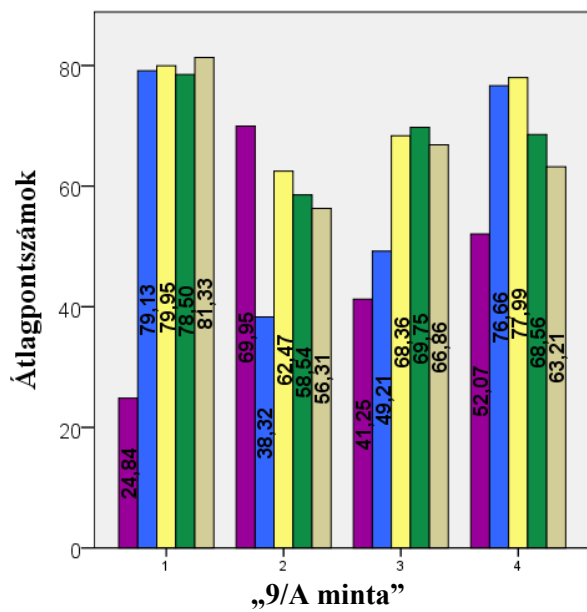
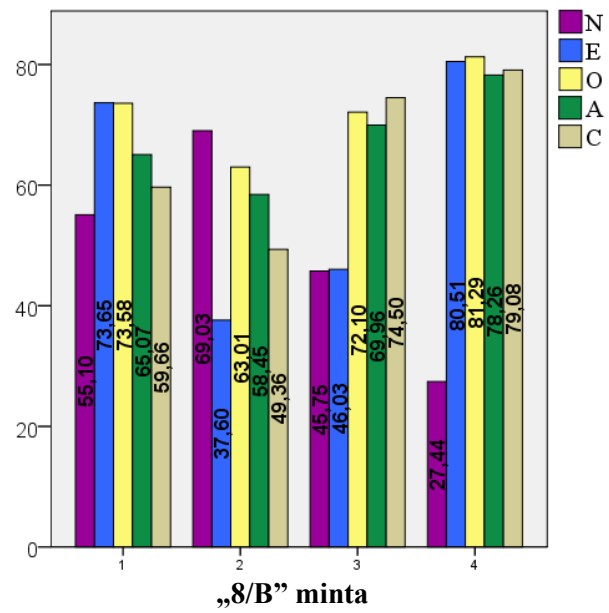
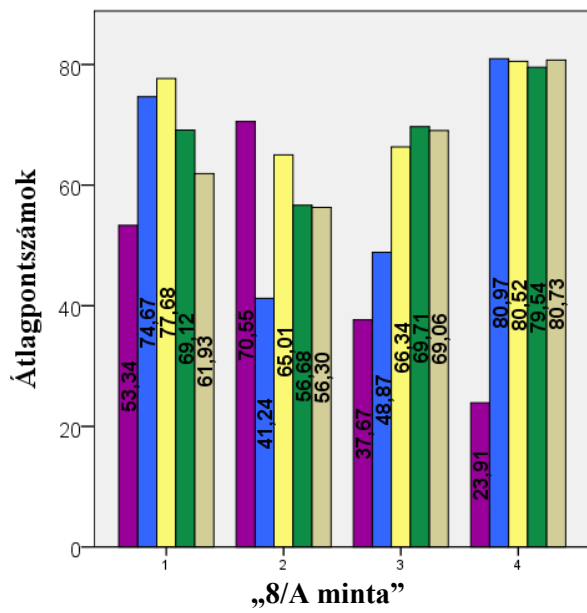
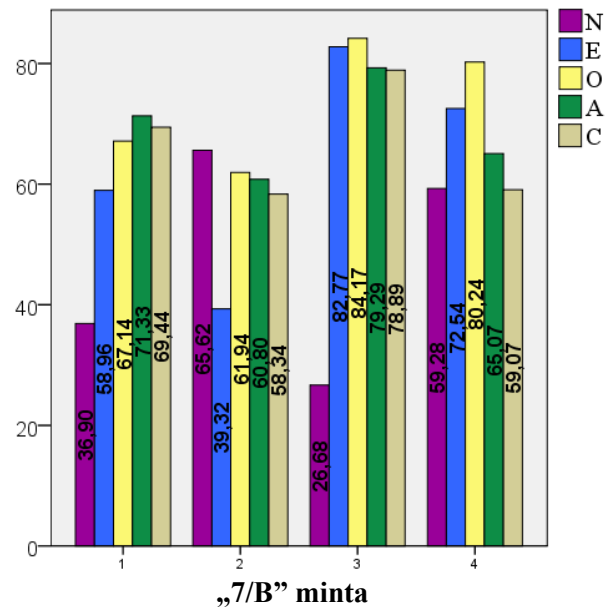
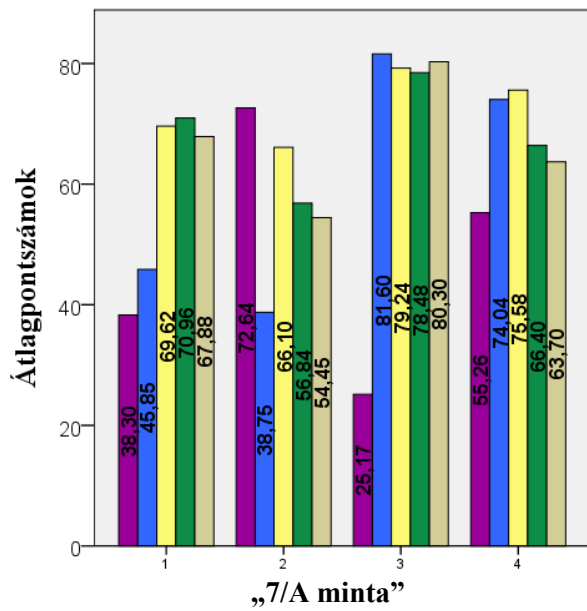


