



УНИВЕРЗИТЕТ У НИШУ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ



Милица З. Митровић

**ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА АФЕКТИВНЕ И
КОГНИТИВНЕ КОМПОНЕНТЕ ТЕОРИЈЕ УМА,
ЕМОЦИОНАЛНЕ ЕМПАТИЈЕ И АФЕКТИВНЕ
ВЕЗАНОСТИ КОД ПАРАНОИДНЕ СХИЗОФРЕНИЈЕ**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Ниш, 2016.



UNIVERSITY OF NIŠ
FACULTY OF PHILOSOPHY



Milica Z. Mitrović

**DIAGNOSTIC EVALUATION OF AFFECTIVE AND
COGNITIVE COMPONENT OF THEORY OF MIND,
EMOTIONAL EMPATHY AND ATTACHMENT IN
PARANOID SCHIZOPHRENIA**

DOCTORAL DISSERTATION

Niš, 2016.

Подаци о докторској дисертацији

Ментор:	др Бојана Димитријевић, редовни професор, Универзитет у Нишу, Филозофски факултет
Наслов:	Дијагностичка процена афективне и когнитивне компоненте теорије ума, емоционалне емпатије и афективне везаности код параноидне схизофреније
Резиме:	<p>Циљ овог истраживања јесте утврђивање разлика у погледу афективне везаности и аспеката емпатије између психички здравих особа и особа оболелих од параноидне схизофреније, као и провера да ли су димензије афективне везаности и аспекти емпатије повезани на оба подузорка. Поред тога, на подузорку испитаника оболелих од параноидне схизофреније испитана је и повезаност између аспеката емпатије и афективне везаности са једне стране и изражености персекуторне идеације са друге стране. На крају, циљ истраживања јесте и испитивање доприноса димензија афективне везаности, као и аспеката емпатије у предикцији вероватноће припадности испитаника испитиваним подузорцима.</p> <p>Узорак је чинило 30 испитаника оболелих од параноидне схизофреније и 30 психички здравих испитаника. Подузорци су уједначени по полу, годинама старости и образовању.</p> <p>У истраживању су коришћени следећи инструменти: Тест необичних прича, Тест препознавања „погрешног корака“, JACEFEE i JACNeuF (Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion and Neutral Faces), Мултидимензионална скала емоционалне емпатије, Упитник за процену афективног везивања (УПИПАВ-Р), Упитник за процену персекуторне идеације (PIQ) и Чек листа симптома 90-Р (SCL-90-R).</p> <p>Резултати су указали на постојање разлика у изражености димензија афективне везаности и учесталости сигурног и групе несигурних образаца афективне везаности, при чему се од димензија афективне везаности као најдискриминативнија издвојила димензија Негативан радни модел других. Учесталост несигурних образаца афективне везаности већа је на подузорку испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Утврђене су и разлике у успешности испитаника на задацима намењеним процени когнитивне и афективне теорије ума, при чему су већу успешност на овим задацима показали психички здрави испитаници. Резултати указују да испитаници оболели од параноидне схизофреније имају тешкоће у разумевању оних порука које не треба дословно тумачити, као и у препознавању емоционално неутралних лица и изненађења. Емоционална емпатија је израженија на подузорку оболелих од параноидне схизофреније и представља једини аспект емпатије који остварује позитивну корелацију са персекуторном идеацијом. Димензије афективне везаности су на оба подузорка повезане са појединим аспектима емпатије, међутим, подударност структуре корелација на испитиваним подузорцима је ниска.</p>

Научна област:	Психологија
Научна дисциплина:	Психологија
Кључне речи:	параноидна шизофренија, теорија ума, емоционална емпатија, афективна везаност
УДК:	616.895.8
CERIF класификација:	S 260
Тип лиценце Креативне заједнице:	CC BY-NC-ND

Data on Doctoral Dissertation

Doctoral Supervisor:	PhD Bojana Dimitrijević, Professor, University of Niš, Faculty of Philosophy
Title:	Diagnostic evaluation of affective and cognitive component of theory of mind, emotional empathy and attachment in paranoid schizophrenia
Abstract:	<p>The goal of this research is to establish the differences regarding attachment and aspects of empathy between mentally healthy individuals and individuals suffering from paranoid schizophrenia, as well as to check whether there is a connection between the dimensions of attachment and aspects of empathy in both subsamples. Besides this, the connection between the aspects of empathy and attachment on the one hand, and the prominence of persecutory ideation on the other hand, was tested on the subsample of respondents suffering from paranoid schizophrenia. Finally, the research goal was to examine how the dimensions of attachment and the aspects of empathy contribute to the prediction of probability of respondents' belonging to the examined subsamples.</p> <p>The sample consisted of 30 respondents suffering from paranoid schizophrenia and 30 mentally healthy respondents. The subsamples were equaled in terms of gender, age and education.</p> <p>The following instruments were used in the research: Strange stories test, Faux Pas Recognition Test, JACEFEE and JACNeuF (Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACFEE) and Neutral Faces (JACNeuF), Multi-Dimensional Emotional Empathy Scale, Questionnaire for Attachment Assessment (QAA-R), Persecutory Ideation Questionnaire (PIQ) and Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R).</p> <p>The results indicated the existence of differences in the prominence of the dimensions of attachment and the frequency of secure and a group of insecure patterns of attachment, with the dimension Negative Working Model of Others being the most discriminative one. The frequency of insecure patterns of attachment is higher in the subsample of the respondents suffering from paranoid schizophrenia. What was also established is the difference in how successful the respondents were in the tasks aimed at evaluating cognitive and affective component of theory of mind, where mentally healthy respondents turned out to be more successful in these tasks. The results show that the respondents suffering from paranoid schizophrenia have difficulty not only understanding those messages that should not be interpreted literally but also recognizing emotionally neutral faces and surprises. Emotional empathy is more prominent in the subsample of those suffering from paranoid schizophrenia and represents the only aspect of empathy which has a positive correlation with persecutory ideation. The dimensions of attachment in both subsamples are connected with certain aspects of empathy; however, the congruity</p>

of correlations structure is low in the examined samples.

Scientific Field: Psychology
Scientific Discipline: Psychology

Key Words: paranoid schizophrenia, theory of mind, emotional empathy, attachment

UDC: 616.895.8

CERIF Classification: S 260

Creative Commons License Type: **CC BY-NC-ND**

САДРЖАЈ

УВОД.....	10
1. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА	12
1.1 СХИЗОФРЕНИЈА.....	12
1.1.2 Епидемиологија и фактори ризика	14
1.1.3 Клиничка слика и постављање дијагнозе шизофреније	17
1.1.4 Социјална функционалност и шизофренија	19
1.1.5 Параноидна шизофренија и механизми настанка параноидности.....	22
1.1.6 Когниција у шизофренији.....	25
1.2 СОЦИЈАЛНА КОГНИЦИЈА	30
1.2.1 Одређење појма „социјална когниција“	30
1.2.2 Социјална когниција и шизофренија	34
1.3 ТЕОРИЈА УМА.....	41
1.3.1 Одређење појма „теорија ума“	41
1.3.2 Поступци процене теорије ума	43
1.3.3 Како функционише теорија ума?	45
1.3.4 Развој теорије ума	48
1.3.5 Теорија ума и психијатријски поремећаји	54
1.3.6 Теорија ума и шизофренија	57
1.4 ТЕОРИЈА УМА И ЕМПАТИЈА	63
1.4.1 Одређење емпатије.....	63
1.4.2 Развој емпатије	67
1.4.3 Емпатија и теорија ума	71
1.4.4 Емпатија код шизофрених	73
1.5 ТЕОРИЈА УМА И ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЕМОЦИЈА	75
1.5.1 Препознавање емоција на основу фацијалне експресије	75
1.5.2 Развој препознавања емоција	78
1.5.3 Препознавање емоција на основу фацијалне експресије код особа оболелих од шизофреније.....	81
1.5.4 Препознавање емоција и теорија ума	85
1.6 ТЕОРИЈА УМА И АФЕКТИВНА ВЕЗАНОСТ	87
1.6.1 Афективна везаност	87
1.6.2 Афективна везаност и поремећаји психичког живота.....	92
1.6.3 Однос афективне везаности и теорије ума	96
2. ПРИКАЗ МЕТОДОЛОГИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА	100
2.1 Проблем истраживања	100
2.2 Значај истраживања.....	101

2.3	Циљеви истраживања.....	102
2.4	Хипотезе.....	103
2.5	Варијабле истраживања.....	106
2.6	Инструменти истраживања.....	107
2.7	Структура узорка и поступак истраживања.....	112
2.8	Начин обраде података.....	114
3.	РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	115
3.1.	Упоредивање тестовних параметара између испитиваних група.....	115
3.1.1	Разлике у изражености димензија афективне везаности између испитаника оболелих од параноидне шизофреније и психички здравих испитаника.....	115
3.1.2	Разлике у успешности на задацима намењеним процени когнитивне и афективне компоненте теорије ума између испитаника оболелих од параноидне шизофреније и психички здравих испитаника.....	119
3.1.3	Разлике у успешности препознавања емоција на основу фацијалне експресије између испитаника оболелих од параноидне шизофреније и психички здравих испитаника.....	124
3.1.4	Разлике у изражености емоционалне емпатије између испитаника оболелих од параноидне шизофреније и психички здравих испитаника.....	127
3.2	Испитивање повезаност између испитиваних варијабли.....	128
3.2.1	Повезаност димензија афективне везаности и аспеката емпатије.....	128
3.2.2	Повезаност когнитивне и афективне теорије ума и емоционалне емпатије.....	131
3.2.3	Повезаност персекуторне идеације и аспеката емпатије (теорија ума и емоционална емпатија) на подузорку оболелих од параноидне шизофреније.....	132
3.2.4	Повезаност персекуторне идеације и димензија афективне везаности на подузорку оболелих од параноидне шизофреније.....	132
3.3	Испитивање могућности предикције присуства/одсуства болести на основу димензија афективне везаности и аспеката емпатије.....	133
3.3.1	Могућност предвиђања припадности испитаника подузорку оболелих од параноидне шизофреније, односно подузорку психички здравих на основу димензија афективне везаности.....	133
3.3.2	Могућност предвиђања припадности испитаника подузорку оболелих од параноидне шизофреније, односно подузорку психички здравих на основу аспеката емпатије.....	135
3.4	Квалитативна анализа садржаја одговора – приказ резултата.....	138
4.	ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧАК.....	150
4.1	Дискусија резултата.....	150
4.1.1	Дискусија резултата квалитативне анализе.....	188
4.2	Закључак.....	194
	ЛИТЕРАТУРА.....	199
	БИОГРАФИЈА.....	232

Искусство ме научило да оно што се не може објаснити самоме себи, треба говорити другоме. Себе можеш обманути неким дијелом слике који се наметне, тешко изрецивим осјећањем, јер се скрива пред муком сазнавања и бјежи у омаглицу, у опијеност која не тражи смисао. Другоме је неопходна тачна ријеч, зато је и тражиш, осјећаш да је негде у теби, и ловиш је, њу или њену сјенку, препознајеш је на туђем лицу, у туђем погледу, када почне да схвата. Слушалац је бабица у тешком порођају ријечи. Или нешто још важније. Ако тај други жели да разумије.

*Меша Селимовић
(„Тврђава“)*

УВОД

Човек је социјално биће, чији живот од почетка до краја у великој мери зависи од других људи. Са рођењем постајемо чланови друштвене заједнице, при чему ће квалитет односа новорођенчета са особом која брине о њему, обично мајком, у великој мери одредити његов даљи емоционални и социјални развој и сазревање. Природа тог односа обликоваће будуће односе. Позитивни и стабилни односи са другим људима су неопходни и захваљујући њима најпре преживљавамо, развијамо се, учимо, напредујемо, односно, ови односи омогућавају актуализацију наших капацитета, било интелектуалних, емоционалних или социјалних. Познат је значај социјалних релација за очување физичког и менталног здравља појединца. Два модела објашњавају механизме деловања друштвених односа на ментално здравље – модел главног ефекта и модел умањења стреса (Cohen & Wills, 1985). Према моделу умањења стреса, социјална подршка је од значаја за особе које су под стресом, јер их штити од потенцијално патогених утицаја стреса. Модел главног ефекта указује да социјалне релације имају благотворни утицај на психичко здравље, без обзира да ли је особа под стресом или не. Ова два модела се не искључују, и заправо заједно могу помоћи у објашњењу утицаја специфичних аспеката социјалних односа на ментално здравље.

Граница између менталног здравља и болести је променљива и недовољно јасна. Стално смо у потрази за критеријумима на основу којих бисмо могли са сигурношћу одредити да ли је нешто „нормално“ или припада патологији. Један од критеријума, на који се дијагностичари често ослањају када је реч о психијатријским обољењима, јесте социјална дисфункционалност, која се може разматрати и као узрок и као последица поремећаја, зависно од врсте поремећаја. Сходно томе, један од циљева лечења психијатријских пацијената јесте повећати функционалност ових особа у социјалном окружењу. Када је реч о шизофренији, најчешћа се код оболелих среће социјално повлачење и незаинтересованост за социјалне контакте, односно социјална дисфункционалност, која се и наводи као један од критеријума за дијагностиковање болести.

Значај социјалне функционалности мотивисао је покушаје њеног ближег одређења. Једно од објашњења понудила је когнитивистичка школа, која у фокус разматрања ставља социјалну когницију. Социјална когниција обухвата когнитивне процесе које користимо у циљу кодирања и декодирања социјалних стимулуса, што

упућује на то да би одређење социјалне когниције морало да обухвати обраду информација о другим људима, али и о себи, као и о социјалним правилима и нормама (Beer & Ochsner, 2006).

Најзначајнији аспекти социјалне когниције су теорија ума, препознавање емоција, социјална перцепција, социјално знање и атрибуциони стилови. Теорија ума или ментализација представља, когнитивну способност препознавања и именовања менталних стања, односно, мисли, уверења, осећања и намера других људи, што индивидуи омогућава објашњавање, предвиђање и контролу понашања (Sprong, Schothorst, Vos, Нох, & Van Engeland, 2007). Поједини истраживачи заинтересовали су се за испитивање теорије ума код схизофрених пацијената, нарочито због природе симптома ове психијатријске болести и потребе да се болест што боље упозна, па самим тим и контролише. Ипак, чини се, да и поред бројних покушаја истраживача да открију тајне ове болести, она остаје и даље ван домашаја задовољавајуће медицинске контроле.

Теорија ума доводи се у везу са емпатијом и препознавањем емоција. Ови конструкти су у извесној мери подударни, па би се препознавање емоција могло сагледати као саставни део теорије ума, тачније, препознавање базичних емоција представља прекурсор развоја теорије ума (Sommer, Dohnel, Meinhardt, & Hajak, 2008). Емпатија је у односу на теорију ума виши конструкт, који поред теорије ума обухвата и наш емоционални одговор на мисли и осећања других људи (Baron-Cohen, 2011).

Сходно резултатима великог броја истраживања која аргументују повезаност емоционалног и когнитивног развоја, разматрана је веза између афективне везаности и способности ментализације. Испитујући ову везу Фонаги (Fonagy, 2008) тврди да везаност детета за значајне друге представља контекст у коме се „појављује“ ментализација и да је за развој ментализације неопходна сигурна везаност детета са мајком или другом особом која брине о детету.

Када је реч о комплексној болести, каква је схизофренија, неопходно је поред неурокогнитивног објашњења сагледати и развој интерперсоналног функционисања, који може водити у обољење. Овај рад покушај је сагледавања социјалне когниције и афективне везаности, за коју се претпоставља да представља једну од детерминанти социјалне когниције, односно теорије ума, у циљу што бољег разумевања основа социјалне (дис)функционалности особа оболелих од параноидне схизофреније.

1. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА

1.1 СХИЗОФРЕНИЈА

1.1.1 Историјат

Схизофренија је тешко и хронично психичко обољење које доводи до дезорганизације и детериорације личности и подразумева, у већини случајева, квалитативне измене скоро свих психичких функција – емоција, воље, мишљења, опажања, нагона и свести (Марић, 2005). Особе оболеле од схизофреније су упадљиве околини и често одбациване због свог „чудног“ и „необичног“ понашања, које, због своје непредвидљивости, код већине људи изазива страх. Често еквивалент лудилу у свакодневном, лаичком одређењу, ова болест још увек заузима централно место у психијатрији.

Чињеница да се прва епизода болести јавља углавном током треће и почетком четврте деценије, када се од особе очекује продуктивност у свим аспектима живота, додатно подстиче истраживања на откривању узрока, као и нових начина успешнијег лечења схизофреније. Сложеност овог обољења огледа се у неуспешним покушајима да се открију јасни узрочници појаве болести, без обзира на велики број истраживања и бројну литературу која се бави овим обољењем.

Записи о симптомима који се данас повезују са схизофренијом датирају још из древног Египта, Индије и Кине. Стари Грци су били заинтересовани за „лудило“. Платон је говорио о две врсте лудила – лудило божанског и лудило физичког порекла. Платонова идеја о повезаности лудила и генијалности огледа се у ономе што је овај филозоф називао божанским лудилом. Многе терапијске методе у лечењу душевно оболелих датирају из периода старе Грчке и Рима. Римљани су практиковали топле купке, масаже и специфичну исхрану. У 2. веку нове ере Гален заступа мишљење да је ментална болест резултат поремећаја у мозгу или секундарни резултат поремећаја других органа. Са доласком средњег века долази и до ширења мишљења да је присуство халуцинација и делузија заправо показатељ опседнутости особе злим духом и злим силама. Отварање првих психијатријских установа везује се за 15. век. Међутим, почети „третирања“ менталне болести подразумевали су врло често окрутне и нехумане методе.

Промене у лечењу психијатријских болесника подстакнуте су идејама утемељивача савремене психијатрије - Филипа Пинела, Жан – Етјен Ескирола и Бенедикт Аугустин Морела. Ескирол је на пример дефинисао халуцинације на начин

сличан данашњем. Поред тога описао је „Мономанију“, чији опис одговара клиничкој слици параноидне шизофреније (Kuziridis, 2005).

Емил Крепелин (1856-1926) је први издвојио шизофренију као посебан ентитет и назвао је „dementia praecox“. Издвојени синдром почињао је веома рано (праесох) и карактерисало га је трајно оштећење когнитивних и бихејвиоралних функција (dementia). Крепелин је са својим сарадницима најпре издвојио ову болест од деменције старијих особа, а затим и од манично-депресивне психозе, која је у односу на „dementia praecox“ имала другачији ток и исход (Миљковић, 2005). Такође је, на основу комплетне клиничке слике, сврстао „хебефренију“, „параноју“ и „кататонију“ у исту категорију – dementia praecox (Walker, Kestler, Bollini, & Hochman, 2004).

Термин шизофренија потиче од швајцарског психијатра Еугена Блојлера (1857-1939). Реч је настала од две грчке речи „schizo“ – поцепати или поделити и „phren“ – ум, душа, тако да сам назив болести значи цепање душе, ума. Блојлер се бавио природом симптома у оквиру синдрома „група шизофреније“ напомињући да је расцеп личности заправо главни симптом, а не деменција. Тиме је Блојлер у први план ставио дисоцијацију психичких функција која се среће код шизофрених болесника. Кад је реч о деменцији код ових пацијената, уочио је посебну врсту деменције – афективну деменцију.

Блојлер је поделио симптоме шизофреније на основне и споредне. Основни симптоми су амбиваленција, поремећај асоцијација, поремећај афекта и аутизам (Блојлерова 4 А). Касније листи симптома додаје још два симптома – аволуција и апросекција. Претпоставио је да су ови симптоми присутни код свих пацијената оболелих од шизофреније, у свим фазама болести. У споредне симптоме спадају сумануте идеје, халуцинације, поремећаји покрета, соматски симптоми и манична и меланхолична стања. Блојлер је веровао да су споредни симптоми присутни и у случају других душевних болести, као и да нису присутни код свих шизофрених болесника. Такође је важно напоменути да је Блојлер скренуо пажњу на значај социо-културних фактора, који могу донекле да детерминишу обележја једног истог синдрома (Марић, 2005; Миљковић, 2005; Walker et al., 2004).

Курт Шнајдер (1959) је одредио групу симптома које је назвао „симптоми првог реда“ и који, по његовом мишљењу, представљају кључне симптоме за дијагностиковање шизофреније. Симптоми првог реда су специфичне врсте делузија и халуцинација као што су емитовање мисли, гласови који коментаришу, делузије контроле, уметање мисли. Присуство ових симптома у одсуству органских обољења,

перзистентног афективног поремећаја или интоксикације лековима, довољни су за постављање дијагнозе схизофреније. Шнајдерови критеријуми, без обзира на критике, постали су касније званични критеријуми дијагностиковања у оквиру класификације болести (Kuziridis, 2005; Миљковић, 2005).

Почетком '80-их година прошлог века све више се инсистира на подели симптома на групу позитивних и негативних. Позитивни симптоми били би халуцинације, сумануте идеје и бизарно понашање, док би негативне симптоме чинили недостатак мотивације, анхедонија, заравњени афекат и упадљиво социјално повлачење. Подела на позитивне и негативне симптоме представља покушај интеграције различитих аспеката схизофреније као што су симптоми, патофизиологија и исход болести. Захваљујући психијатру Кроу (Crow, 1980, према Peralta & Cuesta, 2003; Walker et al., 2004), позитивни и негативни симптоми постају главни предмет клиничких и биолошких истраживања. Кроу указује да су ови симптоми повезани са различитом патологијом можданих механизма – неурохемијском када су у питању позитивни симптоми и структуралном у случају негативних симптома.

1.1.2 Епидемиологија и фактори ризика

Сама чињеница да схизофренија представља тешко душевно обољење, процесног карактера, које доводи до осиромашења личности, указује на важност праћења распрострањености ове болести и упознавања са факторима ризика, што би могло евентуално допринети превенцији и лечењу. Распрострањеност извесног обољења исказује се стопом инциденције и преваленције. Прегледом већег броја студија схизофреније добијена је просечна вредност инциденце која износи 15,2 случајева на 100.000, док преваленца схизофреније износи 4,6 случаја на 1000 (McGrath, Saha, Chant, & Welhalm, 2008). Схизофренија почиње раније код мушкараца, најчешће у раним двадесетим, док се код жена јавља у касним двадесетим и раним тридесетим годинама. Блажи ток и бољи исход болести чешћи је код жена, такође је код жена мање вероватно да ће имати негативне симптоме, док су код мушкараца чешћи негативни симптоми, као и структуралне мождане абнормалности (Башић, 2005).