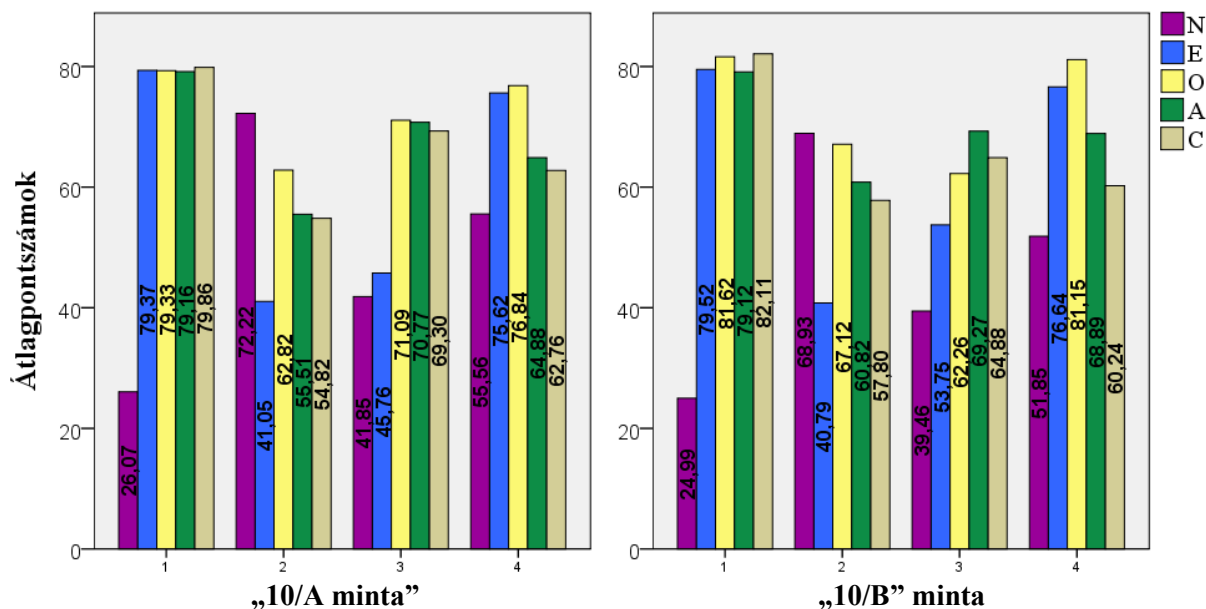


A négyklaszteres modell

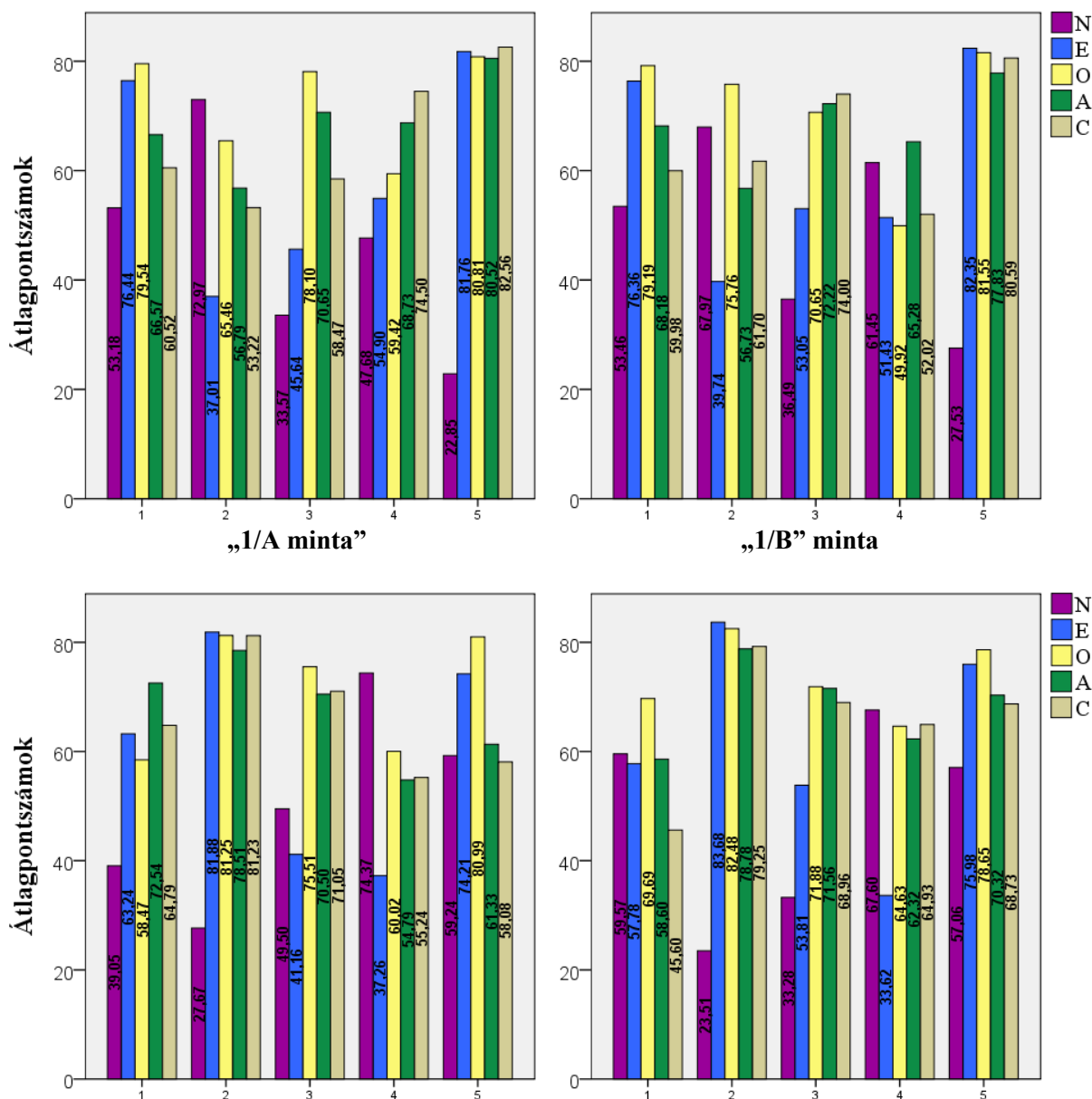




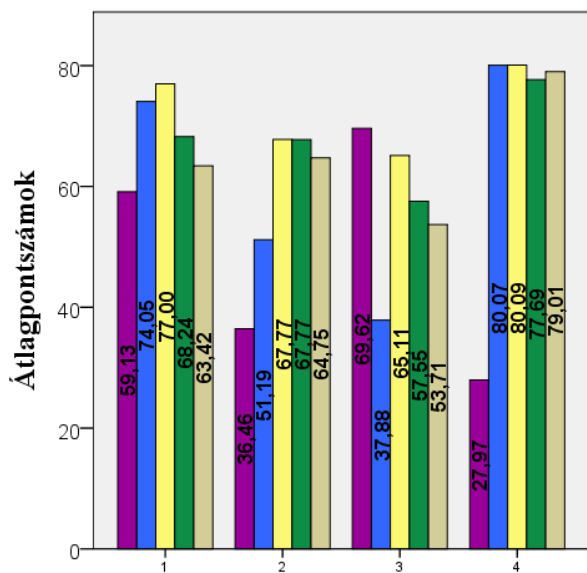




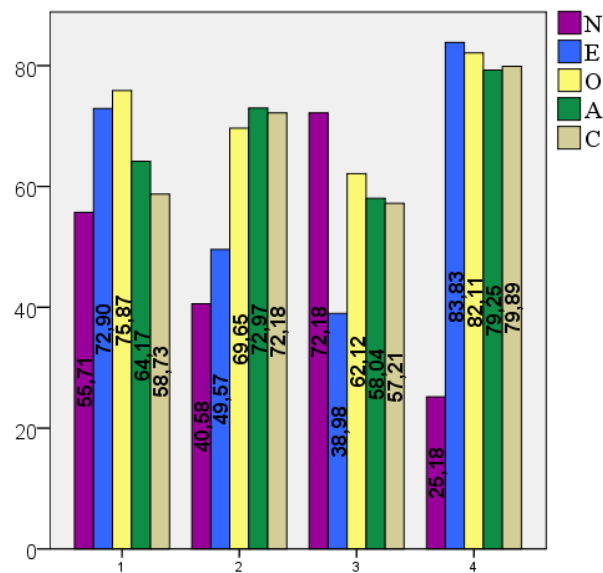
Az ötklaszteres modell



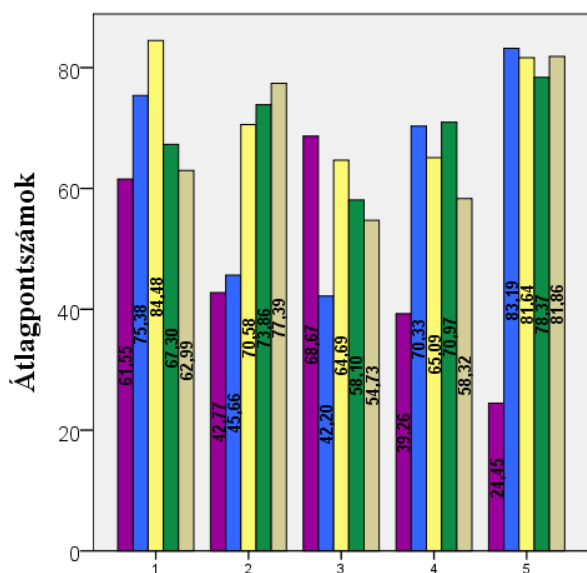
„2/A minta”