Схизофренија представља обољење у чијем настанку не учествује само један фактор. Фактори ризика су бројни, а истраживања су најпре указала на генетску етиологију. Све генетске студије које су подразумевале праћење и испитивање близанаца, усвојеника и породица недвосмислено указују на значај генетског фактора. Ризик за појаву схизофреније већи је код оних особа чији биолошки сродник болује од

ове болести, при чему се ризик повећава са повећањем степена сродства (Walker et al., 2004). Поред генетских фактора испитиване су и компликације током трудноће и порођаја које би могле утицати на појаву схизофреније, при чему су се као фактори ризика издвојиле фетална хипоксија и интраутерине инфекције. Уколико се подржи претпоставка појединих истраживача, по којима схизофренија настаје услед претеране редукције веза у мозгу, што доводи до проблема у функционисању, фактори ризика везани за трудноћу и порођај би се у оквиру ове претпоставке могли сагледати као фактори који додатно доприносе редукцији можданих конекција, што као последицу има раније јављање и тежи исход болести (Ellman & Cannon, 2008). Са појавом схизофреније доводе су у везу и структуралне и функционалне абнормалности мозга, као и абнормалности неуротрансмисије, при чему је утврђен значај допамина, глутамата и Гама-аминобутерне киселине (ГАБА) (Walker et al., 2004).

Поред биолошких фактора, показало се да значајну улогу имају и психосоцијални фактори. Могло би се рећи да ови фактори утичу како на појаву болести, тако и на рецидиве. Истраживања су се у великој мери бавила испитивањем животних догађаја, односно повезаности њихове учесталости и схизофреније. Животни догађаји су ситуације или појаве које доводе до позитивних или негативних промена у начину живота појединца и могу у извесној мери бити претећи (Beards et al., 2013). Прегледом истраживања која се баве повезаношћу животних догађаја и психоза, Бирдсова и сарадници (Beards et al., 2013) наводе да резултати неколико њих потврђују да је изложеност животним догађајима у одраслом добу повезана са повећаним ризиком за појаву психозе. Међутим, аутори скрећу пажњу на методолошку мањкавост већине оваквих истраживања. Неки од резултата истраживања, која се наводе у прегледу, су да су схизофрени пацијенти у периоду од 3 месеца пре појаве болести били у већој мери изложени умереним и тешким животним догађајима (Bebbington, Wilkins, & Jones, 1993, према Beards et al., 2013). Такође, резултати студије у којој је учествовало 66 схизофрених пацијената и 197 испитаника који су чинили контролну групу указују да је учесталост физичких болести и повреда два пута већа код схизофрених у односу на контролну групу (Dohrenwend et al., 1987, према Beards et al., 2013).

У покушају да се објасни веза између животних догађаја и схизофреније, аутори су се посветили испитивањима карактеристика самих животних догађаја. Утврђено је да је једна од значајних карактеристика догађаја интрузивност. Овакви догађаји заправо подразумевају контролу појединца од стране других људи. Веза догађаја са почетком

или рецидивом болести се појачава, уколико се догађај може окарактерисати као интрузиван. Период утицаја ових животних догађаја поделио је ауторе на оне који сматрају да је утицај ограничен на пар недеља и оне који сматрају да утицај постоји месецима (Bebbington & Kuipers, 2008).

Поред животних догађаја, као значајан фактор наводе се социјална мрежа и групе којима припада појединац. Утврђено је да особе оболеле од схизофреније потичу из мањих примарних група и имају мању социјалну подршку. Сматра се да је контакт са људима из окружења веома важан за очување теста реалности, у смислу да кроз контакт са другима тестирамо неке сопствене идеје и одбацујемо оне превише чудне и бизарне. Социјална изолација, са друге стране има супротан ефекат. Појави делузија најчешће претходи период социјалне изолације који намећу други људи или бира сам појединац, што упућује на везу између социјалне изолације и појаве суманутих идеја, мада оваква тврдња захтева проверу (Bebbington & Kuipers, 2008) .

Као важан психосоцијални фактор наводи се експресија емоција (ЕЕ) у породици. Експресија емоција (ЕЕ) представља меру конфликтних породичних односа, која се одређује кроз интервју са члановима породице оболелог. Претпоставка о повезаности високе стопе експресије емоција (ЕЕ) у породицама и вероватноће рецидива потврђена је у истраживањима (Butzlaff & Hooley, 1998; Cechnicki, Bielańska, Nanuszkiewicz, & Daren, 2013). Такође је утврђена веза између експресије емоција (ЕЕ) и степена анксиозности и депресивности пацијената (Kuipers et al., 2006).

Разматрајући добијене резултате, Мекфарлан и Кук (McFarlane & Cook, 2007) закључују да низак ниво одбацивања/критицизма од стране чланова породице доприносе превенцији психозе када су у питању предиспониране младе особе. Компонента одбацивање/критицизам представља значајан предиктор релапса или прве епизоде болести. Показало се да већина породица у којима један члан оболи од психозе, у тренутку појаве болести не показују висок ниво експресије емоција (ЕЕ). Међутим, са прогресијом болести, долази до појаве одбацивања/критицизма, што аутори објашњавају губитком наде и порастом фрустрираности услед беспомоћности да се члану породице помогне. Дакле, експресија емоција (ЕЕ) чешће представља реакцију чланова породице на болест младог члана, а не трајну карактеристику чланова, што има значајне импликације у раду са породицама оболелих.

Још један фактор ризика на који указује литература јесте комуникациона девијација и индекс поремећаја мишљења (TDI – Thought Disorder Index). Велики број истраживања извештава о значају наведених фактора. Неки од резултата указују да је

индекс поремећаја мишљења код биолошких сродника схизофрених пацијената виши у односу на контролну групу сачињену од сродника по усвојењу; да усвојеници са већим ризиком оболевања од схизофреније показују виши ниво поремећаја мишљења по форми уколико њихови родитељи по усвојењу имају вишу комуникациону девијацију; да веза између комуникационе девијације усвојитеља и поремећаја мишљења усвојеника чији су родитељи психички здрави није утврђена (Kinney et al., 1997, према Башић, 2005; Whalberg et al., 1997, 2000, према Isohannin et al., 2005)

Ово су само неки од фактора поред којих се у литератури често наводе и миграција, употреба дрога, нижи социо-економски статус, живот у пренасељеним деловима великих градова. Дугачак списак фактора ризика доказује да је реч о сложеном обољењу, што отежава превенцију и лечење.

1.1.3 Клиничка слика и постављање дијагнозе схизофреније

Клиничка слика схизофреније може бити разнолика, као и исход саме болести. Карактеристика овог обољења јесте мноштво симптома, од којих је тешко издвојити доминантни симптом, па је самим тим реч о поремећају који често збуњује клиничаре. Болест подразумева поремећај скоро свих психичких функција уз дезинтеграцију личности. У области емоција јављају се гашење, заравњење и неадекватност емоционалног одговора. Присутни су поремећаји мишљења и по форми и по садржају. Сумануте идеје могу бити разноликог садржаја, и најчешће су присутне суманутости прогањања, односа, контроле, суманутости величине, емитовање, убацивање или губитак мисли. У схизофренији су често присутне халуцинације. Најчешће се јављају акустичке халуцинације у виду гласова који могу бити у форми једне речи или читавих реченица. Гласови могу коментарисати пацијента или његово понашање или издавати наредбе пацијенту. Могу се јавити, мада ређе, и друге врсте халуцинација – оптичке, тактилне, олфакторне, густативне или ценестетичке. Халуцинације су углавном праћене суманутим идејама, односно пацијент их тумачи на суманут начин. Измене воље најчешће су у форми смањења или губитка воље, тачније хипобулије или абулије. Присутно је и слабљење или губитак основних животних динамизама. Квантитативни поремећаји свести нису присутни уз могућност јављања квалитативних измена – деперсонализације и дереализације. Интелигенција и памћење су углавном очувани, мада се код одређеног броја схизофрених пацијената јављају мнестички дефицити и схизофрена деменција. Такође се јављају пасивност, социјално повлачење, сиромаштво у понашању, незаинтересованост. Код већине пацијената изостају критичност и увид.

Недостатак увида важан је због спремности пацијента да прихвати лечење. Већина схизофрених болесника одбија лечење, а патолошка искуства не приписује болести, већ злонамерним поступцима других људи (Gelder, Mayou, & Geddes, 2009; Голубовић, 2011; Марић, 2005).

Према DSM-V класификацији (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, American Psychiatric Association, 2013), критеријуми за постављање дијагнозе схизофреније су следећи:

А – присуство два (или више) симптома од наведених, који су присутни већи део времена током периода од месец дана (или мање уколико су успешно лечени):

1. Суманутости
2. Халуцинације
3. Дезорганизовани говор
4. Дезорганизовано или кататоно понашање
5. Негативни симптоми (смањена емоционална експресија или аволуција)

Б – Већи део времена од почетка поремећаја, ниво функционисања у једној или више већих области живота, као што су рад, интерперсонални односи или брига о самом себи је упадљиво испод нивоа достигнутог нивоа пре почетка поремећаја (или уколико се почетак јави у детињству или адолесценцији, долази до неуспеха у постизању очекиваних нивоа у интерперсоналном, академском и професионалном функционисању).

Ц – Симптоми поремећаја су присутни у последњих 6 месеци. Овај период мора да укључи присуство, најмање месец дана (или краће у случају успешног лечења), симптома који задовољавају критеријуме А и може да укључи период продромалних или резидуалних симптома. Током продромалног или резидуалног периода, поремећај се може манифестовати присуством само негативних симптома или присуством два или више симптома наведених у критеријуму А, али у блажој форми (нпр. чудна уверења, необична перцептивна искуства).

Према МКБ-10 класификацији (Међународна класификација болести и сродних здравствених проблема, Светска здравствена организација, 1990), критеријуми за дијагностиковање схизофреније су: а) наметање или одузимање мисли, ехо или емитовање мисли; б) суманутост контроле, утицаја, и пасивности која се јасно односи на тело или покрете тела, специфичне мисли, акције и сензације; ц) халуцинације у облику гласова које коментаришу болесниково понашање (разговарају међусобно о болеснику) разни облици халуцинација у виду гласова који долазе из неког дела тела; д)

трајне бизарне суманутости које се намећу или које нису у складу са болесниковим интелектом или образовањем, немогућ политички, научни, или религиозни идентитет, натприродне способности или моћи (нпр. контрола времена, комуникација са ванземаљцима...); е) перзистентне халуцинације, било ког типа, када су праћене пролазним суманутостима без емоционалног одговора или када су халуцинације перманентно присутне недељама или месецима; ф) дисоцирано мишљење, дезорганизован говор и неологизми; г) кататоно понашање (изразита укоченост тела, одржавање неприродног положаја) или изразита узбуђеност; х) негативни симптоми у виду апатије, сиромаштва говора, заравњеног афекта или неадекватног емоционалног одговора који обично узрокује социјално повлачење и пад социјалног функционисања; и) значајна и трајна промена понашања у смислу губитка интересовања, бесциљности, заокупљеност самим собом и социјалног повлачења.

Да би се дијагностиковала шизофренија потребно је присуство минимално једног симптома од а) до д) или најмање два симптома од е) до и), који морају бити присутни довољно дуго (најмање месец дана).

Типови шизофреније према МКБ-10 класификацији су: параноидна, хебефрена, кататона, недиференцирана, постшизофрена депресија, резидуална, шизофренија симплекс, остале шизофреније, шизофренија неспецифична.

Приликом разматрања шизофреније потребно је осврнути се на разлике између оболелих мушкараца и жена по питању симптома који доминирају у клиничкој слици. Прегледом радова на тему разлика између шизофрених пацијената и пацијенткиња Кесил и Мареј (Castle & Murray, 1991) изводе следеће закључке – мушкарци показују већу склоност ка обољевању од тежих форми шизофреније у односу на жене, рецидиви су код њих чешћи и мање повољно реагују на неуролептике. Такође, показују нижу преморбидну компетентност, нижу социјалну и професионалну прилагођеност, као и нижи коефицијент интелигенције. У погледу саме болести, код мушкараца се чешће јавља „типична шизофрена симптоматологија“, са пасивношћу и повлачењем, док жене показују поремећај у домену афекта.

1.1.4 Социјална функционалност и шизофренија

Увидом у наведене критеријуме може се уочити да се, између осталог, као дијагностички критеријум ове тешке болести наводе измене и пад социјалног функционисања. Социјална функционалност би се могла дефинисати као „ниво функционисања појединца у свом друштвеном контексту, при чему функционисање

подразумева распон од самоодржања и основних животних вештина, до успостављања веза и односа са другима у друштву.“ (Tyler, 1993, стр.8, према Song & Singer, 2001).

Клиничка слика схизофреније може бити разнолика, међутим увек подразумева социјалну дисфункционалност. И док је код осталих психичких обољења веза између симптома и социјалне дисфункционалности јасна и уочљива, код схизофреније је тешко довести у везу неки од симптома са ниском социјалном функционалношћу. Разматрање социјалне (дис)функционалности постаје сложеније уколико се узме у обзир податак да многе особе пре појаве симптома болести показују проблеме у социјалном функционисању.

Постоје различита тумачења снижене социјалне функционалности оболелих од схизофреније. Модели дефицита социјалну функционалност објашњавају симптомима, нарочито негативним. Према другом објашњењу, социјална стигма заправо води у социјалну дисфункционалност. Међутим, оваква објашњења резултати истраживања доводе у питање, као и сама чињеница да је снижење социјалне функционалности један од критеријума дијагностиковања болести. Још једно од објашњења у први план ставља стратегије превладавања, тачније, према овом тумачењу, социјална дисфункционалност представља последицу карактеристичних начина суочавања појединца са болешћу и са ситуацијама које подразумевају социјалну интеракцију (Stanghellini & Ballerini, 2002). Било које од наведених објашњења тешко је коначно прихватити, што и не изненађује уколико се узме у обзир сама сложеност социјалне адаптације и функционисања појединца и сама сложеност схизофреније. Ова тема привукла је пажњу многих истраживача који су поред оболелих, испитивали и социјалну функционалност особа под ризиком, као и чланова породице оболелих.

Поређењем особа оболелих од схизофреније, биполарног афективног поремећаја и здравих испитаника, Кенонова и сарадници (Cannon et al., 1997) долазе до резултата да схизофрени пацијенти имају статистички значајно нижи ниво социјалне адаптације у детињству и адолесценцији у поређењу са остале две групе испитаника. Резултати студије спроведене у Великој Британији указују да су особе оболеле од схизофреније мајке описивале као изоловану децу која су се радије играла сама. Исте особе су касније, током школовања, професори окарактерисали као адолесценте који тешко склапају пријатељства и који имају сиромашне социјалне вештине (Jones, Rogers, Murray, & Marmot, 1994; Jones, Murray, & Rogers, 1995, према Schenkel & Silverstein, 2004). У студији праћења деце која су лечена на дечијој психијатрији, Кенонова са сарадницима (Cannon et al., 2001) открива да су касније од схизофреније најчешће

обољевала деца која су показивала висок ниво осетљивости и сумњичавости, као и тешкоће у односу са вршњацима. Слично истраживање у коме је праћено 27 адолесцената чији родитељ болује од шизофреније, 30 адолесцената чији родитељ болује од неког другог психијатријског поремећаја и 29 испитаника, који су чинили контролну групу, показује да су адолесценти из групе са шизофреним родитељем мање ангажовани у односима са вршњацима и да имају социјалне проблеме који су последица незрелости ових испитаника и непопуларности међу вршњацима. (Hans et al., 2000, према Schenkel & Silverstein, 2004).

Волшова и сарадници (Walshe et al., 2007) откривају да је преморбидна социјална и академска функционалност особа оболелих од шизофреније, у односу на контролну групу, нижа и да до опадања нивоа социјалне и академске адаптације долази на прелазу из детињства у адолесценцију. Здрава браћа и сестре који потичу из породица са високим ризиком такође показују нижу академску функционалност током адолесценције.

Белак и сарадници (Bellack, Morrison, Wixted, & Mueser, 1990) су у свом истраживању добили резултате који показују да пацијенти са негативним симптомима показују виши ниво социјалне дисфункционалности у односу на пацијенте са позитивним симптомима, биполарним афективним поремећајем и здраве испитанике. Међутим, аутори напомињу да резултати упућују на закључак да социјална дисфункционалност није једноставно секундарна последица позитивних или негативних симптома.

Лисакер и Дејвисова (Lisaker & Davis, 2004) разматрајући резултате добијене у истраживању, указују на значај карактеристика личности и претпостављају да карактеристике личности, у комбинацији са самим симптомима болести и неурокогнитивним дефицитом утичу на успешност шизофрене особе у успостављању и одржавању веза са другим људима.

Дакле, ниска социјална функционалност представља једну од главних карактеристика шизофреније, која се препознаје већ у првој епизоди болести, често перзистира упркос третману антипсихотицима и остаје трајна са тенденцијом погоршања у каснијим фазама болести. Дефицит у социјалној функционалности, како показују наведена истраживања, присутан је често и пре појаве болести и уочљив код индивидуа чији је биолошки родитељ оболео од ове болести, што може указати на то да социјална дисфункционалност представља преморбидну карактеристику, односно може бити фактор вулнерабилности за појаву шизофреније. Такође, степен оштећења

социјалне функционалности значајан је и за стопу рецидива. Сходно томе, лечење би требало да подразумева и оне интервенције које би биле усмерена на побољшање социјалног функционисања оболелих, што би се даље одразило на дугорочне исходе болести (Pinkham, Penn, Perkins, & Lieberman, 2003). О значају побољшања социјалне функционалности сведоче и резултати истраживања Галупијеве и сарадника (Galuppi, Turola, Nanni, Mazzoni, & Grassi, 2010) који показују да социјална функционалност представља важан детерминишући фактор оцене степена квалитета живота оболелог.

1.1.5 Параноидна шизофренија и механизми настанка параноидности

Параноидна форма шизофреније представља најчешћи тип шизофреније. Јавља се релативно касно, најчешће после тридесете године живота. Основна карактеристика овог типа шизофреније јесте постојање суманутих идеја, које су углавном нелогичне и које по питању теме најчешће припадају идејама односа и прогањања. Могу се јавити и халуцинације и то најчешће акустичне, које су у већини случајева непријатног садржаја, али и олфакторне и густативне. Још једна од карактеристика овог облика шизофреније је у већини случајева дуготрајна неупадљивост и очуваност „фасаде“ личности. У појединим случајевима болест не доводи до потпуне дезинтеграције личности. Међутим, код већине пацијената са прогресијом болести, ипак долази до извесног пропадања личности, најчешће у емоционалној и вољној сфери. Са развојем болести интензивира се и сумњичавост, опрезност, неповерење, избегавање контаката. Могуће је и агресивно понашање оболелог према околини (Голубовић, 2009; Марић, 2005).

Следећи критеријуми морају бити испуњени како би се поставила дијагноза параноидне шизофреније (шифра Ф 20.0), према МКБ-10 класификацији:

1. Морају бити испуњени општи критеријуми за постављање дијагнозе шизофреније.
2. Упадљиво присуство суманутих идеја и халуцинација (као што су сумануте идеје прогањања, односа, узвишеног порекла, специјалне мисије, телесних промена или љубоморе; застрашујући или наредбодавни гласови, олфакторне или густативне халуцинације, сексуалне или друге телесне сензације).
3. Заравњеност или неадекватност афекта, кататони симптоми или инкохерентан говор не морају доминирати клиничком сликом, мада могу бити присутни у блажем степену.

Параноидни синдром код оболелих од схизофреније разликује се од параноидних синдрома који се јављају код других обољења по својој бизарности и присуству симптома првог реда, по Шнајдеру. Диференцијалну дијагнозу у односу на параноидни поремећај и параноидност у случају других обољења олакшава присуство следећих симптома: халуцинације, неадекватни афекат, дефект афективног преноса, дезорганизовано понашање, формални поремећаји мишљења (Башић & Тошић-Голубовић, 2009). Дакле, параноидни синдром се протеже дуж осе параноја – параноидни суманути поремећај – параноидна схизофренија (Николић-Поповић & Манојловић, 2010).

Код овог типа схизофреније проблеми у домену социјалног функционисања преваходно се тичу погрешног тумачења догађаја и поступака људи из окружења, што особу чини узнемиреном, напетом, често агресивном и отежава јој функционално и неупадљиво социјално понашање. Сходно томе, испитивање социјалне функционалности важно је за разумевање схизофреније и њених подтипова.

Одређење концепта параноидности обликовало се кроз историју, а највећи допринос овом одређењу, што је даље водило бољем упознавању феноменологије параноидности, дали су аутори динамичких теорија, почев од Фројда, који у центар динамике поставља неприхватљиве хомосексуалне пулзије и потискивање и пројекцију као механизме одбране. Мајснер (Meissner, 1987, према Манојловић & Николић-Поповић, 2009) даје концепт параноидног процеса, којим обједињује теоријске доприносе психодинамских праваца и препознаје заједничке механизме нормалног развоја и развоја који води у параноидност. Основу одвијања параноидног процеса чине интројекција, пројекција и параноидна конструкција.

Базични механизми параноидног процеса су интројекција и пројекција. Интројекција учествује у стварању психичких структура, али има и одбрамбену функцију – штити селф од неподношљивог одсуства објекта од кога се зависи, тиме што омогућава да се објекат и веза са њим „унесу“ и чувају у унутрашњем простору. Интројекти подлежу нагонским пулзијама, тако да нагонски утицаји могу бити либидинозни, што доводи до интеграције интројектованих конфигурација у добре интернализоване објекте, и агресивни, што инхибира интеграцију, води у поларизацију интројектата, чиме се одржава амбивалентност и променљивост доживљаја себе и света, па се самим тим покреће и одржава одбрамбена динамика. Породице параноидних у већини случајева карактерише садомазохистички образац, који подразумева улогу агресора и жртве. Овакав образац одређује садржај интројектата параноидних, односно у

унутрашњи простор се интројектује агресија, доминација и супериорност, али и беспомоћност, страх, невредновање себе. Овакве супротстављене емоције одржавају дистанцу између интројектованих конфигурација, чиме је спречена њихова интеграција. Доживљај селфа параноидне особе се организује око интројекта жртве, јер је он мање лош у односу на интројект агресора. Овај прави идентитет заштићен је лажним идентитетом, организованим око интројекта агресора и нарцистичке супериорности, који параноидна особа доживљава као свој. Међутим, агресија повезана са овим интројектом, јесте угрожавајућа по самопоштовање и однос са објектом, па се прибегава пројекцији, којом се особа одриче својих агресивних аспеката и приписује их другима. Тиме се агресија „избацује“ из унутрашњег простора, али се истовремено и потврђује идентитет жртве, који постаје подношљив захваљујући полу нарцистичке супериорности који се одбрамбено налази у патолошком идентитету – доживљај посебности оправдава подношење позиције жртве. Коначно, параноидна конструкција представља когнитивну организацију, детерминисану одбранама, којом се осмишљава и преводи у значење опажено, односно свет око себе. Ова когнитивна структура је заустављена у развоју и додатно заштитно ојачава нестабилни идентитет параноидног.

Формирање значења пре свега је одређено субјективним потребама и специфичностима когнитивне организације. Карактеристика је ослањање на мишљење, а не на чињеничност перцептивног, а мишљење је средство нагонских притисака, а не аутономна целина. Дакле, корективна функција перцепције је искључена, а перцепција се одређује очекивањима. Параноидна конструкција омогућава одређивање значења која потврђују предвиђања. Тако долази до стварања суманутих елаборација и све већег удаљавања параноидног од реалности (Meissner, 1981; Meissner, 1979, 1980, према Манојловић & Николић-Поповић, 2009). Поређењем когнитивне комплексности, као карактеристике когнитивног стила, при чему когнитивна комплексност представља богатство конструката које индивидуа користи у одређивању света који је окружује, параноидних психотичних пацијената и ментално здравих испитаника Манојловићева и Николић-Поповићева (2005) долазе до резултата који указују да параноидни испитаници имају мању когнитивну комплексност. Процене других од стране ове групе испитаника су генерализоване, засноване на унутрашњим критеријумима, униформне, без препознавања и уважавања разлика у особинама других.

Када је реч о схизофреном процесу, овај процес може бити различитог интензитета, са различитим степеном манифестације патологије. У описима унутрашњег света схизофреног најчешће се користе речи фрагментација, претерана

идиосинкратичност, осиромашење, неразумљивост, нестајање уобичајених значења, хаос. Једно од својстава процеса јесте заказивање когнитивног, па отуда и одсуство реда, каузалности, кохерентности слике о себи и света око себе, стабилних односа са другима. Лондон (London, 1973, према Манојловић, 2005) говори о две линије психоаналитичких теорија од којих прва симптоме шизофреније сагледава као последицу конфликта нагонских пулзија и реалности, док се друга назива теоријом дефицита. Дефицит се заправо односи на поремећај у капацитету за организовање трагова меморије у менталне репрезентације објекта, као и на поремећај у капацитету одржавања менталних репрезентација објекта. Схизофрени процес карактерише одсуство интеграције, а когнитивни дефицит се препознаје као суштински аспект шизофреног процеса.

1.1.6 Когниција у шизофренији

Боље упознавање шизофреније, развој науке, медицине, психологије допринео је побољшању медикаментозног и психолошког третмана ове болести. Успешност и напредак третмана уочљив је када је реч о позитивним и негативним симптомима, међутим, чини се да изостаје када је у питању функционалност оболелог у свакодневном животу. Већина оболелих живи несамосталним животом, финансијски зависи најчешће од своје породице, професионални ангажман изостаје због немогућности испуњења захтева радног места, тешко успостављају и одржавају стабилне интерперсоналне односе. Оваква запажања подстакла су прецизнија испитивања фактора који утичу на животну функционалност оболелих. Утврђено је да когнитивни дефицити представљају најзначајније предикторе функционалног статуса оболелог у различитим аспектима живота (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000).

Когнитивни дефицит се данас разматра као једна од централних карактеристика шизофреније. Важно је рећи да учинак пацијената оболелих од шизофреније варира зависно од задатка, тачније учинак није једнако низак и креће се од благог неуспеха (испод просека, али и даље у границама референтних вредности) до упадљиво ниског учинка (када је учинак 2 до 3 стандардне девијације испод просека), док најтеже оболели пацијенти показују учинак од 5 стандардних девијација испод просека. Утврђено је да чак 85% шизофрених показује нижи ниво когнитивног функционисања у поређењу са здравим испитаницима (Harvey & Serper, 1999, према Wykes & van der Gaag, 2001). У здравој популацији само 5% људи показује тако ниске стандарде когнитивног функционисања (Wykes & van der Gaag, 2001)

Когнитивни дефицити код схизофрених, с обзиром на време настанка, могу се поделити у три категорије. Прву категорију чинили би дефицити присутни и пре појаве прве епизоде болести, па би, сходно томе, могли представљати трајну диспозицију, која је присутна код особа са повећаним ризиком од појаве болести. Током болести не долази или долази до врло малог продубљивања ових дефицита у когнитивном функционисању. Следећу категорију чине когнитивни дефицити везани за саму епизоду болести и њене симптоме према дијагностичким критеријумима. Трећа категорија подразумева когнитивна оштећења благо присутна пре појаве болести, која се озбиљно погоршавају у месецима пре и током прве епизоде болести, присутна и без побољшања и после акутне фазе схизофреније, тачније ову групу чине стабилни когнитивни дефицити (Wykes & van der Gaag, 2001). Ова подела указује на сложеност саме болести и потребу планирања и прецизног организовања и спровођења истраживања, односно указује на неопходност прецизне методологије, што је један од главних недостатака већ спроведених истраживања, као што ћемо и видети у даљем прегледу добијених резултата у овој области.

До сада су спроведена бројна истраживања која су разматрала сваки корак у обради информација. Резултати пре свега указују да је когнитивни дефицит додатно потенциран манифестном симптоматологијом, да је израженији у случају негативне симптоматологије и непараноидне форме болести. Пажња, као једна од когнитивних функција, обухваћена је многим истраживањима, при чему резултати недвосмислено указују на поремећај ове психичке функције. Карактеристика пажње схизофрених јесте смањена способност селекције информација, што изазива преплављеност стимулусима. Ово потврђују подбацивање ове групе испитаника на задацима који подразумевају презентовање већег броја речи или увођење дистрактора (Манојловић, 2005). Галавернова и сарадници (Galaverna, Morra, & Bueno, 2012) извештавају да схизофрени испитаници постижу ниже скорове на свим задацима пажње у односу на здраве испитанике. Инхибиторна контрола обраде неважних информација и одржавање пажње представљају „најугроженије“ компоненте пажње. Утврђено је да су оштећења пажње умерено присутна и пре појаве прве епизоде болести (Caspri et al 2003, према Bowie & Harvey, 2006).

Оштећење памћења (меморије) код схизофрених представља још један од конзистентних налаза истраживања. Мета-анализом истраживања Алеман и сарадници (Aleman, Hijman, de Naan, & Kahn, 1999) долазе до резултата који указују на значајну и стабилну везу између оштећења памћења и схизофреније. Разлике између групе

здравих и групе оболелих испитаника су велике када је у питању присећање. Рекогниција је нешто мање, али ипак значајно оштећена. Аутори наводе да степен оштећења памћења није под утицајем година старости, трајања болести, озбиљности симптома или позитивних симптома. Постоји значајна, али ниска корелација између негативних симптома и оштећења памћења.

Детаљнијим испитивањем памћења утврђено је да су оштећења краткорочног памћења упадљива код особа оболелих од схизофреније. Ли и Парк (Lee & Park, 2005) на основу резултата мета-анализе на ову тему закључују да се оштећење краткорочног памћења код схизофрених региструје без обзира на врсту задатака и испитивани модалитет. Ово потврђују и каснија истраживања која су се бавила поређењем учинка оболелих и здравих на задацима који испитују визуоспацијалну, аудитивну, егзекутивну, вербалну и фацијалну радну меморију (Manglam, Ram, Praharaј, & Sarkhel, 2010; Forbes, Carrick, McIntosh, & Lawrie, 2009; Cosman, Nemes, Nica, & Herla, 2013).

Поремећај семантичке меморија испитиван је као могућа карактеристика оштећења дугорочне меморије схизофрених. На основу мета-анализе резултата истраживања Даути и Дан (Doughty & Done, 2009) изводе закључак да је учинак схизофрених испитаника на задацима именована, вербалне флуентности, категорисања и примовања мањи у односу на здраве испитанике. Када је реч о асоцијацијама, добијени су супротни резултати, док у случају повезивања речи и слика, резултати упућују на неугрожен учинак схизофрених на оваквим задацима. Комплексније методе испитивања показују да снижени резултат на задацима који испитују вербалну флуентност заправо није последица оштећења семантичке меморије, већ других когнитивних оштећења. Сагледавањем величине ефекта аутори указују да је, без обзира на већи број истраживања који указују на нижи учинак схизофрених, величина ефекта мала када су у питању задаци категорисања и примовања, што би могло значити да би се уједначавањем испитиваних група према одређеним варијаблама које би могле утицати на резултате величина ефекта изгубила, па не бисмо могли говорити о разликама између испитиваних група.

Приликом испитивања егзекутивних функција, утврђено је да код схизофрених пацијената постоји оштећење ових функција, да је оно присутно већ у првој епизоди болести и да је основа дефицита смањена активност у појединим неуронским мрежама претежно у префронталном кортексу, што је утврђено коришћењем неуроимицинг метода којима је праћена активност различитих области мозга током извршења

различитих налога (Minzenberg, Laird, Thelen, Carte, & Glahn, 2009; Orellana & Slachevsk, 2013; Hutton et al., 1998).

Према појединим ауторима (Magaro, 1981; Hemsley, 2004, према Манојловић, 2005) проблеми у процесу обраде информација код схизофрених потичу из слабе концептуалне организације, што за последицу има тешкоће у процесу интеграције перцептивног, па су схизофрени стално преплављени стимулусима из окружења, са смањеном могућношћу да их организују у стабилан систем значења. Из овог разлога перцептивно постаје главни организатор когнитивног, односно перцептивни процеси доминирају над концептуалним. Код схизофрених заправо постоји слабост утицаја материјала ускладиштеног у меморији на актуелну перцепцију. Из тог разлога унутрашњи свет схизофреног карактерише нестабилност, променљивост и подложност прилагођавања ономе што долази споља (Magaro, 1981; Hemsley, 2004, према Манојловић, 2005). Разматрајући когнитивни стил параноидних и схизофрених, као и резултате истраживања, Магаро (Magaro, 1981) подвлачи постојање доследних разлика у когнитивном стилу особа оболелих од параноидне схизофреније и оних оболелих од осталих типова схизофреније, тачније наведене групе пацијената имају различите начине организације и разумевања света. Тако код непараноидне форме схизофреније постоји проблем у јачини конфигурација, док параноидну форму карактеришу изразито идиосинкратичне конфигурације вишег реда, које утичу на оснивање нових конфигурација. Параноидни се ослањају на ригидне концептуалне процесе, при чему перцептивно нема своју корективну улогу, док се схизофрени ослањају, пре свега, на перцептивно без адекватне категоризације и класификације. Зависно од захтева саме ситуације ова два когнитивна стила биће мање или више адаптабилна.

С обзиром на то да код параноидних конфигурације одређују који део перцептивног материјала ће бити препознат и на који начин ће бити тумачен, велики део информација које могу бити од значаја се занемарује. Параноидни не успевају да размотре контекст из кога потиче стимулус, јер ово захтева концептуалну флексибилност. Дефицит који се јавља у обради информација код схизофрених препознаје се у тренутку када је концептуална организација значајна за долазак до информација из стимулусног поља или меморије.

Поређење когнитивног функционисања и оштећења између параноидне и непараноидне форме схизофреније, истраживачи су препознали као значајно за боље упознавање путева развоја овог обољења и његових подтипова. Прегледом истраживања која су се бавила утврђивањем разлика у когницији између параноидне и

непараноидне форме Залевска са сарадницима (Zalewski, Johnnsori-Selfridge, Ohriner, Zarrella, & Seltze, 1998) изводи закључак да резултати већине истраживања указују на већу успешност параноидних на тестовима пажње, егзекутивних функција и меморије, док је учинак ове две групе испитаника без разлика када су у питању ниво интелектуалног функционисања и вербалне способности. Међутим, резултати су неконзистентни, а методолошки проблеми у истраживањима бројни и тичу се углавном поузданости коришћених инструмената, дужине и тежине болести, ефеката медикамената и понекад дијагностичких тешкоћа одређивања дијагностичке категорије. Резултати новијег истраживања, које се бавило разликама у учинку параноидних и непараноидних на задацима пажње, учења и памћења, егзекутивних функција, језичких способности и визуо-спацијалне перцепције, показују да између испитиваних група постоји разлика на задацима који ангажују селективну пажњу, егзекутивне функције и учење и памћење, при чему су параноидни пацијенти успешнији на овим задацима. Међутим, треба имати у виду да је у истраживању коришћено једанаест тестова, а да је разлика у учинку добијена на свега два, као и то да и у овом истраживању аутори подвлаче методолошка ограничења која су могла утицати на резултате, који се у том случају могу сагледати више као подстицај за даља истраживања, него као нешто коначно из чега треба изводити закључак (Çıtak, Sakıcı, Çakıcı, & Köse, 2013).

Поређењем групе испитаника са израженом позитивном и групе испитаника са израженом негативном симптоматологијом Цветићева (2004) извештава да негативни подтип шизофреније (који одговара непараноидној форми) показује израженију когнитивну дисфункционалност у односу на позитивни подтип (који одговара параноидној форми). Дефицит се уочава када је реч о вишим когнитивним функцијама као што су селекција информација, процесирање, схватање, планирање, реализација и визуомоторне способности.

Когнитивни дефицит шизофрених је значајан јер је, како је генерално прихваћено, повезан са функционалним исходом болести. Прегледом резултата лонгитудиналних истраживања ове везе Грин и сарадници (Green, Kern, & Heaton, 2004) наводе да је процена когнитивног функционисања оболелог добар предиктор каснијег функционалног исхода болести, што указује на значај когниције и могућности рада на њеном очувању и унапређењу код оболелих.

1.2 СОЦИЈАЛНА КОГНИЦИЈА

1.2.1 Одређење појма „социјална когниција“

Различите школе су, у складу са својим основним постулатима, формулисале одговор на питање “Које способности и вештине чине социјални живот могућим?”. Самим тим постоје различита објашњења, почев од објектних односа, преко усвојених образаца понашања који имају за циљ задовољење потреба и остварење циљева индивидуе, понашања у складу са социјалним нормама, или испуњење социјалних улога, до способности интеракције са другима уз коришћење усвојеног система симбола. Когнитивистичка школа је такође понудила објашњење социјалног живота. Социјална компетенција се дефинише преко социјалне когниције која представља способност разумевања, предвиђања и адекватног реаговања на мисли, осећања и понашања других у различитим социјалним ситуацијама (Stanghellini & Ballerini, 2002).

Социјална когниција се односи на начин на који размишљамо о другим људима. То је широк појам који подразумева кодирање, процесирање, памћење и коришћење информација које долазе из социјалног поља (Crisp & Turner, 2007). Према томе, социјална когниција представља групу процеса који обезбеђују интеракцију јединке са осталим припадницима њене врсте, што је чини веома важном за преживљавање како појединца, тако и саме врсте (Adolphs, 1999). Социјална когниција, поред процесирање информација о другим људима, подразумева и процесирање информација о себи и социјалним нормама (Beer & Ochsner, 2006). Захваљујући социјалним сигнаlima, већ постојећем знању и социјалној когницији стичемо нова знања од других људи о свету који нас окружује, тако да сазнајемо свет не само кроз сопствено искуство, већ и кроз искуство других људи. Поред тога, социјална когниција нам омогућава вредновање социјалних сигнала које нам особе из окружења шаљу и закључивање о томе да ли треба веровати другим људима тј. омогућава нам стицање знања о другим људима. Коначно, значај социјалне когниције огледа се у томе што нам ови процеси омогућавају формирање „заједничког света“ у коме ступамо у интеракцију са другим људима. За успешну интеракцију није довољно само делити емоције, већ је неопходно делити и репрезентације света који нас окружује (Frith & Frith, 2007). Према томе, социјална когниција представља нешто више од схватања емоција, намера и понашања других људи. Она подразумева и интерперсонално разумевање (De Jaegher, Di Paolo, & Gallagher, 2010). Према томе, могло би се рећи да нам ови процеси омогућавају остваривање и одржавање односа са другима, међусобно разумевање и заједничко делање.

Појам социјална когниција води порекло из социјалне психологије и постаје актуелан крајем шездесетих и почетком седамдесетих година прошлог века. Социјална когниција представља широк и мултидимензионални конструкт, чије се разумевање развијало од сагледавања људи као хладнокрвних и логичних процесора информација, до препознавања чињенице да су људи често склони да доносе закључке о другима на основу интуиције или предосећаја.

Једно од првих објашњења социјалне когниције заснива се на идеји да су људи рационална бића, способна да решавају комплексне проблеме. Самим тим људи рационално приступају тумачењу социјалних стимулуса. Хајдер (Heider, 1958, према Crisp & Turner, 2007) сматра да људи имају потребу да формирају кохерентан поглед на свет и да успоставе контролу над околином, односно имају потребу за стабилношћу, конзистентношћу, контролом и предикцијом, што доводи до тога да се људи понашају као наивни научници. У области социјалне когниције то би значило формулисање и тестирање хипотеза о понашању других. Из ових идеја проистекла је атрибуциона теорија. На основу тога да ли особа узрок неког понашања или догађаја приписује унутрашњим факторима нпр. карактеристикама личности или спољашњим, ситуационим факторима, можемо разликовати унутрашњу и спољашњу атрибуцију. Покушај објашњења атрибуције резултирао је формулисањем неколико теорија. Једна од теорија атрибуције је Теорија коресподентних закључака. Ова теорија социјално закључивање разматра као покушај доношења сагласних закључака, што би заправо значило да људи приликом процењивања понашања других, показују тенденцију да закључују да је акција одређене особе показатељ стабилних карактеристика личности. То би значило да људи преферирају унутрашњу атрибуцију, јер оваква објашњења делују стабилно и омогућавају предвиђање понашања и догађаја, па самим тим људи стичу утисак контроле. Приликом закључивања, три фактора имају информативну вредност за процењивача – социјална пожељност, слобода акције и последице поступка (Jones & Davis, 1965, према Crisp & Turner, 2007). Према другом моделу, моделу коваријације, људи су склони и спољашњој и унутрашњој атрибуцији. Људи се приликом процене узрока понашања других понашају као научници, па из тог разлога за узрок понашања бирају оне факторе који се јављају увек заједно са понашањем и варирају онда када понашање варира. Долазак до закључка одређују три врсте информација – постојећи консензус, информације о доследност и посебност (дистинктивност) понашања (Kelley, 1967, према Crisp & Turner, 2007). Дакле, атрибуциона теорија заговара мишљење да у процени других узимамо у обзир више

информација, формулишемо и тестирамо хипотезе и на тај начин доносимо закључак. Међутим, сведоци смо да најчешће закључке о понашању других људи доносимо брзо, занемарујући информације које наведени модели истичу. Из тог разлога истраживачи су почели да се баве грешкама у одређивању узрока појава и понашања. Једна од најчешћих грешака је тенденција људи да узроке понашања других чешће приписују унутрашњим, него спољашњим факторима, чак и у ситуацијама када је очигледно да су узрочници део саме ситуације. Следећа грешка тиче се тенденције људи да узрок сопственог понашања налазе у ситуацији, док понашање других људи објашњавају унутрашњим узрочницима. Следећа тенденција подразумева да сопствени успех приписујемо унутрашњим факторима, док узроке сопственог неуспеха тражимо у самој ситуацији, што је у функцији одржања самопоштовања (Crisp & Turner, 2007).

Друго схватање социјалне когниције претпоставља да се приликом тумачења социјалних стимулуса не понашамо као наивни научници, који формулишу и проверавају хипотезе, укључујући у процену различите аспекте ситуације, већ да смо заправо “когнитивне шкртице”, које теже да избегну ангажовање и улагање напора приликом тумачења социјалних стимулуса. Људи улажу минимум менталног напора приликом процене других људи. Сходно томе у процени људи користе уопштена правила, односно процена се реализује кроз активацију категорија знања (Fiske & Taylor, 1991, према Macrae & Bodenhausen, 2001).

Сходно овом схватању људи приликом формирања импресије о другима веома често користе категоризацију. Социјалне категорије привлаче пажњу научника чији је циљ испитивање динамике социјалне категоризације, која представља процес захваљујући коме се појединци сврставају у различите социјалне категорије. Категоризација је важна јер нам омогућава организацију и структурирање знања о свету који нас окружује. Захваљујући категоризацији наш ум хаотичност и комплексност света око нас трансформише у организованост и предвидљивост. Категоризација објеката и категоризација људи разликују се у томе што након сврставања особе у неку од социјалних категорија настојимо да размотримо сопствени статус у односу на ту категорију (Bodenhausen, Kang, & Peery, 2012). Поред тога што нам омогућава организацију знања о свету који нас окружује, категоризација нам омогућава брзо закључивања и једноставно формирање импресије о другим људима тј. обезбеђује нам да се у процесу процене понашамо као когнитивне шкртице. При томе се користе стереотипи, који заправо представљају прототипе одређене категорије људи (Crisp & Turner, 2007).