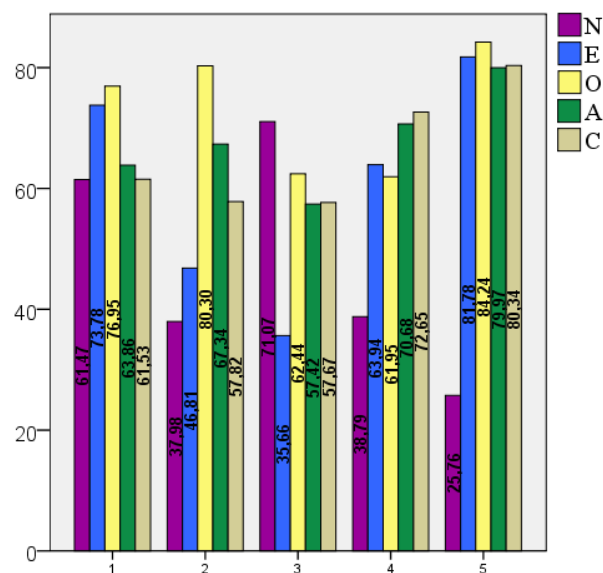
„2/B” minta



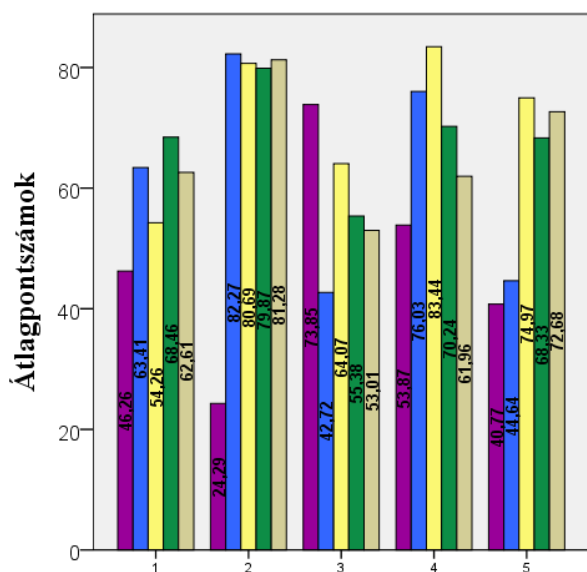
„3/A minta”



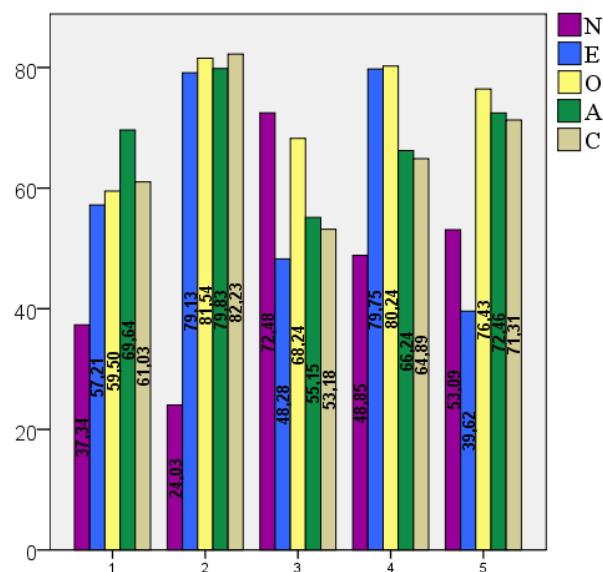
„3/B” minta



„4/A minta”



„4/B” minta



„5/A minta”

„5/B” minta