Према следећем схватању социјалне когниције, људи су мотивисани тактичари који врше избор когнитивне стратегије на основу тренутних циљева, мотива и потреба, што би значило да људи распоређују своје когнитивне ресурсе и бирају да ли ће у процени дате ситуације/понашања бити наивни научници или когнитивне шкртице (Kruglanski, 1996, према Crisp & Turner, 2007). Постоје одређени фактори који одређују овај избор, а то су – време, когнитивно оптерећење, значајност одлуке коју доносимо и количина доступних информација.

У покушају интеграције категоријалног и атрибуционог начина формирања импресије о другим људима Фискова и сарадници (Fiske, Neuberg, Beattie, & Milberg, 1987) предлажу модел континуума, категоријално-атрибуционо формирање импресије о другим људима. Процена ће заузети одређено место на континууму, зависно од информационих околности, као и од способности и мотивације процењивача. Новија објашњења процеса формирања импресије о другим људима нису у складу са моделом континуума, већ се базирају на тврдњи да се категоријално процесирање и атрибуционо процесирање одвијају паралелно доприносећи једнако формирању импресије о другима. Још једна претпоставка је да се импресија о сваком појединцу заснива на вези између стереотипних и идиосинкратичних информација и да ослањање на стереотипе може олакшати атрибуционо формирање импресије код процењивача, тј. може олакшати симултану обраду информација које се односе на конкретну особу (Quinn, Macrae, & Bodenhausen, 2003).

Као што је већ наведено социјална когниција подразумева три домена – обраду информација о другима, обраду информација о себи и социјално знање. О обради информација о другима је већ било речи, мада то и даље остаје недовољно испитано подручје, о коме се могу навести две главне карактеристике – разумевање и процена других људи представља комплексан процес који се одвија на више нивоа. На овај процес утиче пре свега мотивација процењивача, али и информације о процењиваном и тренутном социјалном контексту. Следећи домен односи се на обраду информација о себи. Овај домен у блиској је вези са претходним, јер ће процес саморазумевања бити успешнији уколико се ангажују процеси слични онима које користимо у перцепцији и разумевању других људи. Такође, селф може послужити као когнитивни филтер за процену других људи, тачније лично искуство и интроспекција нам могу помоћи у закључивању о другим људима. Поред тога самопроцена је значајна за организацију представа о другим људима. Када је реч о социјалном знању, овај домен подразумева чињенице или апстрактне концепте о социјалним релацијама и појавама, али и

информације о правилима, вештинама и стратегијама. Све укупно, социјално знање нам омогућава сналажење у свакодневном социјалном окружењу (Beer & Ochsner, 2006).

Најзначајнији аспекти социјалне когниције су теорија ума, препознавање емоција, социјална перцепција и атрибуциони стилови. Од средине деведесетих година прошлог века до данас расте интересовање истраживача за испитивање социјалне когниције, не само здравих особа, већ и ментално оболелих.

1.2.2 Социјална когниција и схизофренија

Социјална дисфункционалност је, као што је већ напоменуто, један од главних симптома схизофреније. Интересовање за социјалну когницију и испитивање њених појединачних аспеката проистекло је и из претпоставке аутора истраживања да би изучавање социјалне когниције дало макар делимично објашњење социјалне детериорације оболелих од схизофреније. Тако је социјална когниција идентификована као значајан конструкт у истраживањима схизофреније, конструкт од значаја за дијагностиковање, процену, третман и функционални исход болести (Ное, Nakagami, Green, & Brekke, 2012).

Међутим, поставља се питање о односу когниције (неурокогниције) и социјалне когниције, и оправданости њиховог одвајања, јер би на пример снижења на мерама социјалне когниције могла бити последица оштећења базичних когнитивних функција, као што су перцепција, памћење итд. Истраживања социјалне когниције схизофрених заправо су дала аргументе за одвојено испитивање социјалне когниције и когнитивних функција. Мета-анализом резултата истраживања везе између неурокогниције, социјалне когниције и нивоа функционалности у заједници, Фетова са сарадницима (Fett et al., 2011) долази до следећих закључака – социјална когниција је јаче повезана са нивоом функционалности у заједници у односу на неурокогницију, односно социјална когниција објашњава 16% варијансе функционалности у заједници, док је ова вредност у случају неурокогниције 6%. Теорија ума се показала као аспект социјалне когниције који, због јачине своје везе са функционалношћу у заједници, највише доприноси разлици у корелацији социјалне когниције и функционалности у заједници са једне стране и когниције и функционалности у заједници са друге стране. Ови налази потврђују претпоставку да социјална когниција, без обзира на њену делимичну заснованост на неурокогницији има свој јединствен допринос када је у питању предикција социјалне функционалности. Мета-анализом резултата истраживања спроведених на схизофреним пацијентима Коучрова и сарадници (Couture, Penn, &

Roberts, 2006) истичу повезаност и социјалних и не-социјалних домена когниције са функционалношћу у свакодневном животу. Хо са сарадницима (Hoe et al., 2012) такође испитује ову везу и долази до налаза који потврђују независтан и различит допринос ових конструката функционалном исходу болести. Задавањем психолошких тестова који су намењени процени социјалних и не-социјалних вештина и способности уочено је да се варијације у резултатима код схизофрених пацијената структуришу у два одвојена, мада повезана домена – социјалну и не-социјалну когницију (Billeke & Aboitiz, 2013). Даље, Шмидт и сарадници (Schmidt, Mueller, & Roder, 2011) указују на посредујућу улогу социјалне когниције у вези између неурокогниције и функционалних исхода болести. Коначно неуробиолошке студије у којима су учествовали здрави испитаници указују да социјални задаци активирају посебне структуре у мозгу, које се разликују од активираних можданих структура приликом сусретања са не-социјалним задацима (Harris et al., 2005; Rothmayr et al., 2011, према Billeke & Aboitiz, 2013).

Према томе, социјална когниција и неурокогниција представљају конструкте неопходне за разумевање људског понашања, који се међусобно преклапају, али испитивање једног не искључује потребу за испитивањем другог. Социјална когниција подразумева менталне операције, које су у основи социјалног функционисања, укључујући способност увиђања намера других људи у одређеном социјалном контексту. Ово укључује способност емоционалне и социјалне перцепције, атрибуцију, емпатију и истовремено одражава утицај социјалног контекста (Penn, Roberts, Combs, & Sterne, 2007; Couture et al., 2006).

Испитујући социјалну когницију код схизофрених пацијената Хал са сарадницима (Hall et al., 2004) долази до резултата који показују смањену могућност ове групе испитаника у препознавању емоција на основу фацијалне експресије, при чему је подгрупа испитаника са позитивним симптомима била неуспешна и у препознавању базичних емоција, за разлику од оне групе схизофрених код које нису били присутни позитивни симптоми. Што се тиче препознавања лица, нису добијени подаци који указују на снижење ове способности код схизофрених. У једном од скоршњих истраживања пацијентима оболелих од схизофреније и контролној групи два глумца читала су реченице са емоционалним садржајем, са и без емоционалне прозодије. У питању су биле основне емоције. Показало се да су схизофрени упадљиво неуспешни у препознавању емоција и према садржају реченица и онда када је садржај пратила прозодија. Прозодија је допринела бољем учинку у обе групе, али је тај допринос био већи код групе схизофрених (Brazo, Beaucousin, Lecardeur,

Razafimandimby, & Dollfus, 2014). Испитујући различите аспекте социјалне когниције Соса са сарадницима (Sosa et al., 2012) долази до следећих резултата – схизофрени пацијенти са доминантно негативним симптомима показују тешкоће у препознавању и изражавању емоција, као и у придавању значаја и каузалној атрибуцији догађаја у социјалном окружењу. Позитивни симптоми су били повезани са тешкоћама у процени правила, улога и социјалног контекста. Најближи сродници пацијената су такође били обухваћени овим истраживањем. Резултати указују на нижи учинак ових испитаника на тестовима социјалне когниције у односу на контролну групу, мада ова разлика није статистички значајна. Ипак, сугестија аутора је провера овог резултата на већем узорку. Мета-анализом резултата добијених у 29 студија, које су се бавила испитивањем социјалне когниције (различитих аспеката социјалне когниције као што су социјална перцепција, ментализација, социјално знање, атрибуциони стил) најближих сродника оболелих од схизофреније Лева са сарадницима (Lavoie et al., 2014) долази до закључка да је оштећење социјалне когниције присутно и код најближих сродника оболелих, што наводи на претпоставку да дефицит социјалне когниције може бити повезан са генетском вулнерабилношћу за појаву ове болести.

Када је реч о социјалној перцепцији, утврђено је да социјална перцепција посредује у вези између визуелне перцепције и функционалног статуса оболелог (Sergi, Rassovskz, Nuechterlein, & Green, 2006). Испитујући перцепцију невербалних социјалних сигнала, Томеј и сарадници (Toomey, Schulberg, Corrigan, & Green, 2002) долазе до резултата који указују да схизофрени испитаници показују значајно нижу успешност у декодирању невербалних сигнала у односу на контролну групу, при чему је подузорок испитаника оболелих од параноидне схизофреније био успешнији у односу на испитанике оболеле од недиференциране форме схизофреније.

Атрибуциони стил препознат је као нарочито важан код особа оболелих од параноидне схизофреније. У контексту разматрања атрибуционог стила код оболелих од параноидне схизофреније, тема која се логично издвајала као важна јесте однос атрибуционог стила и суманутих идеја. Покушаји објашњења делузија ишли су од претпоставке да се оне квалитативно разликују од здравих уверења, преко претпоставке о континууму са свакодневним, здравим уверењима на једном и бизарним и нереалним на другом крају, до претпоставке о специфичним перцептивним склоностима и тенденцијама у тумачењу догађаја. Имајући у виду да се сумануте идеје, које се срећу и код схизофрених пацијената, углавном тичу положаја пацијента у социјалном окружењу, атрибуциона теорија представља одговарајући теоријски оквир разматрања

когнитивних склоности суманутих пацијената (Bentall, Kinderman, & Kaney, 1994). У једном од својих првих истраживања овог проблема, Кени и Бентал (Kaney & Bentall, 1989, према Bentall et al., 1994) упоређивали су атрибуциони стил групе пацијената са суманутим идејама, групе депресивних и контролне групе. Задавали су Упитник атрибуционог стила (Attributional Style Questionnaire, ASQ; Peterson et al., 1982) који се састоји од описа одређених ситуација, при чему је задатак испитаника да одреди највероватније узроке позитивних и негативних догађаја. Упитником се региструју три атрибуционе димензије – интерно-екстерно (степен у коме се узрок догађаја приписује себи, околностима или другим људима, тј. локус контроле), стабилно-нестабилно (колико је вероватно да ће конкретни узроци бити присутни и у будућности) и глобално-специфично (степен вероватноће да ће конкретни фактори утицати на широк спектар догађаја, поред специфичних догађаја поменутих у упитнику). Испитаник на крају процењује и важност ситуације. Суманути пацијенти су, као и депресивни, показивали претерано глобалне и стабилне атрибуције, када су у питању негативни догађаји. Међутим, за разлику од депресивних, пацијенти са суманутостима су у атрибуцији били склони да узроке негативних догађаја траже у ситуацији или другим људима, а да за позитивне догађаје имају упадљиво унутрашњу атрибуцију.

Узимајући у обзир атрибуциони стил, Бентал и сарадници (Bentall et al., 1994) предлажу модел настанка персекуторне идеације, према коме претеће информације активирају разлике између ја и идеалног ја. Ова дискрепанца представља окидач експланаторних тенденција чији је задатак да умање овај јаз. Према томе, спољашња атрибуција негативних догађаја редукује разлику између реалног и идеалног ја, јер укључује акције и деловање других људи, али истовремено доводи до тога да параноидне особе верују да други људи имају лоше намере. На рачун смањења разлике између ја и идеалног ја, повећава се разлика између реалног ја и уверења о начину на који нас други људи виде, што све заједно доводи до појаве персекуторних суманутих идеја. Дакле, персекуторне сумануте идеје у вези су са когнитивним тенденцијама, које заправо штите јединку од осећања мање вредности (ниског самопоштовања). Једноставније речено, тенденција да се негативни догађаји приписују спољашњим факторима (нарочито другим људима) представља покушај да се избегне активирање латентних негативних селф-схема (Bentall et al., 1994). У намери да испита повезаност садржаја суманутости и атрибуционог стила, Шарп са сарадницима (Sharp, Fear, & Nealy, 1997) спроводи истраживање којим су биле обухваћене две групе пацијената – прву групу су чинили пацијенти са персекуторним и грандиозним суманутим идејама,

док су другу групу чинили пацијенти са соматским идејама и идејама љубоморе. Група са персекуторним и грандиозним идејама показује значајно вишу тенденцију ка спољашњој каузалној атрибуцији негативних догађаја, у односу на другу групу пацијената и у односу на контролну групу. Обе групе пацијената биле су значајно стабилније у својој атрибуцији у односу на контролну групу. Према мишљењу аутора, добијени резултати искључују атрибуцију из процеса настанка суманутих идеја, али не искључују могућност одбрамбене улоге атрибуције.

Поред модела настанка персекуторних идеја који су понудили Бентал и сарадници (Bentall et al., 1994), нешто другачији модел настанка делузија описали су Фриман и сарадници (Freeman, Garety, Kuipers, Flower, & Bebbington, 2002). Ови аутори сматрају да процес настанка суманутих идеја започиње тиме што је особа са високим степеном вулнерабилности (која се везује за генетске, биолошке, психолошке или социјалне факторе) изложена стресу. Изложеност стресу доводи до повећања будности (араусала) појединца, која негативно утиче на спавање. Код особа које су под високим ризиком за јављање психозе, повећана будност доводи до конфузије спољашње-унутрашње, што даље изазива појаву необичних доживљаја. Само присуство необичних доживљаја покренуће трагање за смислом и објашњењем тих догађаја, што доводи до активације уверења које особа има о себи, другима и свету око себе. Персекуторне идеје ће се највероватније јавити код оних код којих већ постоји уверење да су „слаба карика“, или да треба да буду кажњени због неког догађаја из прошлости или сматрају, на основу ранијег искуства, да су свет и други људе опасни и насилни. Ова уверења су уско повезана са преморбидним нивоом анксиозности и депресије, тако да ове емоције имају значајну улогу у настанку суманутости, нарочито анксиозност чија је тематика долазеће опасности иста као и у случају персекуторних суманутих идеја. Поред постојећих уверења и емоција, на процес трагања за објашњењем необичних догађаја утичу све оне когнитивне „склоности“ повезане са психозом – атрибуција негативних догађаја, „ускакање у закључак“. Овај процес биће одређен још неким факторима, као што су уврежена веровања о менталној болести, социјални фактори (на пример социјална изолованост) и слаба флексибилност у мишљењу, односно слаб капацитет за разматрање алтернатива. Дакле, персекуторне сумануте идеје настају трагањем за смислом који заправо одражава интеракцију између психотичног процеса, већ постојећих уверења, личности појединца и средине. Разматрајући модел који су понудили Бентал и сарадници, аутори напомињу да централно место у овом моделу заузима атрибуција негативних догађаја. Међутим, пракса показује да неутралне, па чак

и позитивне догађаје особе са персекуторним идејама могу схватити као угрожавајуће. То би значило да се атрибуција може јавити и за необичне и специфичне догађаје, који не морају бити угрожавајући, али захтевају објашњење. Такође, сама делузија може бити полазна основа за атрибуцију будућих догађаја. Поред ове замерке, аутори се не слажу са претпоставком Бентала и сарадника да се атрибуциони процес одвија брзо како би се спречило освешћивање имплицитних негативних схема, тврдећи да формирање суманутих идеја понекад траје дуго и представља резултат дужевременог преиспитивања и разматрања појединца (Freeman et al., 2002).

Једна од утврђених карактеристика закључивања суманутих пацијената јесте, већ поменуто „ускакање у закључак“. Претпоставку о тенденцији ускакања у закључак суманутих пацијената формулисала је и развила Гаретијева са сарадницима (Garety, Hemsley, & Wessely, 1991, према Garety & Freeman, 1999), истичући да се код особа са делузијама јављају абнормалности у пробабилистичком резонувању, тачније да би делузије могле бити последица немогућности коришћења информација о вероватноћи приликом закључивања. Дакле, пробабилистичко резонување би било важно и укључено у делузије (Garety & Freeman, 1999). У једним од првих провера ове хипотезе коришћене су две кутије са перлама у две различите боје. У једној је једна боја превладавала (85-15%), а у другој кутији друга. Затим се кутије скривају, а на основу приказаних извучених перли испитаник треба да закључи из које су кутије извучене. Примећено је да пацијенти код којих су присутне сумануте идеје захтевају мање информација пре доношења одлуке (Huq, Garety, & Hemsley, 1988; Garety, Hemsley, & Wessely 1991, према Garety & Freeman, 1999). Ова тенденција могла би бити од великог значаја за социјално функционисање и интерперсоналне односе, нарочито због резултата истраживања који указују да се ова тенденција појачава када је у питању социјално релевантан материјал (Dudley et al., 1997; Young & Bentall, 1997, према Green, Williams, & Hemsley, 2000). У истраживању у коме су упоређивани резултати схизофрених пацијената са суманутим идејама, психијатријских пацијената који не припадају овој групи и контролне групе Мориц и Вудвард (Moritz & Woodward, 2005) долазе до следећих резултата – схизофрени пацијенти показују највећи степен ускакања у закључак. Ова група испитаника показивала је и тенденцију ка радикалној промени процене (закључка) приликом суочавања са доказима који не потврђују први закључак. Такође, код ове групе је регистрован пораст тенденције ускакања у закључак са временским одмицањем задатака. На основу резултата се такође закључује да се ова тенденција не може приписати импулсивности. Питерсова и Гаретијева (Peters &

Garety, 2006) долазе до истих резултата испитујући и пацијенте у фази ремисије, што иде у прилог претпоставци о стабилности ових когнитивних тенденција.

Колбертова и Питерсова (Colbert & Peters, 2002) покретачку силу која стоји у основи „ускакања у закључак“ називају „потребом за заокруженошћу“. Круглански (Kruglanski, 1989, према Webster & Kruglanski, 1994) дефинише овај конструкт као потребу за коначним одговором у вези одређене теме – потребу за било којим одговором, пре него толерисање конфузије и двосмислености. Ова потреба представља вишедимензионални конструкт и подразумева – Неудобност у ситуацији неодређености, Жудњу за предвидљивошћу, Преференцију реда и структуре, Одлучност и Ригидност (Webster & Kruglanski, 1994). Колбертова и Питерсова (Colbert and Peters, 2002) су своју претпоставку проверили на општој популацији, испитујући везу између склоности ка суманутостима, потребу за заокруженошћу и тенденцију ускакања у закључак. Утврђено је да испитаници са вишом склоношћу ка суманутостима показују и већу тенденцију ускакања у закључак и потребу за заокруженошћу. Међутим, аутори не налазе доказ за своју претпоставку, односно није добијена директна веза између потребе за заокруженошћу и ускакања у закључак. Слично истраживање спровео је МекКеј са сарадницима (McKay et al., 2006) и добио исти резултат.

Када је реч о клиничкој популацији, истраживања су бројна. У једном таквом истраживању којим су били обухваћени актуелно суманути пацијенти, са идејама прогањања, пацијенти у ремисији, код којих су у ранијим фазама погоршања болести биле присутне персекуторне сумануте идеје и контролна група испитаника Бентал и Сварбрик (Bentall & Swarbrick, 2003) долазе до резултата који показују да обе клиничке групе показују већу потребу за заокруженошћу у односу на контролну групу. Још једно објашњење које се позива на аспекте социјалне когниције приликом разматрања схизофреније и симптома који се јављају код ове болести дао је Фрит (Frith, 1992, према Green, Williams et al., 2000), који напомиње да дефицит у ментализацији (теорији ума) може бити у основи позитивних симптома код схизофреније. Заправо, немогућност мониторинга сопствених намера доводи до појаве суманутости контроле и наметања мисли, док немогућност препознавања намера других људи, може водити у појаву суманутих идеја односа и прогањања. Ова идеја у први план ставља ментализацију и подстиче бројна истраживања ове способности код схизофрених.

1.3 ТЕОРИЈА УМА

1.3.1 Одређење појма „теорија ума“

Теорија ума или ментализација¹ представља, когнитивну способност препознавања и именовања сопствених менталних стања и менталних стања других људи, односно, мисли, уверења, осећања и намера, што индивидуи омогућава објашњавање, предвиђање и контролу понашања (Brüne, 2005a; Sprong et al., 2007). Барон-Коен (Baron-Cohen, 1995, prema Poletti, Enrici, & Adenzato, 2012) дефинише теорију ума као способност приписивања менталних стања другим људима, и на основу тога разумевање њиховог понашања, што јединки омогућава сналажење у социјалном окружењу.

Термин „Теорија ума“ предложен је од стране приматолога Примака и Вудрафта (Premack & Woodruff, 1978, prema Brüne & Brüne-Cohrs, 2006) који наводе да шимпанзе могу доносити закључке о менталним стањима других припадника сопствене врсте. Могло би се рећи да теорија ума омогућава адекватну перцепцију и интерпретацију социјалних сигнала, што је чини суштински значајном за социјалну функционалност (Ang & Pridmor, 2009). Након тридесет година од објављивања рада Примака и Вудрафта о теорији ума код шимпанзи, Кол и Томасело (Call & Tomasello, 2008) поново разматрају ову тему, узимајући у обзир резултате до којих се дошло у међувремену и закључују да постоје чврсти докази за то да шимпанзе разумеју циљеве и намере, као и опажаје и знање других припадника сопствене врсте. Међутим, шимпанзе не поседују могућност разумевања лажних уверења. Дакле, закључак је да шимпанзе вероватно не разумеју да друга јединка може имати менталне репрезентације света око себе које не одговарају реалности, и да те репрезентације, без обзира што су лажне, могу утицати на и усмеравати њене акције.

Увођење овог конструкта подстакло је велики број истраживања, која су се бавила, како здравом популацијом и развојем теорије ума код деце, тако и психички оболелим особама код којих се јавља дисфункционалност на социјалном плану. Позивајући се на неконзистентност добијених резултата приликом испитивања теорије ума Шамај-Тсуријева са сарадницима (Shamay-Tsoory, Tomer, Berger, Goldsher, & Aharon-Peretz, 2005) напомиње да различити задаци теорије ума, коришћени у истраживањима, ангажују различите процесе. Једна група задатака подразумева

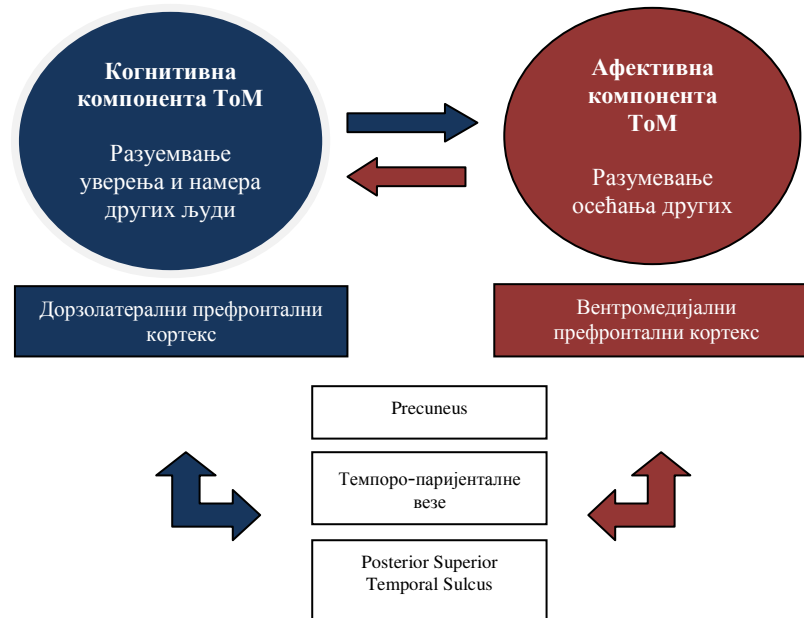
¹ Теорија ума и ментализација често се користе као синоними. Међутим, поједини аутори наглашавају постојање разлика између ових појмова, при чему ментализација подразумева емоционално-регулаторне аспекте, док теорија ума подразумева когнитивно-перцептивне аспекте разумевања понашања других кроз ментална стања. Ипак, у овом раду ова два термина биће коришћена као синоними.

процену намера и уверења других људи – когнитивна теорија ума, док друга група задатака ангажује испитаника у смислу процене емоционалног стања других – афективна теорија ума. Претпоставка о два аспекта теорије ума аутори и потврђују испитивањем особа са оштећењем вентромедијалног префронталног кортекса, који постижу низак учинак на задацима афективне теорије ума, док когнитивна теорија ума остаје интактна. Сличну поделу праве Брадс и Рингс (Brothers & Rings, 1992, према Shamay-Tsoory et al. 2005) разликујући „врућу“ и „хладну“ теорију ума, при чему се „врућа“ теорија ума тиче процене афективних стања других, док „хладна“ заправо представља когнитивну компоненту. У литератури се сусрећемо и са појмовима когнитивно и емоционално преузимање перспективе (нпр. Hynes, Baird, & Grafton, 2006).

Разлика између афективне и когнитивне компоненте постала је препознатљива захваљујући употреби различитих тестова намењених процени теорије ума који су пред испитанике постављали различите захтеве. Развијено је неколико тестова за процену когнитивне и афективне компоненте теорије ума одраслих. „Reading the Mind in the Eyes“ (Baron-Cohen et al., 1997) сматра се прототипом теста за процену афективне теорије ума, који се састоји из фотографија очне регије људских лица. Испитаник бира једну од понуђених речи која најбоље описује шта особа на фотографији мисли или осећа. Когнитивна компонента може се проценити помоћу неколико различитих тестова који испитују разумевање заблуда ликова у причама о одређеној ситуацији, препознавање намера које се крију иза акција ликова и детекцију погрешног поступка лика у причи, односно, недостатка такта у сценарију. Наведени тестови испитују менталне репрезентације првог (нпр. Ја мислим да он мисли...) и репрезентације другог реда – истовремено усвајање две перспективе (Господин Х мисли да госпођа Y мисли...) (Duval, Piolino, Bejanin, Eustache, & Desgranges, 2011; Poletti et al., 2012). Задавањем ових тестова потврђено је постојање две компоненте теорије ума, како приликом испитивања здравих испитаника (Hynes et al., 2006) тако и у студијама које су се бавиле испитивањем психички оболелих особа (нпр. Nandrino et al., 2014; Shamay-Tsoory et al., 2007; Shamay-Tsoory, Harari, Aharon-Peretz, & Levkovitz, 2010).

Потреба за диференцијацијом афективне и когнитивне компоненте теорије ума потврђена је и у истраживањима која су се бавила испитивањем неуралне основе теорије ума (нпр. Kalbe et al., 2010), при чему треба напоменути да решавање, било задатака намењених процени когнитивне, било задатака намењених процени афективне компоненте ангажује више можданих области, са доминацијом дорзолатералног

префронталног кортекса када је у питању когнитивна компонента (Kalbe et al., 2010) и венстромедијалног префронталног кортекса, када је у питању афективна компонента теорије ума (Sebastian et al., 2011). Слика 1 приказује неуралне системе задужене за афективну и когнитивну компоненту теорије ума.



Слика 1: Модел који приказује два неурална система задужена за процесирање когнитивне и афективне теорију ума са различитим и заједничким областима мозга.
Извор: Poletti, Enrici, & Adenzato, 2012, стр. 2148

1.3.2 Поступци процене теорије ума

Као што је већ напоменуто постоје различити тестови којима се процењује теорија ума, како когнитивна, тако и афективна компонента. Такође тестови намењени процени теорије ума испитују менталне репрезентације различитог степена. Из тог разлога сви тестови се могу поделити на тестове првог, другог и трећег реда теорије ума.

Тестови првог реда захтевају од испитаника процену менталних стања друге особе, односно лика у причи. Учинак на овим тестовима одређен је разумевањем да други људи имају своју сопствену свесност и да се она разликује од наше (Duval et al., 2011). Парадигме лажних уверења представљају најчешће коришћену меру првог реда теорије ума. Један од најпознатијих тестова првог реда који испитује лажна уверења је Сели-Ана тест (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985).

Тестови другог реда су нешто сложенији у односу на тестове првог реда и захтевају разматрање менталних стања две особе, односно два лика у причи. Дакле, подразумевају симултано преузимање две перспективе (као што је већ наведено - Господин X мисли да госпођа Y мисли...) (Duval et al., 2011). Способност атрибуције

другог реда сматра се неопходном за успешне социјалне интеракције и везе (Perner & Wimmer, 1985; Tager-Flusberg & Sullivan, 1994, према Coonrod, 2005). Типични задатак за процену лажних уверења другог реда састоји се из описа два лика, која су независно информисана о неком неочекиваном догађају, што као последицу има да један лик у причи има лажна уверења о томе шта други лик у причи зна о конкретном догађају. Задатак са сладоледом² представља задатак са процену лажних уверења другог реда (Perner & Wimmer, 1985).

Задаци атрибуције трећег реда подразумевају атрибуцију менталних стања о менталним стањима о менталним стањима, односно шта лик А у причи мисли да лик Б мисли о мислима лика А. Један од типичних представника ове групе задатака јесте *Тест необичних прича* (Strange stories test, Happé, 1994) у коме испитаник треба да препозна дупли блеф, персуазију, белу лаж, иронију итд. Ове приче представљају описе различитих ситуација везаних за различите мотиве актера и њихове исказе који немају дословно значење (Kaland et al., 2005).

У циљу бољег разумевања теорије ума, нарочито код ментално оболелих особа, аутори су конструисали задатке за које су веровали да представљају бољу меру теорије ума у свакодневним социјалним интеракцијама. Ови задаци подразумевају ситуације из свакодневног живота и захтевају од испитаника процене менталних стања актера (Coonrod, 2005). Један од таквих тестова представља *Тест препознавања „погрешног корака“* (Faux Pas Recognition Test, Stone, Baron-Cohen, & Knight, 1998). Задатак испитаника је да препозна да ли је неко у причи рекао нешто што је у датој ситуацији неприкладно или непријатно. Одговори на питања се користе у циљу утврђивања да ли су испитаници у стању да идентификују „погрешан корак“ у сценарију и да ли разумеју да је „погрешан корак“ последица погрешних уверења актера. Дакле, након детекције „погрешног корака“, даља питања у тесту имају за циљ процену разумевања менталних стања актера од стране испитаника. Поред когнитивне компоненте теорије ума, овај тест намењен је процени и афективне компоненте, јер је задатак испитаника да, поред процене „погрешног корака“, процени и како се одређени лик у причи осећао у датој ситуацији (Poletti et al., 2012).

² Реч је о причи о дечаку и девојчици који се налазе у парку. Дечак жели да купи сладолед из камиона за сладолед, али код себе нема новац. Након што је продавац сладоледа саопштио да ће остати у парку, дечак одлази кући по новац. Након његовог одласка, продавац сладоледа саопштава девојчици да је променио план и да неће бити у парку. Уместо тога отићи ће у цркву. На путу до цркве продавац среће дечака и преноси му свој план. Девојчица не зна да су се њих двојица срели. Она зна да продавац сладоледа више није у парку. Девојчица одлази код дечака кући и тамо јој кажу да је дечак отишао напоље да купи сладолед. Након упознавања детета са причом, детету се постављају следећа питања: Шта девојчица мисли о томе где је дечак отишао да купи сладолед? Где је дечак стварно отишао?

Као типичан тест за процену афективне теорије ума, наводи се *Reading the Mind in the Eyes Test* (Baron-Cohen et al., 1997) о коме је већ било речи. Поред овог теста, користе се и тестови за процену способности препознавања базичних емоција на основу израза лица, за које би се могло рећи да су у контексту испитивања теорије ума, заправо, намењени испитивању прекурсора теорије ума, односно, основе афективне теорије ума (Sommer et al., 2008).

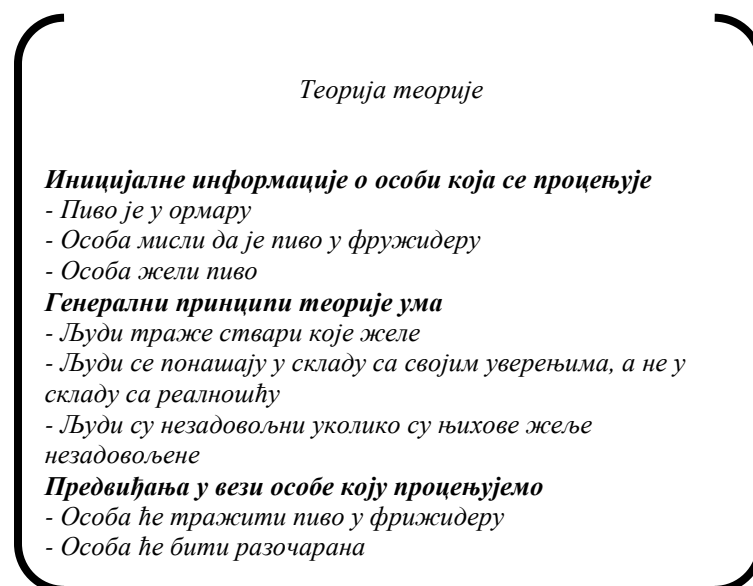
Подела задатака за испитивање теорије ума, осим поделе на оне који су намењени процени афективне и процени когнитивне компоненте и реда репрезентација, врши и на основу типа задатака, односно у испитивањима се користе визуелни и вербални задаци. Међутим, утврђено је да је способност ментализације независна од модалитета стимулуса, тачније области мозга, ангазоване приликом задавања визуелних и вербалних задатака, су у великој мери подударне (Gallagher et al., 2000; Péron et al., 2008).

1.3.3 Како функционише теорија ума?

Према речима истраживача, чињеница је да комплексне социјалне интеракције не би биле могуће без „функционалне“ теорије ума. Постоји неколико теорија које нуде различита објашњења о томе како заправо механизам „читања ума“ функционише. Ове теорије могу се сврстати у две категорије – Теорија теорије (енгл. Theory-Theory) и Симулациона теорија (енгл. Simulation theory).

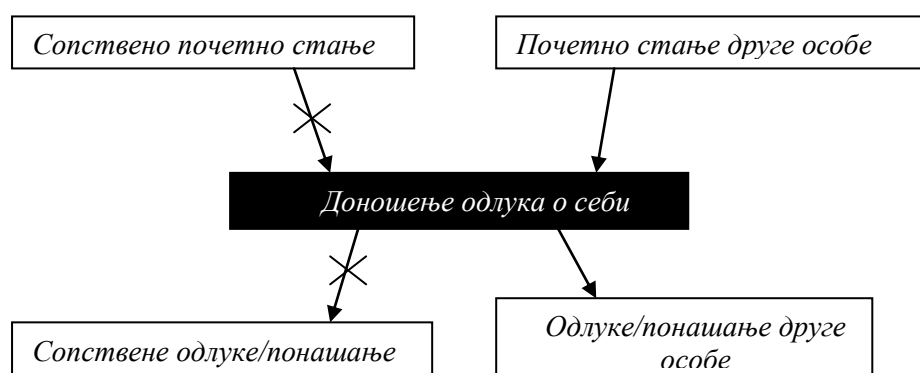
Теорија теорије узима у обзир претпоставку да су способности теорије ума сачињене из скупа концепата (уверења, жеља итд) и водећих принципа о интеракцији ових концепата (нпр. људи се понашају тако да задовоље своје жеље у складу са својим уверењима) (Apperly, 2008). Уопштено говорећи, теорија се може посматрати као скуп великог броја универзалних условних исказа, при чему су одређени услови у спрези са релевантним факторима објашњења, што заједно води објашњењу конкретног случаја (Churchland, 1991, према Michlmayr, 2002). Когнитивни развој деце се може упоредити са теоријским променама у науци. Како се развија, дете мења сопствену теорију о свету, користећи информације које долазе из света који га окружује. У једном тренутку, теорија омогућава детету тумачење информација и предвиђање догађаја (Meltzoff, 1999). Дакле, могло би се рећи да деца током одрастања усвајају сет узрочно-последичних закона – теорија, о уверењима и жељама људи уопште (Gopnik, 1993, према Niatt & Trafton, 2005). Деца даље користе ове законе како би објаснила и предвидела понашање других људи. Ова теорија би се такође могла назвати теоријом

промене концепта. Једно од највећих открића у области развоја теорије ума представља експеримент Вимера и Пернера (Wimmer & Perner, 1983) који су, испитујући способност деце различитог узраста да другим особама припишу лажна уверења, открили значајну когнитивну промену која настаје на узрасту између треће и четврте године. Наиме, деца млађа од четири године су нетачно одговарала на постављена питања, док су деца узраста од четири године одговарала онако како би одговорила и одрасла особа. Теоретичари који подржавају теорију теорије, ову појаву би објаснили тиме да деца до треће године имају “једноставнију – ситуациону теорију”, односно немају способност репрезентовања туђе репрезентације света. У поређењу са одраслима, то би се могло назвати “концептуални дефицит”. На узрасту од четири године долази до промене и дете постаје “репрезентациони теоретичар”, што би значило да дете схвата да су уверења заправо ставови према репрезентацији реалности, а не према самој реалности, па самим тим уверења могу бити и погрешна (Goldman, 2012; Michlmayr 2002). Процена менталних стања и понашања других људи подразумева следеће – крећући од иницијалних информација о уверењима и жељама особе коју процењује, процењивач користи генералне принципе теорије ума, да би предвидео будућа ментална стања и понашања особе коју процењује, при чему генерални принципи конституишу сва могућа објашњења узрочног функционисања ума (Слика 2).



Слика 2: Шематски приказ објашњења теорије ума према Теорији теорије
Извор: Apperly, 2008, стр 269

Симулациона теорија понудила је другачије објашњење функционисања механизма „читања“ намера, мисли, уверења и емоција других. Роберт Гордон је још 1986. године развио идеју која представља основу симулационе теорије. Тврдио је да људи предвиђају понашање других тако што сами себи постављају питање “Шта бих ја урадио да сам на месту (у ситуацији) те друге особе?”. Па тако шахисти извештавају да, играјући са противником, визуелизују таблу из позиције противника, односно, замишљају да су на позицији свог противника, претпостављајући његове одлуке и реакције, што им омогућава да донесу одлуку о следећем потезу (Goldman, 2012). Ова теорија претпоставља да уколико особа А жели да разуме особу Б, она ће претпоставити шта би урадила да је на месту особе Б, и резултат овог процеса ће приписати особи Б. Дакле, теорија тврди да теорија ума функционише тако што људи репрезентују ментална стања других, а затим обрађујући ова, заправо туђа ментална стања, сопственим системом доношења одлука, предвиђају понашање друге особе (Hiatt & Trafton, 2005). Дакле, у процесу процене менталних стања и понашања других људи, користимо сопствени ум као модел. Неопходан прекурсор таквог процеса јесте сагледавање сета иницијалних менталних стања особе коју процењујемо (та ментална стања се могу разликовати од наших). Каузална интеракција тих менталних стања се сада користи као модел који заправо симулира ум особе коју процењујемо. Исходи „рада“ овог процеса су раздвојени од сопствене уобичајене улоге у руковођењу нашег сопственог понашања и омогућавају нам предвиђање менталних стања и понашања других људи (Слика 3).



Слика 3: Шематски приказ објашњења теорије ума према Симулационој теорији
Извор: Apperly, 2008, стр 269

Викторио Галис и Алвин Голдман (Gallese & Goldman, 1998) указали су на могућу везу између “симулационог стила читања мисли” других људи и неурона огледала (у даљем тексту мирор неурони). Аутори наводе да би једна од функција овог

система била да омогући јединки да детектује ментална стања другог, уз претпоставку да би систем неурона огледала могао бити део, или претеча општег система “читања мисли” који ради на принципу симулације. Мирор неурони представљају посебну врсту визуомоторних неурона, откривену у премоторном кортексу мајмуна, који се активирају када мајмун обавља извесну активност, али и онда када посматра другог мајмуна или човека током обављања исте или сличне активности (Rizzolatti et al., 1996, према Rizzolatti & Craighero, 2004). Докази о постојању система миррор неурона код човека појавили су се скоро истовремено (Fadiga et al., 1995, према Goldman 2012). Утврђено је, на пример, да се код људи активирају исте области мозга приликом опсервације емоција других и приликом доживљавања тих емоција (Wicker et al., 2003).

У литератури се још помињу и Модуларно-нативистички приступ и Рационално-телеолошки приступ. Главна идеја Рационално-телеолошког приступа је да у покушају да одредимо ментална стања друге особе, ми заправо „рационализујемо“ ту особу, односно додељујемо јој сет претпоставки које је чине рационалним мислиоцем. То би значило да приликом „читања“ намера, уверења друге особе имамо тенденцију да по правилу претпостављамо да су други људи рационални по питању веровања, уверења и доношења одлука. Захваљујући повезивању претходних „менталних стања“ друге особе и рационалних принципа, одређује се следеће ментално стање, које би било рационално усвојити и приписати другој особи (Goldman, 2012; Shanton & Goldman, 2010). С друге стране, главна претпоставка Модуларно-нативистичког приступа јесте постојање више модула, па тако и оног намењеног домену менталних процеса. Самим тим, теорију ума чинили би издвојени когнитивни процеси намењени искључиво обради информација које се тичу социјалних интеракција. Ова претпоставка представља суштинску разлику између овог приступа и наведене Теорије теорије, јер присталице Теорије теорије заступају мишљење да се ментализација ослања на опште когнитивне процесе појединца. Друга претпоставка Модуларно-нативистичког приступа јесте да су модули урођене когнитивне структуре, генетски одређене, чији развој пролази кроз унапред одређене фазе. Иако искуство може бити неопходно као окидач операција овог механизма, оно не одређује природу самог механизма (Goldman, 2012; Sosa, Ojeda, & del Rosario, 2011; Flavell, 2004).

1.3.4 Развој теорије ума

Развој теорије ума представља често испитивану тему која од седамдесетих година прошлог века до данас привлачи пажњу многих истраживача. Може се рећи да

је ова област прерасла у највећу и најбогатију област развојне психологије. Поред важности за развојну психологију, боље упознавање теорије ума допринело је спознаји њеног значаја и за филозофију, психијатрију, неуропсихологију, социјалну, когнитивну и педагошку психологију. Корени интересовања за испитивање теорије ума препознају се у Пијажеовом раду и испитивањима метакогниције. Идеју проистеклу из истраживања Примака и Вудрафта са шимпанзама, Вимер и Пернер (Wimmer & Perner, 1983) истражују бавећи се лажним уверењима код деце, што је представљало корак даље у развоју ове области. Од тада до данас низала су се истраживања која су се бавила развојем теорије ума, начином функционисања теорије ума, као и односом теорије ума и осталих функција (Flavell, 2004).

Одмах по рођењу, беба постаје део социјалне мреже, изложена и укључена у интеракције са особама које је окружују. Може се рећи да новорођенче од првог дана свог живота почиње да учи о другим људима, показујући нарочито интересовање за људско лице, глас и покрете. Утврђено је да деца већ у првих шест месеци почињу да праве разлику између неживих објеката и људи, односно да другачије реагују на људе и објекте (Poulin-Dubois, 1999, према Flavell, 2004). До краја прве године одојче разуме намере других, односно схвата да је понашање људи одређено намером тј. карактерише га интенционалност (Tomasello, Carpenter, Call, Behne, & Moll, 2005). Томасело са сарадницима (Tomasello et al., 2005) наводи да разумевање намера заправо представља темељ, матрицу за доношење одлука о понашању других људи. Око прве године одојче развија способност заједничке пажње – способност дељења пажње са другом особом док обе особе усмеравају пажњу ка истом објекту. Ова способност подразумева когнитивни капацитет детета за формирање тријадичне менталне репрезентације које подразумевају перцепцију самог одојчета, перцепцију друге особе, нпр. мајке, и сам објекат посматрања (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Између 14 и 18 месеци дете је у стању да окрене главу у правцу погледа друге особе, који указује на место објекта (Saxe, Carey, & Kanwisher, 2004). На узрасту од 18 месеци дете такође разуме да експериментатору треба да да храну на коју експериментатор реагује показујући пријатност, пре него ону храну која изазива гађење код експериментатора, без обзира на дететову личну преференцију хране, што указује да деца на овом узрасту донекле показују способност неегоцентричног резоновања о жељама других људи (Repacholi & Gopnik, 1997, према Flavell, 2004). Са 18 месеци дете је у стању да повеже “видети” са “знати”, да користи протодекларативне гестове и да учествује у симболичкој игри. На узрасту између 18. и 24. месеца дете открива разлику између реалности и претварања и

почиње да учествује у играма претварања (Leslie, 1987). Између 3. и 4. године дете је у стању да прави разлику између својих уверења и уверења других људи. Дакле, четворогодишње дете би требало да разуме да различити људи о истој ситуацији могу имати различито мишљење, односно, да друга особа може имати лажна уверења, која нису у складу са дететовим знањем (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Деца схватају да се људи понашају у складу са својим уверењима о свету који их окружује, без обзира на то да ли та уверења одговарају реалности или не (Astington & Edward, 2010). То би значило да су деца на овом узрасту у стању да решавају задатке за процену лажних уверења првог реда. У четвртој години, деца такође могу да разликују речи које се односе на ум и на оно што ум може, као што су речи „мислити“, „знати“, „желети“, „замислити“ итд., од оних речи које се не односе на ум, на пример „скакати“, „јести“ или „кретати се“ (Baron-Cohen, 2001). На узрасту од пет и шест година, дете почиње да разуме да друга особа може имати уверења о уверењима неке особе, тако да се до седме године развија способност разумевања репрезентација вишег реда – да различити људи могу имати различито мишљење о уверењима или мислима друге особе (Brüne, 2005a; Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Дакле, на овом узрасту деца су у стању да решавају задатке теорије ума другог реда. Разумевање метафоре и ироније јавља се након шесте године, као и разликовање шале од лажи (Ackerman, 1981, Sullivan et al., 1995 према Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Успешност на задацима препознавања „погрешног корака“ у сценарију захтева напреднију способност ментализације, јер је неопходна симултана репрезентација два ментална стања – перспектива особе која је починила „погрешан корак“ и перспектива особе над којом је почињен „погрешан корак“ и која би се могла осећати повређеном или изнервираном. О разумевању погрешног корака можемо говорити тек код деце узраста од девет до једанаест година (Baron-Cohen, O’Riordan, Stone, Jones, & Plaisted, 1999).

Приликом разматрања развоја теорије ума не би требало занемарити утицај социјалне средине на развој ове способности. Бројна истраживања бавила су се испитивањем важности интеракције између детета и родитеља, као и детета и браће и сестара за развој теорије ума. Данова (Dunn, 1996) добија резултате који показују да је до треће године живота детета однос мајка-дете доминантан за социјални развој детета, након треће године, прво место почиње да преузима однос детета са браћом и сестрама. Поред тога, Данова са сарадницима (Dunn, Brown, & Beardsall, 1991) извештава о значајној вези између размене информација о емоцијама између чланова породице на узрасту детета од три године и касније успешности детета на узрасту од шест година у

решавању задатака који захтевају преузимање перспективе друге особе када су емоције у питању. Резултати истраживања Пернера и сарадника (Perner, Ruffman, & Leekam, 1994) потврђују значај браће и сестара. Резултати овог истраживања показују да деца предшколског узраста која имају брата и/или сестру раније показују разумевање лажних уверења у односу на јединце. Такође, аутори долазе до резултата да је и број браће и сестара од значаја, јер су деца из већих породица била успешнија на овим задацима у односу на децу из мањих породица. Аутори закључују да интеракција са браћом и сестрама „обезбеђује“ богатију „базу података“ за изградњу теорије ума. Слично истраживање спроведено од стране Џенкинсонове и Астингтонове (Jenkins & Astington, 1996) показује да је величина породице важна за предвиђање способности деце да разумеју лажна уверења. Повезаност између способности препознавања лажних уверења и величине породице постојала је и у случају статистичке контроле језичких способности деце. Када је реч о реду рођења, резултати истраживања нису сагласни. И док поједина истраживања указују само на значај старије браће или сестара за развој теорије ума (Lewis, Freeman, Kyriakidou, Maridaki-Kassotaki, & Berridge, 1996; Ruffman, Perner, Naito, Parkin, & Clements, 1998), постоје и она истраживања која указују на значај како старије, тако и млађе браће или сестара (Jenkins & Astington, 1996; Perner et al., 1994). Коначно, нека од истраживања нису потврдила везу између броја браће и сестара и развоја теорије ума (Cole & Mitchell, 2000; Cutting & Dunn, 1999). Катингова и Данова (Cutting & Dunn, 1999) наводе да је интеракција међу браћом и сестрама различитог породичног порекла (у истраживању су испитивали децу различите расне и етничке припадности) квалитативно другачија и да квалитет интеракција заправо утиче на развој теорије ума, а не једноставно број чланова породице, односно број браће и сестара.

Значај квалитета везе између чланова породице за развој теорије ума потврдила су истраживања која су се бавила везом између теорије ума и афективне везаности (Symons & Clark, 2000; Fonagy & Target, 1997). Испитујући повезаност различитих аспеката породичног контекста и развоја теорије ума, Аранз са сарадницима (Araganz, Artamendi, Olabarrieta & Martin, 2002) долази до резултата који указују на значај сигурне афективне везе за развој способности ментализације. У овом истраживању није добијена значајна корелација између успеха на задацима теорије ума и броја браће и сестара, као и броја старије браће и сестара.

Фактор који се такође показао важним за развој теорије ума јесте вербализација и именовање менталних стања од стране родитеља. У већини истраживања утврђена је

веза између учесталости именована менталних стања родитеља, нарочито мајке, и способности детета да разуме ментална стања других људи, као и брзине развоја ове способности (Ruffman, Slade, & Crowe, 2002; Peterson & Slaughter, 2003; Carpendale & Lewis, 2004). О значају комуникације између родитеља и детета за развој теорије ума сведочи и истраживање Шикове и сарадника (Schick, de Villiers, de Villiers, & Hoffmeister, 2007) са децом са оштећеним слухом. Наиме, деца са оштећеним слухом чији родитељи чују су показивала кашњење у развоју теорије ума, за разлику од деце са оштећеним слухом, чији родитељи такође имају оштећен слух. Ова друга група деце једнако је била успешна на задацима теорије ума као и деца из контролне групе (без оштећења слуха чији родитељи такође немају та оштећења). Објашњење оваквог налаза ослања се на познавање, односно, непознавање знаковног језика. Родитељи са оштећењем слуха познају знаковни језик и на тај начин комуницирају са својом децом са оштећеним слухом. За разлику од њих, родитељи без оштећења слуха, тек уче знаковни језик и из тог разлога теже комуницирају са својом децом, а нарочито када су у питању ментална стања других људи. Као објашњење добијених резултата који указују да су деца са оштећеним слухом која одрастају уз родитеље са оштећеним слухом супериорнија на задацима теорије ума, Кортин (Courtin, 2000) се позива на саму природу и граматичку структуру знаковног језика, који често подразумева преузимање визуелне перспективе саговорника, што је важно за развој теорије ума.

Претпоставка је да је разумевање осећања и мисли друге особе особина карактеристична за женски пол (Unger & Crawford, 1992, према Mohr, Rowe, & Blanke, 2009). Потврђено је да у одгајању девојчица родитељи чешће обраћају пажњу на разумевање и експресију емоција (Brown, Donelan-McCall, & Dunn, 1996; Cervantes & Callanan, 1998; Leaper, Anderson, & Sanders, 1998, према Mohr, Rowe, & Blanke, 2010), па би се могло рећи да је налаз о чешћој употреби речи које се односе на ментална стања од стране девојчица очекиван (Hughes & Dunn, 1998). Испитујући ове разлике и значај различитих аспеката родитељства за развој теорије ума, Хјудисова са сарадницима (Hughes, Deater-Deckard, & Cutting, 1999) долази до резултата да су у случају девојчица, за развој теорије ума од пресудног значаја емоције родитеља, док је у случају дечака пресудна дисциплина. Када је реч о одраслима, Барон-Коен и сарадници (Baron-Cohen et al., 1997) у истраживању које се, између осталог, бавило и поређењем учинка одраслих мушкараца и жена на тестовима теорије ума, извештавају о пронађеним значајним разликама у учинку у корист жена. Исти аутор предлаже да се психолошке разлике између полова могу описати односом степена изражености

емпатије (дефинисане као тенденција закључивања о менталним и емоционалним стањима другог и реакција одговарајућом емоцијом и понашањем) и систематизације (дефинисана као тенденција ка анализирању правила система и предвиђању понашања система). „Типичан женски“ мозак карактерише доминација емпатије у односу на систематизацију, док „типично мушки“ мозак карактерише доминација систематизације над емпатијом. Међутим, поједина истраживања не потврђују разлике између полова у учинку на задацима теорије ума (нпр. Jarrold, Butler, Cottington & Jimenez, 2000).

Када је реч о утицају старења на теорију ума, истраживања дају различите резултате. У једном од првих истраживања на ову тему старији испитаници (просек година 73) били су успешнији на задацима теорије ума (задаци су били намењени испитивању когнитивне компоненте) у односу на млађе испитанике (просек година 21) (Harré, Winner, & Brownell, 1998). Аутори каснијих истраживања, варирајући степен сложености задатака (испитујући менталне репрезентације првог и другог реда), долазе до резултата који указују на негативну везу између старења и учинка на когнитивним задацима теорије ума (Maylor et al., 2002; Sullivan & Ruffman, 2004, према Kemp, Després, Sellal, & Dufour, 2012). И у случају испитивања афективне компоненте теорије ума, истраживачи долазе до различитих резултата. У свом истраживању МекФерсонова и сарадници (MacPherson, Phillips, & Della Sala, 2002), којим су обухваћене три старосне групе испитаника (средњег узраста од 28.8, 50.3 и 69.9 година) којима је задат *Тест препознавања „погрешног корака“* (Faux pas test, Stone et al., 1998), нису утврдили постојање разлика између испитиваних група. Слесорова са сарадницима (Slessor, Phillips, & Bull, 2007) потврђује резултате о непостојању значајне разлике између млађих и старих испитаника у учинку на задацима који су подразумевали препознавање блефа, грешке или беле лажи у причи. Међутим, приликом поређења резултата млађих и старијих испитаника на тесту *Reading the Mind in the Eyes* (Baron-Cohen et al. 1997) (визуелни стимулус) добијене су статистички значајне разлике у корист млађих испитаника. Аутори претпостављају да је ефекат старења различит у случају различитих задатака теорије ума, односно, да је старење повезано са смањеним учинком на визуелним задацима. Једно од истраживања показује да снижење у капацитету теорије ума постаје статистички значајно након 55. године живота (Pardini & Nichelli, 2009).

1.3.5 Теорија ума и психијатријски поремећаји

Бројна истраживања бавила су се темом теорије ума код особа оболелих од различитих психичких обољења. Популаризацији овог концепта у научним круговима допринео је у највећој мери експеримент Сајмон Барон-Коена и сарадника. Експеримент је обухватио децу различитог узраста – здраву, аутистичну и децу са Дауновим синдромом. Упоредјујући ове три групе деце Барон-Коен и сарадници (Baron-Cohen et al., 1985) долазе до резултата који показују да аутистична деца, у односу на здраву и децу са Дауновим синдромом имају недостатак теорије ума, при чему се овај недостатак не може приписати интелектуалном дефициту с обзиром на успешност деце са Дауновим синдромом на овим задацима.

Резултати мета-анализе 40 истраживачких извештаја, спроведене од стране Јиримијеве и сарадника (Yirmiya, Erel, Shaked, & Solomonica-Levi, 1998) показују да већина истраживања долази до налаза да аутистична деца имају значајно нижи учинак на задацима теорије ума и у односу на ментално ометену децу и у односу на децу са нормалним развојем. Испитивање теорије ума особа оболелих од Аспергеровог синдрома, такође показује да ова група испитаника има нижи учинак на тестовима теорије ума у односу на здраве особе и особе оболеле од Туретовог синдрома (Baron-Cohen et al., 1997). Лесли (Leslie, 1991, према Ang & Pridmore, 2009) претпоставља да се аутистичне особе рађају без капацитета за развој теорије ума. Самим тим нису у стању да ментализују мисли, уверења и жеље других људи. Овим се може објаснити њихов слаб учинак на задацима који испитују теорију ума, али и њихова немогућност да учествују у „као да“ или „кобајаги“ игри, као и њихова тешкоћа у разумевању и реаговању на емоције других. Други аутори тврде да проблем лежи у кашњењу развоја способности теорије ума код особа оболелих од аутизма. Ови застоји у развоју мењају правилан развој ових способности и онемогућавају коначно формирање теорије ума, мада постоји могућност развоја појединих аспеката теорије ума (Baron-Cohen, 2001).

Бавећи се испитивањем аутистичне деце Фритова и Хапова (Frith & Happé, 1994) истичу да се захваљујући недостатку ментализације код аутистичних могу објаснити поједини симптоми аутизма, као што су поремећај игре, социјалне интеракције и вербалне и невербалне комуникације. Међутим, поред ових симптома постоји читав низ оштећења које недостатак теорије ума не објашњава. Ауторке наводе да теорија о централној кохеренцији представља боље и обухватније објашњење симптома аутизма у односу на теорију ума.

Због свог специфичног социјалног понашања, поремећаји личности, а нарочито антисоцијални поремећај личности, су често испитивани у истраживањима која су се бавила емпатијом и теоријом ума. Претпостављало се да ће особе код којих се региструје одсуство емпатије (нпр. са жртвом) показивати и нижи учинак на задацима теорије ума. Међутим, истраживања су показала да је способност процене менталних стања других људи код особа са антисоцијалним поремећајем личности неоштећена (Bler et al., 1996, према Brüne & Brüne-Cohrs, 2006), па чак и приликом задавања тестова као што је *Reading the Mind in the Eyes* који донекле активирају и емпатију (Richell, Mitchell, Newman, Leonard, Baron-Cohen, & Blair, 2003). Поређењем групе испитаника са антисоцијалним поремећајем личности са групом испитаника код којих није регистрован поремећај личности (групе су биле уједначене по годинама старости и нивоу интелектуалног функционисања) Долан и Фулам (Dolan & Fullam, 2004) долазе до резултата који указују на непостојање дефицита у ментализацији код антисоцијалног поремећаја личности. Аутори наводе да је код већине криминалаца са антисоцијалним поремећајем личности и психопатијом (аутори овог истраживања праве разлику између ова два клиничка ентитета) теорија ума релативно нетакнута, чак стављена у службу криминогеног понашања. Код ових испитаника заправо постоји недостатак бриге за утицај њихових дела на потенцијалну жртву, а не недостатак могућности преузимања перспективе жртве. Дакле, досадашња истраживања нису дала доказе који потврђују постојање оштећене теорије ума код особа које испољавају антисоцијалне облике понашања.

Поремећај личности који је привукао пажњу великог броја истраживача који су се бавили теоријом ума јесте гранични поремећај личности. Харари са сарадницима (Harari, Shamay-Tsoory, Ravid, & Levkovitz, 2010) приликом задавања *Теста препознавања „погрешног корака“* (Stone et al., 1998) долази до резултата о оштећењу теорије ума код испитаника са граничним поремећајем личности. Супротно овим резултатима, у истраживању које је обухватило испитанике са граничним поремећајем личности, испитанике са поремећајем личности из групе Ц (зависан, избегавајући и опсесивно-компулзивни поремећај личности) и нормалне испитанике добијени су резултати који указују да особе са граничним поремећајем личности и поремећајем личности из групе Ц не показују дефицит у теорији ума. Ове две групе испитаника су чак показивале и већи учинак на задацима теорије ума у односу на здраве испитанике. При томе највећи успех на овим задацима показују поремећаји личности из Ц групе (Arntz, Bernstein, Orschot, & Schobre, 2009). Франзен са сарадницима (Franzen et al.,

2011) је у свом истраживању користио игру поверења како би анализирао ментализацију код испитаника са граничним поремећајем личности и здравих испитаника симулирајући ситуацију социјалне интеракције, при чему долази до резултата о супериорнијој теорији ума код испитаника са граничним поремећајем личности у односу на контролну групу. Разматрајући гранични поремећај личности у контексту афективног везивања и ментализације Фонаги и Бејтман (Fonagy & Bateman, 2007) наводе да поремећај везивања у раном развоју код ових особа у комбинацији са каснијом траумом у везивању доводи до повећане осетљивости система везивања што, приликом повећане емоционалне побуђености, чини ментализацију нестабилном.

Теорија ума код особа оболелих од афективних поремећаја још увек је недовољно испитана област. Истраживачи који су се бавили овим питањем пошли су од претпоставке да с обзиром на то да су и код афективних поремећаја често присутни поремећаји мишљења по садржају и форми постоји могућност да су присутна и „оштећења“ теорије ума. Ранија истраживања нису потврдила ову претпоставку, односно, особе оболеле од афективних поремећаја нису се разликовале у погледу успешности на задацима теорије ума у односу на здраве испитанике (нпр. Doody, Gotz, Johanstone, Frith, & Owens, 1998). Касније истраживање које су спровели Кер и сарадници (Kerr, Dunbar, & Bentall, 2003) показује да акутно манични или депресивни пацијенти показују значајно ниже резултате на тестовима теорије ума од здравих испитаника. Међутим, успешност пацијената у ремисији није се разликовала од успешности здравих испитаника. До супротних резултата долази Ину и сарадници (Inoue, Tonooka, Yamada, & Kanba, 2004) који су утврдили да пацијенти са униполарним или биполарним афективним поремећајем и у ремисији показују нижи учинак на појединим задацима теорије ума. Упоредјујући успешност на задацима теорије ума особа са биполарним поремећајем, униполарном депресијом и здравих испитаника, Пурселова и сарадници (Purcell, Phillips, & Gruber, 2013) нису добили значајне разлике у учинку на овим задацима. Међутим, испитаници са биполарним поремећајем имају знатно краће време реакције приликом давања одговора у односу на остале испитиване групе. Брзина давања одговора је у позитивној корелацији са социјалном дисфункционалношћу која је била праћена 12 месеци, па аутори закључују да би брже доношење социјално-емоционалних одлука могло представљати фактор који је у основи сниженог социјалног функционисања оболелих, а не дефицит теорије ума. Теорија ума испитивана је и код пацијената са неуродегенеративним обољењима. Истраживања показују да пацијенти оболели од Алцхајмерове деменције показују ниже

учинке на тестовима који испитују когнитивну теорију ума, нарочито на оним задацима који захтевају већи когнитивни ангажман (Castelli et al., 2011; Cuerva et al., 2001; Fernandez-Duque et al., 2009, prema Poletti et al., 2012). Овакви резултати на когнитивним задацима теорије ума могли би се пре објаснити глобалним когнитивним пропадањем код ових пацијената, него специфичним дефицитом у теорији ума. Када је у питању афективна компонента, неконзистентност резултата захтева даља истраживања.

Истраживања теорије ума код особа оболелих од Хантингтонове болести су малобројна, али сви добијени резултати указују на нижи учинак оболелих од ове болести на задацима теорије ума у односу на здраве испитанике (Poletti et al., 2012). Ипак, за извођење закључка неопходне су даље провере ових налаза.

Полазећи од чињенице да особе са социјалном фобијом показују проблем у процени на који начин су перципиране и оцењене од стране других у социјалним ситуацијама Хезел и МекНали (Hezel & McNally, 2014) упоређивали су успешност у процени емоција, уверења и намера других, социјалних фобичара и особа које нису социјално анксиозне. Аутори су добили резултате који указују да особе са социјалном фобијом имају нижи учинак на овим задацима, при чему показују тенденцију приписивања интензивнијих емоција другима, као и приписивања већег значаја ономе што други људи мисле или осећају.

1.3.6 Теорија ума и схизофренија

Крис Фрит је први повезао психотичне симптоме који се срећу код схизофреније са поремећајем теорије ума, односно погрешним тумачењем сопствених и туђих намера и понашања. Наиме, термин „аутизам“ увео је Блојлер како би описао једну од карактеристика схизофреније. Када је реч о дечијем аутизму један од главних дијагностичких критеријума представља „квалитативно оштећење социјалних интеракција“, који се, сходно резултатима истраживања, повезује са дефицитом теорије ума (Baron-Cohen et al., 1985; Frith & Happé, 1994). Правећи паралелу између дечијег аутизма и аутизма схизофрених Фрит и Фритова (Frith & Frith, 1991) закључују да би сличан дефицит могао бити у основи аутизма схизофрених. Фрит (Frith, 1992 према Sprong et al., 2007) указује на везу између теорије ума и схизофреније и напомиње да се поједини симптоми схизофреније могу објаснити оштећењем ментализације. Главна разлика између аутизма и схизофреније јесте у томе што се аутизам јавља у раном детињству, док већина пацијената оболелих од схизофреније не показује упадљиве

абнормалности у социјалном функционисању током раног детињства, односно јасно је да ови људи „имају“ теорију ума пре појаве првих симптома болести. Самим тим очекивано је да ће последице овог дефицита бити другачије. Може се рећи да пацијенти оболели од схизофреније често сопствене субјективне репрезентације света изједначавају са реалношћу, што им отежава разликовање између субјективног и објективног и одржава погрешна, суманута уверења. Поред тога, занемаривање социјалних сигнала који долазе од других, као и погрешно тумачење намера других људи, може водити ка социјалној неприлагођености и социјалном повлачењу. Међутим, погрешно је социјалну дисфункционалности схизофрених разматрати у контексту дефицита теорије ума, јер особа која нема теорију ума не узима у обзир уверења и жеље других људи приликом разумевања других. Ово може бити случај када су у питању пацијенти са доминантним негативним симптомима. Дакле, Фрит је сматрао да се схизофрени пацијенти разликују у степену дисфункције теорије ума, зависно од симптома који преовладавају у конкретном случају. Тако ће пацијенти код којих доминирају негативни симптоми показивати и веће оштећење теорије ума, због потпуног одсуства репрезентација менталних стања, што заправо представља последицу оштећења меморије. Пацијенти оболели од параноидне форме схизофреније имаће нижи учинак на тестовима теорије ума у односу на здраве испитанике. Разлог томе није немогућност репрезентације менталних стања, већ погрешно тумачење намера других људи, јер нису у стању да на адекватан начин „користе“ контекстуалне информације. Дакле, позитивни симптоми схизофреније у вези су са смањеном способношћу закључивања о менталним стањима других људи (Frith, 2004).

Харди–Бејлијева (Hardy-Baylé, 1994, према Brüne, 2005a) другачије објашњава везу између слабог учинка на задацима теорије ума и схизофреније. Она тврди да дефицит у планирању понашања представља основу оштећеног капацитета ментализације код схизофрених пацијената. Оштећење теорије ума је примарно повезано са дефицитом планирања тј. дефицитом егзекутивних функција. Наиме, претпоставља се да ће пацијенти са инкохерентним мишљењем, говором и комуникационим вештинама имати најнижи учинак на задацима теорије ума. Разлог томе је у томе што ове особе нису у стању, не само да адекватно представљају метална стања других људи и интегришу контекстуалне информације, већ, пре свега, нису у стању да прате сопствене акције. То би значило да је немогућност репрезентације менталних стања других људи последица немогућности сагледавања сопствених намерних акција. Према томе дефицит теорије ума очекује се искључиво код

пацијената код којих доминирају симптоми карактеристични за синдром дезорганизације. Може се рећи да се овај модел уклапа у симултану теорију теорије ума.

Абу-Акел и Бејли (Abu-Akel & Bailey, 2000) сматрају да особе оболеле од схизофреније, код којих доминирају позитивни симптоми, заправо имају „хипер теорију ума“. Ови пацијенти приписују превише „знања“ другим људима и себи. Хипер теорија ума може утицати на сам садржај репрезентације – нпр. веровање да неко зна шта имате у џепу, без обзира на то што та особа није била присутна када сте неки предмет ставили у џеп, али и на продукцију већег броја претпоставки о стању ума, што отежава одабир једне претпоставке (самим тим се повећава вероватноћа избора погрешне претпоставке).

Почев од деведесетих година прошлог века па до данас спроведена су бројна истраживања која су се бавила испитивањем теорије ума код схизофрених болесника. При томе су коришћени различити тестови за испитивање теорије ума. Лангдон и Колтхарт (Langdon & Coltheart, 1999) су испитивали повезаност способности ментализације и схизотипалних карактеристика личности студената без историје болести. Резултати показују да без обзира на непостојање историје психијатријске болести група студената са схизотипалним карактеристикама личности показује и значајно нижи учинак на тесту ментализације у поређењу са групом студената који нису показивали високе скорове на тесту схизотипије. Позова са сарадницима (Pousa et al., 2008) долази до резултата који указују на дефицит теорије ума код схизофрених пацијената у односу на здраве испитанике, при чему су схизофрени испитаници са израженијим позитивним симптомима постизали нижи скор на задацима теорије ума, што аутори у највећој мери приписују присуству суманутих идеја. Повезаност негативних симптома и учинка на задацима теорије ума је мање специфична, и највећим делом је одређена степеном когнитивних оштећења и степеном хроничитета болести. У истраживању у коме је током решавања задатака, који су подразумевали атрибуцију менталних стања, била регистрована активност мозга магнетном резонанцом, добијени су резултати да је већи број грешака схизофрених пацијената на тесту ментализације последица утврђених разлика између испитиваних група у регистрованој активности одређених можданих подручја (Russell et al., 2000). Маза са сарадницима (Mazza, De Risio, Surian, Roncone, & Casacchia, 2001), поред налаза да схизофрени имају нижи учинак на тестовима теорије ума у односу на здраве испитанике, долази до резултата који указују да у оквиру узорка схизофрених најмању

успешност показује подударак схизофрених са синдромом психомоторног сиромаштва (у односу на испитанике са синдромом дисторзије реалности и синдромом дезорганизације). У свом истраживању Коркоран и Фрит (Corcoran & Frith, 2003) добили су резултате који, као и многи дотадашњи резултати, упућују на значајно нижи учинак схизофрених пацијената на тестовима теорије ума. Значајно је да су ови аутори, поред тестова теорије ума, водили и стандардизовани интервју са испитаницима који је био намењен испитивању аутобиографске меморије. Утврђено је да су схизофрени пацијенти чешће описивали негативне и необичне животне догађаје. При томе је нађена значајна корелација између резултата наведеног интервјуа и учинка на тестовима теорије ума, што је навело ауторе на закључак да приликом ментализације користимо аналогију или индукцију, односно, да се ослањамо на податке из прошлости.

Поред наведених налаза, аутори истраживања утврдили су да оболеле особе показују нижи учинак на задацима теорије ума већ у првој епизоди болести, такође, нижи учинак на задацима ментализације показивали су и најближи сродници оболелих (Janssen, Krabbendam, Jolles, & van Os, 2003; Koelkebeck, Pedersen, Suslow, Kueppers, Arolt, & Ohrmann, 2010). Поред тога, резултати појединих истраживања указују на везу између оштећења теорије ума и дужине трајања болести (Bora, Yucel, & Pantelis, 2009; Brüne, 2003; Brüne, 2005b; Pousa et al., 2008).

Новије истраживање показује да је време значајан фактор у ментализацији, јер је схизофреним испитаницима било потребно више времена за решавање задатака теорије ума, при чему је регистрована активност мозга показала “закашнелу” активацију појединих можданих области (Pedersen et al., 2012). Приликом разматрања теорије ума код схизофрених пацијената треба навести резултате истраживања МекКејба и сарадника (McCabe, Leudar, & Antaki, 2004) којим је обухваћено 35 пацијената оболелих од схизофреније и 35 здравих испитаника који су чинили контролну групу. Ова студија извештава о резултатима анализе разговора. Резултати указују да схизофрени пацијенти са позитивним и негативним симптомима извештавају адекватно о процени менталних стања првог и другог реда и да обликују свој допринос конверзацији на основу сопственог мишљења о знању и намерама саговорника. Пацијенти су знали да слушаца има другачија уверења од њихових и узимали су ове разлике у обзир приликом генерисања свог одговора. Дакле, у разговорима који су били слични свакодневним, схизофрени испитаници користе тачне ментализације за успешну комуникацију. Ова група испитаника препознаје да остали не деле њихове суманутости, међутим у покушају усклађивања својих уверења и уверења саговорника,

они не налазе разумљива оправдања за сопствена уверења, при чему успевају да препознају да њихови докази нису разумљиви саговорнику, али не успевају да дају адекватна оправдања. Поред тога нису били у стању да модификују своја уверења без обзира на чињеницу да оваква уверења не дели нико други. Како објаснити овакве резултате? Разматрајући ово питање Фрит (Frith, 2004) наводи више могућности образложења оваквих налаза. Једна могућност је да схизофрени испитаници укључени у ово истраживање немају проблем са ментализацијом, па се самим тим и не очекује неуспех на класичним задацима теорије ума. Ово би било крајње необично с обзиром на то да већина студија показује нижи учинак ове групе испитаника на задацима теорије ума, осим у случају испитивања оболелих у фази ремисије. Према томе, највероватније одговор лежи у разлици између класичних задатака теорије ума и начина испитивања теорије ума у овом истраживању. Из тог разлога, било би занимљиво спровести истраживање које би подразумевало поређење резултата исте групе испитаника у свакодневном разговору и на класичним задацима теорије ума. Могли би се добити резултати који показују да је учинак истих испитаника различит у случају ова два начина процене теорије ума. Даље објашњење ослања се на разлику између коришћења теорије ума у свакодневном разговору и коришћења теорије ума приликом решавања класичних задатака теорије ума. Ове разлике су окарактерисане као „on-line“ и „off-line“ процесирање. Током свакодневне интеракције са људима ментализација се користи имплицитно и аутоматски, односно „on-line“. Приликом решавања задатака теорије ума ментализација се спроводи „off-line“, односно испитаници не учествују у комуникацији, али су у обавези да спроведу експлицитну употребу ментализације како би одговорили на питања о интеракцији која је описана у причама. Овакви задаци у већој мери ангажују радну меморију и метакогнитивне процесе (размишљање о ментализацији), па је самим тим задатак много тежи у односу на ангажовање у свакодневном разговору.

Када је реч о параноидној схизофренији, поједина истраживања указују на нижи учинак ове групе испитаника на задацима теорије ума у односу на здраве испитанике (Montag et al., 2011; Craig, Hatton, Craig, & Bentall, 2004). При томе, приликом разматрања теорије ума код особа оболелих од параноидне схизофреније неопходно је напоменути да постоје докази о негативној вези између изражености персекуторне идеације и учинка на задацима теорије ума (Harrington, Langdon, Siegert, & McClure, 2005; Craig et al., 2004). Коркоран и Фрит (Corcoran, Cahill, & Frith, 1997; Corcoran, Mercer & Frith, 1995; Frith, 1992; Frith & Corcoran, 1996, према Walston, Blennerhassett,

& Charlton, 2000) указују да су персекуторне идеје узроковане оштећењем способности закључивања о менталним стањима других људи. Нижи учинак на задацима теорије ума, према овим ауторима, указује на нижу способност разумевања намера других људи, што повећава могућност извођења погрешног закључка о намерама особа са којима су у контакту. Када особа има дефицит у теорији ума, она није у стању да „прочита“ ментална стања друге особе, при чему се узрок немогућности „читања“ приписује намери друге особе да сакрије своја ментална стања, што се процењује као непријатељска намера.

Међутим, у појединим истраживањима није пронађена разлика између групе оболелих од параноидне схизофреније и групе здравих испитаника у учинку на задацима теорије ума (Sarfati et al., 1997; Randall et al., 2003; Drury et al., 1998, према Montag et al., 2011). Постоји могућност да особе оболеле од параноидне схизофреније имају неоштећену теорију ума у смислу да имају способност ментализације, међутим, проблем код ових пацијената највероватније постоји у коришћењу контекстуалних информација, што резултира извођењем погрешних закључака о другима (Brüne, 2005a).

Са клиничког аспекта, веза између оштећења теорије ума и социјалне дисфункционалности код схизофрених је значајна из следећих разлога – пад у социјалној функционалности појединца може претходити појави болести, такође, социјална дисфункционалност може бити присутна у првој епизоди болести и отпорна на третман антипсихотицима. Поред тога социјална дисфункционалност може допринети стопи рецидива код хроничних пацијената (Pinkham, Penn, Perkins & Lieberman, 2003). Уколико постоји веза између социјалне компетенције и теорије ума код схизофрених, пацијенти могу имати користи од метакогнитивних тренинга у овој области. Покушаји унапређења теорије ума код схизофрених вредни су пажње. На пример, Гамбини са сарадницима (Gambini, Barbieri, & Scarone, 2004) показује да је седам од тридесет пацијената оболелих од параноидне схизофреније успело да стекне увид у сопствено ментално стање само захваљујући померању перспективе са првог у треће лице, односно кроз покушај сагледавања „ситуације“ (тачније садржаја изреченог од стране пацијента) из позиције анкетара.

Већ је било речи о разликама у теорији ума између мушкараца и жена. Међутим, скоро да и не постоје истраживања која се баве испитивањем разлика у успешности решавања задатака теорије ума између мушкараца и жена оболелих схизофреније. Очекивано је да су оболеле жене супериорније од оболелих мушкараца. Ипак, ова

претпоставка изведена је из резултата истраживања осталих аспеката социјалне когниције (нпр. Scholten, Aleman, Montagne, & Kahn, 2005; Weiss et al., 2007) или резултата истраживања спроведених на здравим испитаницима (нпр. Baron-Cohen et al., 1997; Hughes & Dunn, 1998). Једно од ретких истраживања на ову тему показује да су жене оболеле од схизофреније успешније на задацима теорије ума у односу на схизофрене мушкарце, при чему је та успешност већа када је реч о задацима који процењују афективну компоненту теорије ума у односу на когнитивну компоненту (Abu-Akel & Vo, 2013).

1.4 ТЕОРИЈА УМА И ЕМПАТИЈА

1.4.1 Одређење емпатије

Концепт емпатије има дугачку историју разматрања и истраживања коју већином карактеришу бројна неслагања између аутора који су се бавили овим концептом. Бољем разумевању емпатије допринеле су филозофија, теологија, развојна и социјална психологија, етиологија и неуронауке. Међутим, без обзира што је емпатија била предмет разматрања и испитивања многих наука ово подручје и даље карактерише недостатак консензуса о природи овог феномена (Preston & de Waal, 2002). Порекло речи емпатија везује се за немачког филозофа и психолога Теодора Липса који је почетком 20. века сковао термин “*einfihlung*” који дословно значи „у-осећање“ или „уживљавање“ како би описао емоционално разумевање туђих емоција (Ioannidou & Konstantikaki, 2008).

Емпатија представља фундаментални део социјалне когниције, који омогућава успостављање контакта између две јединке на емоционалном нивоу (Shamay-Tsoory et al., 2005). Разматрајући феномен емпатије Хофман наводи да психолози дефинишу емпатију на два начина – као свесност о унутрашњим стањима друге особе и као посредована емотивна реакција на другу особу. Овај аутор се заправо бави афективном емпатијом дефинишући емпатијско реаговање као „укљученост психолошких процеса који резултирају код особе појавом осећања која су у већој мери сагласна са ситуацијом друге особе него са сопственом“ (Hoffman, 2003, стр. 38). Аутор наводи доказе због чега је емпатијска узнемиреност просоцијални мотив. Прво, емпатијска узнемиреност позитивно корелира са помагачким понашањем. Друго, емпатијска узнемиреност претходи понашању помагања. Треће, као и остали мотиви, у ситуацији пружања помоћи емпатијска узнемиреност слаби у интензитету па се особа која пружа помоћ осећа боље. Као аргумент у прилог тврдњи да је просоцијално помагање засновано на

емпатији, аутор наводи да је помагање изазвано невољом друге особе, а не сопственом, и његов основни циљ је помоћ другој особи, при чему се особа добро осећа само уколико је у стању да помогне другоме. Значај емпатије огледа се и у томе што емпатија смањује агресивно понашање. У обимном истраживању које се бавило макијавелистичким типом личности добијени су докази који указују на то да успешне манипулаторе не карактерише емпатичност помоћу које би откривали туђе мотиве и користили их у манипулацији, већ их карактерише одсуство емпатије која их не „оптерећује“ и не спречава у остварењу својих циљева, на чијем путу често „газе“ преко других људи, потпуно неосетљиви на њихову патњу (Christie & Geis, 1970, према Hoffman, 2003). Иако Хофман полази од дефиниције емпатије која се односи на њену афективну компоненту, овај аутор наводи да се емпатија дефинише и као процес препознавања унутрашњих стања других (мисли, намера, осећања), односно, више као когнитивни процес. Блер (Blair, 2005) говори о подели емпатије на когнитивну, моторну и емоционалну емпатију, узимајући у обзир неурокогнитивне процесе који се налазе у основи ових компоненти емпатије. Постоје најмање две форме емоционалне емпатије. Прва и основна форма подразумева емоционални одговор на емоције других људи манифестоване кроз фацијалну експресију, покрете и глас. Друга форма подразумева реакцију на емоционалне стимулусе упућене другима, нпр. одговор на исказ „Адам је управо изгубио кућу“. Термин когнитивна емпатија се користи за обележавања процеса репрезентације менталних стања других људи. Овакво одређење когнитивне емпатије наликује дефиницији теорије ума. Осврћући се на већ наведена истраживања теорије ума код особа са антисоцијалним поремећајем личности која показују да је теорија ума код ових особа интактна (Blair et al., 1996, према Brüne & Brüne-Cohrs, 2006; Dolan & Fullam, 2004; Richell, Mitchell, Newman, Leonard, Baron-Cohen, & Blair, 2003), може се рећи да овим особама не недостају сви аспекти емпатије, односно недостаје им саосећање, брига за друге или емпатијска узнемиреност. Овакво одсуство емпатије Барон-Коен (Baron-Cohen, 2011) назива нултим негативним степеном емпатије, наводећи да се нулти негативни степен емпатије среће код граничног, антисоцијалног и нарцистичког поремећаја личности. Одсуство емпатије код ових људи је у основи њиховог понашања према другима, које би се често могло окарактерисати као сурово. Аутор поред нултог негативног степена емпатије говори и о нултом позитивном степену емпатије, који је својствен деци са развојним поремећајима који припадају аутистичном спектру, нпр. Аспергеров синдром. Међутим, код ових

особа не можемо говорити о суровости и угрожавању права и емоција других људи. Одсуство емпатије ове људе не води у аморално понашање.

Разматрајући емпатију као процес, Престон и де Вал (Preston & de Wall, 2002) формулишу модел емпатије „Перцепција-Акција“. Овај модел емпатију сагледава као надређену категорију која обухвата све поткласе феномена који деле исти механизам, као што су саосећање, емоционална зараза, когнитивна емпатија, понашање помагања итд. Овај модел такође повезује емпатију са понашањима која се ослањају на перцепцију-акцију, а то су идеомоторне акције, имитација, рефлекс зевања, аутоматизми итд. Аутори сматрају да емпатију треба тумачити веома широко, укључујући све процесе који се ослањају на перцепција-акција механизам, а све то у циљу обједињавања различитих перспектива емпатије.

Према овом моделу емпатија представља заједничко емоционално искуство које настаје када једна особа (субјекат) почиње да осећа сличне емоције као друга особа (објекат), што заправо представља последицу сагледавања стања те друге особе. Овај процес се заснива на аутоматској активацији репрезентација емоционалних стања субјекта у случају обраћања пажње на емоционално стање објекта. Тачније, модел емпатије „Перцепција-Акција“ подразумева да присуство перцепције стања објекта аутоматски активира субјектове репрезентације стања, ситуације и објекта и да ове репрезентације аутоматски генеришу придружене аутономне и соматске реакције, осим уколико су инхибиране. Одговор „субјекта“ биће одређен степеном блискости са „објектом“. То заправо значи да ће степен интерперсоналне блискости између особа које су у интеракцији одредити сличност активираних реперезентација, па ће се сходно томе код „субјекта“ који је у блиској вези са „објектом“ активирати сличније реперезентације и вероватно сличнији одговор. Сличније репрезентације обезбеђују лакшу „обраду“ стања „објекта“ и продукцију адекватног одговора. Аутори даље наводе да постоје два типа одговора: психолошки одговор који је последица препознавања емоција објекта, који корелира са стањем „објекта“ (одговор са објектом) и физиолошки одговор, који се манифестује убрзаним радом срца (одговор на објекат) (Preston & de Wall, 2002).

Један од најчешћих стереотипа јесте да су жене емпатичније од мушкараца. Наравно, велики број истраживања бавио се овом темом. У првом већем покушају сумирања релевантних истраживања на тему полних разлика у емпатији Макобијева и Џеклинова (Maccoby & Jacklin, 1974, према Hoffman, 1977) разматрају резултате 30 истраживања и долазе до закључка да не постоје јасни докази о супериорности

девојчица у односу на дечаке када је емпатија у питању. Разматрајући овај закључак Хофман (Hoffman, 1977) је мишљења да је закључак можда преурањен с обзиром на то да су прегледом обухваћена истраживања која различито дефинишу емпатију, односно да је дефиниција емпатије веома широка тако да су обухваћена и она истраживања која су се бавила одређеним облицима социјалног понашања за која се не би могло рећи да су обухваћена појмом емпатије. Полазећи од дефиниције да је емпатија „посредни афективни одговор на осећања друге особе“ приликом анализе резултата истраживања, Хофман (Hoffman, 1977) закључује да девојчице показују већи степен емпатије дефинисане на овај начин, али да не превазилазе дечаке у својој успешности у препознавању емоција других људи. У нешто каснијем прегледу литературе Ејзенбергова и Ленон (Eisenberg & Lennon, 1983) извештавају да у истраживањима у којима је емпатија процењивана преко самоописа, постоје значајне разлике у односу на пол у корист жена. Међутим, у истраживањима која су користила објективније мере емпатије (нпр. галванска реакција коже) нису детектоване ове разлике. Тусан и Веб (Toussaint & Webb, 2005) извештавају о супериорности жена када је у питању емоционална емпатија, што и потврђују резултати истраживања Рукертове са сараницима (Rueckert, Branch, & Doan, 2011), на основу којих аутори формулишу претпоставку да регистроване разлике у емпатији (самоизвештај) могу бити у вези са општом емоционалном реактивношћу која је већа код жена, односно да су разлике у полу ограничене на емоционалну емпатију.

Постоје истраживања која су се бавила тачношћу емпатије (тачна когнитивна обрада осећања друге особе – Ickes, 1997, према Hoffman, 2003), чије одређење одговара дефиницији теорије ума. У овим истраживањима дошло се до резултата да је разлика у емпатији између полова у великој мери одређена мотивационим факторима. На пример Клејнова и Хоџисова (Klein & Hodges, 2001) извештавају да разлике између мушкараца и жена у степену емпатије, које су утврђене у првом делу истраживања у коме су коришћене класичне инструкције, нестају уколико се свим испитаницима понуди новчана надокнада за тачне одговоре. Дакле, разлике у тачности процене стања друге особе нису последица једноставних разлика у способности емпатије међу половима, већ су одређене разликама у мотивацији. Томас и Мајо (Thomas & Maio, 2008) резултатима свог истраживања такође указују на значај мотивације. Наиме, испоставило се да је информација о ниској интуицији и емоционалној интелигенцији жена, мотивисала жене да буду боље у процени стања друге особе, док је у случају

мушкараца мотивационо деловала информација о већој привлачности емпатичнијих и осећајних мушкараца.

1.4.2 Развој емпатије

Присутност емпатије у искуству већине људи (већине, узимајући у обзир да се постојање емпатијског доживљаја доводи у питање када је реч о поремећајима личности, нарочито о антисоцијалном поремећају личности) узрок је утиска да је емпатију лако сагледати и дефинисати. Међутим, и сам покушај „посматрања“ емпатије код одраслих доводи до тога да њена сложеност постаје лако видљива.

Као основу емпатије Хофман (Hoffman, 2003) наводи развој одвојених и независних доживљаја себе, доживљаја других и односа себе и других. Разматрајући развој емпатије, аутор као рудиментарни зачетак осећања емпатијске узнемирености наводи плач новорођенчета, изазван плачем друге бебе, односно реактивни плач, који иначе не представља једноставну, имитативну гласовну реакцију којој недостаје емотивна компонента. Без обзира на механизам који лежи у основи реактивног плача, новорођенче реагује на плач друге бебе аутоматски, доживљавајући друге као део себе. Са шест месеци се већ остварује напредак у развоју доживљаја себе. Шестомесечна беба више не реагује аутоматски на туђи плач. Поред тога преокупираност шестомесечне бебе сопственим активностима довешће до потребе да стимулуси који би требало да изазову реакцију буду израженији и дуготрајнији. Плач више није тренутан, већ дете најпре добија тужни израз лица, почне да пући усне пре него што започне са плачем. На узрасту од годину дана већина деце почиње мање пасивно да реагује на плач и узнемиреност друге особе и започиње понашање чија је основна функција смањење сопствене узнемирености. Доживљај себе није стабилан, па дете помоћу истог понашања покушава да ублажи и емпатијску узнемиреност, и сопствену стварну узнемиреност. Како Хофман наводи: „Емпатијска узнемиреност на крају прве године живота је егоцентрични мотив, али, за разлику од других истих мотива, бива изазвана туђом узнемиреношћу, што јој пружа одређене просоцијалне карактеристике.“ (Hoffman, 2003, стр.71). На почетку друге године живота деца постају свесна да су други одвојени од њих, односно да су други одвојени, физички ентитет. Деца, такође, знају када је друга особа узнемирена. Више не мешају сопствену емпатијску узнемиреност са узнемиреношћу друге особе. Дете сада покушава да помогне другоме кроз физички контакт – додиривање и тапшања. Међутим, дете овог узраста нема увид у унутрашња стања друге особе, па претпоставља да оно што је њему од помоћи, може

помоћи и другој особи, али ова понашања су често погрешна (Hoffman, 2003). Испитујући развој емпатије у студији која је обухватила близанце тестиране на узрасту од 14, 20, 24 и 36 месеци, Кнафова са сарадницима (Knafo, Zahn-Waxler, Van Hulle, Robinson, & Hyun Rhee, 2008) долази до резултата који указују да на узрасту између 14. и 24. месеца долази до значајног напретка детета у погледу емпатијске забринутости и просоцијалног понашања, као и до појаве трансформације забринутости за себе у забринутост за друге. У овом периоду развој доживљаја себе, али и свесности да други имају унутрашња стања, која су различита од сопствених, доводи до тога да деца лакше емпатишу са другим особама, успешно сагледавајући њихове потребе у конкретним ситуацијама, што наравно води у понашање које је од веће помоћи „жртви“ у датој ситуацији. У овом периоду ниво развоја когнитивних способности омогућава детету да анализира ситуацију, размисли о проблему и на основу тога дође до најделотворнијег понашања. Са развојем се повећава и дететова могућност да емпатише не само са једноставним, већ и са комплексним осећањима других. Пре шесте или седме године деца могу реаговати емпатијском узнемирености, али не схватају да су сопствена осећања изазвана туђом ситуацијом.

Тек на узрасту од шест и седам година деца изјављују да су њихове емоције понекад изазване емоцијама друге особе и ситуацијом у којој се та особа налази, тачније разумеју да њихова осећања представљају емпатијску реакцију. Почев од осме године деца почињу да узимају у обзир претходно искуство друге особе приликом процењивања осећања те особе у конкретној ситуацији. Главна идеја Хофмана јесте да је способност емпатисања са другом особом повезана са разумевањем шта је у позадини емоција те друге особе, а то разумевање се развија током адолесценције и одраслог доба. Са одрастањем схватамо да људи могу бити амбивалентни према туђој помоћи, односно, да људима у појединим ситуацијама емпатија других може бити непријатна, па се често у складу са тим и понашају. Тако ћемо се често „уздржати“ од показивања сажаљења према другој особи, како бисмо дату ситуацију олакшали другој особи (Hoffman, 2003).

Бавећи се питањем стабилности индивидуалних разлика када је у питању понашање повезано са емпатијом Ејсенбергова са сарадницима (Eisenberg, Guthrie, Murphy, Shepard, & Cuberland, 1999) спроводи лонгитудинално истраживање, које је подразумевало мерење просоцијалног понашања, емпатијске забринутости и преузимања перспективе испитаника почев од детињства до раног одраслог доба. Резултати показују да рано просоцијално понашање посебно *спонтано дељење* са

другима, предвиђа касније просоцијалне диспозиције, при чему је ова веза парцијално посредована емпатијским реаговањем. Аутори закључују да резултати потврђују хипотезу о постојању индивидуалних разлика у просоцијалним диспозицијама, да се ове разлике појављују у адолесценцији и да су стабилне током одраслог доба. Према томе, емпатија би се могла сагледати као део шире просоцијалне црте личности која се развија током детињства и у основи је помажућег понашања током одраслог доба. У прилог томе говоре и резултати Кнафове и сарадника (Knafo et al., 2008), који указују на постојање везе добијених мера когнитивне и афективне компоненте емпатије на различитим узрастима испитиване деце.

Развој емпатије условљен је многим факторима као што су генетски фактори, темперамент детета, неурални развој. Међутим, приликом разматрања развоја емпатије нарочита пажња се посвећује родитељима и односу између детета и родитеља. Један од испитиваних аспеката интеракције родитеља и детета је синхронизација, односно тренутно усклађивање понашања особа које су у интеракцији. Фелдманова (Feldman, 2007) долази до резултата који указују да је степен синхронизације између мајке и детета, мерен у првој години живота детета, у позитивној корелацији са емпатијом током детињства и адолесценције. Разматрајући резултате овог истраживања Мекдоналд и Месинџер (McDonald & Messinger, 2011) наводе да добијена повезаност између синхронизације мајке и детета на најранијем узрасту и касније емпатије детета, упућује на значај имитације у првим социјалним интеракцијама детета као фактора који олакшава развој емпатије. Аутори указују да деца могу, до извесне мере, имитирајући друге, односно кроз симулацију емоционалне експресије и акција друге особе, да интернализују туђа осећања и искуство. Поред тога, родитељи усклађују свој афекат са афектом детета током интеракције. Захваљујући овоме дете почиње да осећа да се други, нпр. родитељ, могу осећати исто као и оно само. Такође, све ово доприноси разумевању детета да његове емоционално мотивисане акције могу утицати на друге људе, што може обезбедити осећање ефикасности неопходно за понашање у чијој је основи жеља да се помогне другоме.

Испитујући однос између емпатије родитеља и емпатије деце, Страјер и Робертс (Strayer & Roberts, 2004) долазе до резултата који показују да је укупан ефекат родитељске емпатије на емпатију детета мали и да је ова веза посредована већим бројем фактора, као што су степен контроле од стране родитеља, подстицање емоционалне експресивности детета од стране родитеља, испољавање емоција од стране детета,

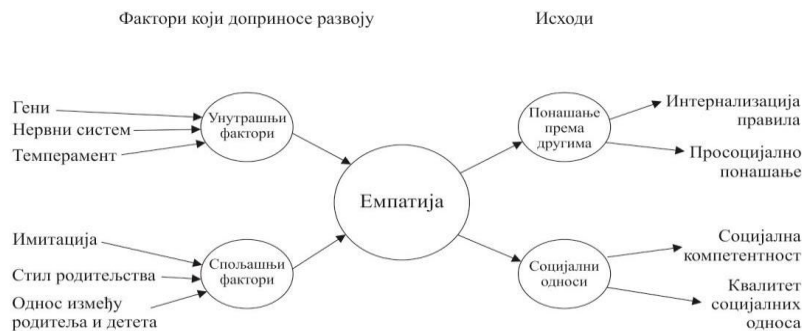
нарочито љутње. Резултати овог истраживања недвосмислено указују на комплексност испитивања односа емпатије родитеља и деце и мултифакторску условљеност емпатије.

Редки-Јарова и сарадници (Radke-Yarrow, Zahn-Waxler, Richardson, Susman, & Martinez, 1994) наводе да је интеракција родитељ-дете значајна за развој емпатије детета, али да овом односу треба приступити разматрајући допринос, како родитеља, тако и детета. У истраживању ових аутора опсервирано је брижно понашање детета у експерименталној и натуралистичкој ситуацији, при чему су била испитивана деца мајки које су имале дијагнозу велике (мајор) депресије, биполарног поремећаја и мајки без психијатријске дијагнозе. Показало се да дијагноза мајке и афективна везаност појединачно не представљају значајне предикторе емпатијског реаговања. Међутим, највећу учесталост емпатијског реаговања показују деца мајки оболелих од тешке депресије, са проблемом у регулацији афекта и са сигурним обрасцем афективне везаности. Ово заправо значи да је регулаторни статус детета веома значајан, као и стрес изазван болешћу мајке, што бисмо у интеракцији могли назвати „доприносом“ детета на развој емпатијског реаговања. Друго је питање да ли је учесталост емпатијског реаговања коју су показивала ова деца оптимална. Деца мајки са блажом депресијом или без дијагнозе, без проблема у контроли афеката и са сигурним обрасцем афективне везаности показивала су средњу вредност емпатијског реаговања, односно ни претерано високу ни претерано ниску учесталост овог облика понашања – што би се пре могло сматрати оптималним нивоом емпатијског реаговања. Треба напоменути да су се у овом истраживању девојчице показале емпатичнијим од дечака.

Већина истраживања указује на значај сигурне афективне везаности за развој емпатије. Сигурна афективна везаност представља темељ за бригу о другима, док несигурни образац сузбија или омета саосећање и бригу о другима, у смислу да анксиозност и избегавање негативно утичу на саосећање и алтруистичко понашање. С друге стране деца са сигурним обрасцем везаности су емпатичнија јер боље регулишу своје емоције, односно показују већу способност у праћењу и прилагођавању трајања и интензитета сопствених емоција у стресним ситуацијама (Laible, Carlo & Roesch, 2004; Mikulincer, Shaver, Gillath & Nitzberg, 2005; Panfile & Laible, 2012). Ван дер Маркова и сарадници (van der Mark, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2002) поред значаја сигурне афективне везаности, подвлаче значај темперамента. Наиме, у истраживању су дошли до резултата који показују да несигурно афективно везане и плашљивије девојчице показују мању емпатијску забринутост према странцима, јер емпатијска

забринутост захтева регулацију сопствених негативних емоција, што не полази за руком овој групи девојчица.

Слика 4 приказује факторе који утичу, односно доприносе развоју емпатије, о којима је било речи, и исходе развоја емпатије.



Слика 4: Фактори и исходи развоја емпатије
Извор: McDonald & Messinger, 2011, стр. 195

1.4.3 Емпатија и теорија ума

На почетку разматрања односа између емпатије и теорије ума, потребно је напоменути да већина психолога разликује два психолошка процеса обухваћена емпатијом – емоционалну емпатију (дељење емоција са другима) и когнитивну емпатију (преузимање перспективе друге особе) (Davis, 1983; Blair, 2005; Smith, 2006; Hoffman, 2003). Потврда оправданост поделе емпатије на емоционалну и когнитивну добијена је у истраживањима особа са можданим лезијама. Једно од истраживања спроведено од стране Шамај-Тсуријеве и сарадника (Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz, & Perry, 2008) показује да особе са оштећењем вентромедијалног префронталног гируса показују дефицит у когнитивној емпатији, док особе са оштећењем инфериорног фронталног гируса показују дефицит у емоционалној емпатији.

Подела емпатије на когнитивну и емоционалну и дефиниција теорије ума указују на то је теорија ума саставни део емпатије, при чему емпатија представља виши конструкт, јер подразумева и наш одговор на мисли и осећања других људи. Овакав закључак се изводи и разматрањем дефиниције емпатије коју је формулисао Барон-Коен (Baron-Cohen, 2011, стр. 24): „Емпатија је наша способност да препознамо шта друга особа мисли или осећа и да одговоримо на њене мисли и осећања одговарајућим осећањима“.

Дакле, у процесу емпатије постоје две фазе – препознавање и одговор, односно емпатија не подразумева само способност препознавања осећања и мисли других људи, већ и реаговање одговарајућим осећањима. Ова дефиниција обухвата и когнитивни и афективни аспект емпатије. Описујући неуролошки круг емпатије Барон-Коен наводи да овом кругу припада и десни темпоропаријентални спој, чија је активност важна у процени мисли других људи. По свему судећи, теорију ума бисмо могли довести у везу са когнитивном емпатијом. О повезаности теорије ума и когнитивне емпатије сведоче резултати истраживања Шамај-Тсооријеве и сарадника (Shamay-Tsoory et al., 2005) спроведеног на испитаницима са можданим лезијама, у коме је утврђена корелација између афективне теорије ума и когнитивне емпатије. Модел односа између емпатије и теорије ума, формулисан од стране Шамај-Тсооријеве и сарадника (Shamay-Tsoory et al., 2010) приказан је на слици 5.



Слика 5: Модел односа између емпатије и теорије ума
Извор: Shamay-Tsoory, Harari, Aharon-Peretz, & Levkovitz, 2010, стр. 669

Према овом моделу когнитивна теорија ума представља предуслов афективне теорије ума и евентуално би се грубо могла изједначити са чисто когнитивним елементима емпатије. Основу за ову тврдњу налазимо у истраживању у коме је праћена мождана активност приликом решавања задатака намењених когнитивној компоненти теорије ума и задатака који су провоцирали емпатијски одговор. Аутори долазе до резултата који показују да се мреже активирале приликом решавања поменутих задатака делимичног поклапају, али су ипак у питању две различите неуронске мреже. На основу добијених резултата аутори закључују да емпатија, поред зона задужених за закључивање о менталним стањима других људи, подразумева и активацију оних зона

задужених за емоције и емоционално процесирање (Völlm et al., 2006). Афективна компонента теорије ума у вези је са когнитивном емпатијом, али у одређеном степену и са афективном или емоционалном емпатијом. Када је реч о емоционалној емпатији Шамај-Тсуријеве и сарадници (Shamay-Tsoory, Harari, Aharon-Peretz, & Levkovitz, 2010) емоционалну емпатију доводе у везу са емоционалном „заразом“.

Приликом разматрања емоционалне емпатије најчешће се у обзир узимају три компоненте. Прва компонента подразумева да осећамо иста осећања као друга особа. Ова компонента се најчешће назива емоционалном заразом. Друга компонента подразумева „узнемиреност“ коју осећамо као реакцију на сагледавање неприлика друге особе. Трећа компонента односи се на саосећање или „емпатијску забринутост“ која је у позитивној вези са спремношћу особе да помогне другој особи (Ickes, & Schmid Mast, 2007).

Уопштено говорећи, емоционална емпатија представља наш емоционални одговор на емоције и мисли других људи. Барон-Коен (Baron-Cohen, 2011) ово назива другом фазом емпатије (трећа фаза емпатије по овом аутору била би делање у складу са емпатијским одговором).

1.4.4 Емпатија код схизофрених

Способност за емпатију особа оболелих од схизофреније препознаје се као значајан предмет истраживања чији је циљ боље разумевање болести, нарочито због чињенице да је емоционална изражајност готово увек угрожена код ове групе пацијената. У контакту са особама оболелим од схизофреније стиче се утисак да их скоро ништа не дотиче, како туђе емоције и животне ситуације, тако и сопствене животне ситуације, које веома често могу бити и трагичне. Ова појава се назива афективна крутост. Пацијент није у стању да свој емоционални доживљај, реакције и понашање прилагоди ситуацији. Постоји тешкоћа да се сопствена осећања пренесу на друге, уз истовремену равнодушност (или утисак равнодушности) према туђим осећањима (Голубовић, 2011). Из свих ових разлога емпатија, као феномен који подразумева укљученост емоција у емоције других људи, код схизофрених представља област чије би истраживање омогућило боље разумевање природе симптома и емоционалног статуса пацијента. Резултати који указују на позитивну везу између емпатије и социјалне функционалности подвлаче значај испитивања овог феномена код особа оболелих од схизофреније (Michaels et al., 2014; Haker & Rössler, 2009).

У литератури је могуће наћи истраживања емпатије код схизофрених, међутим, веома често се може срести коментар да број истраживања на ову тему није довољан, нарочито када је реч о емоционалној емпатији (Bora, Gökçen, & Veznedaroglu, 2008; Montag Heinz, Kunz, & Gallinat, 2007). Монтагова са сарадницима (Montag et al., 2007) долази до резултата који указују на постојање разлика у когнитивној емпатији између оболелих и здравих испитаника, док се ове разлике не региструју када је реч о емоционалној емпатији, што представља изненађујући резултат. Као један од разлога добијања оваквих резултата аутори наводе да постоји могућност да оболели од схизофреније имају очуване базичне способности емпатије које се ослањају на емоционалну заразу. Други разлог био би давање социјално пожељних одговора, што не треба искључити с обзиром на то да се процена емпатија заснивала на добијеном упитничком скору. Дефицит емпатије код схизофрених потврђују и резултати истраживања у коме је упоређиван учинак оболелих и здравих испитаника на задацима препознавања емоција, задацима преузимања емоционалне перспективе друге особе и задацима емоционалне респонзивности. Оболели од схизофреније показују нижи учинак на свим наведеним задацима (Derntl, et al., 2009).

Интересантно истраживање спровео је Бора са сарадницима (Bora et al., 2008) у коме је поредио самоописе на упитнику за процену емпатије (Коефицијент емпатије - Empathy Quotient (EQ), Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) здравих и оболелих од схизофреније, као и самоописе здравих испитаника и добијене скорове на истом упитнику који су попуњавали сродници оболелих испитаника, процењујући емпатију испитаника. Прво поређење није дало статистички значајне разлике, док су разлике добијене другим поређењем достигале статистичку значајност. Дакле, сродници су оболеле процењивали као мање емпатичне у односу на то како су схизофрени процењивали сопствени степен емпатије. Аутори наглашавају значај процене сродника приликом евалуације емпатије оболелих, уз напомену да и у овом случају постоје одређена ограничења. Ограничења се тичу утицаја предрасуда сродника о самој болести – схизофренији и њеним симптомима (негативни симптоми или депресија) на процену емпатије оболелог члана. Испитујући корелације између увида у своју болест, емпатије и депресије код схизофрених Дадехбани са сарадницима (Didehbani et al., 2012) извештава о постојању позитивне корелације између увида и емпатије и увида и депресије, али и о постојању негативне корелацију између депресије и емпатије. Дакле, испитаници који имају увид у своју болест у стању су да сагледају природу и последице

своје болести, што може довести до појаве осећања безнадежности, беспомоћности, односно до појаве депресивног расположења, па самим тим и до снижења емпатије.

Новије истраживање Михаела и сарадника (Michaels et al., 2014) потврђује резултате који су добили Монтагова и сарадници (Montag et al., 2007) о постојању разлика у когнитивној емпатији између оболелих и здравих испитаника и непостојању разлика када је реч о емоционалној емпатији. Међутим, када је реч о афективној емпатији аутори указују на могућност да схизофрени испитаници не само да нису нереспонзивни на туђе емоције, већ да у појединим ситуацијама могу бити и превише осетљиви на емоције других људи. Сличне резултате добија Лехманов са сарадницима (Lehmann et al., 2014) у истраживању у коме су испитиване когнитивна и емоционална емпатија особа оболелих од параноидне схизофреније. И у овом истраживању добијени су резултати који указују на снижену когнитивну емпатију код схизофрених испитаника, док је у случају емоционалне емпатије ситуација комплекснија. Наиме, истраживање је било више намењено процени емоционалне емпатије, па су аутори у те сврхе и применили већи број тестова за процену ове компоненте емпатије. Утврђено је да су схизофрени показивали већи ниво персоналног дистреса, као и већу емоционалну заразу када су у питању негативне емоције, док у случају позитивних емоција нису добијене разлике између испитиваних група.

По свему судећи, код особа оболелих од схизофреније постоји дефицит у емпатији. Интересантно је да већина истраживања потврђује дефицит схизофрених када је у питању когнитивна емпатија, док емоционална емпатија, због неподударности резултата, захтева даља испитивања. Узимајући у обзир подударност когнитивне емпатије и теорије ума, о чему је већ било речи, и резултате већине наведених истраживања у овом делу рада и у делу рада у коме су наведена истраживања теорије ума код схизофрених, можемо извести закључак да је дефицит теорије ума нешто што би могла бити карактеристика овог обољења.

1.5 ТЕОРИЈА УМА И ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЕМОЦИЈА

1.5.1 Препознавање емоција на основу фацијалне експресије

Људско лице представља важан извор информација у социјалним интеракцијама. Истраживања која су се бавила невербалном комуникацијом највише пажње посветила су изучавању лица. Лице као веома комплексан стимулус шаље различите информације, на пример о интерперсоналним ставовима, емоционалном стању појединца, или о томе колико је појединац искрен или неискрен. Па чак и лице без

мимике представља извор информација за посматрача. Емоционална експресија представља једну од најважнијих функција лица. Аутори који су се бавили испитивањем фацијалне експресије емоција покушали су, између осталог, да одреде утицај културе и биологије на фацијалну експресију. Међутим, контрадикторност добијених налаза упућује на закључак да је можда потребно узети у обзир интеракцију ових фактора. Фацијалне експресије су често ненамерне и несвесне и у највећем броју случаја имају информативну или комуникативну и интерактивну функцију. Спадају у брзе фацијалне сигнале, поред фацијалних амблема, манипулатора, илустратора и регулатора (Костић, 2010).

Када је реч о универзалности фацијалних експресија емоција, Екман (Ekman, 1984, према Костић, 2010) наводи да истраживања потврђују да експресије примарних емоција (страх, срећа, туга, изненађење, одвратност и љутња) имају универзалност, као и да свака од ових емоција има специфичну фацијалну експресију. Треба напоменути да се наведена листа примарних емоција нешто касније проширује и на презир, који има јединствену фацијалну експресију (Ekman & Friesen, 1986). Међутим, у случају презира питање о базичности ове емоције остаје отворено. Показало се да људи фацијалну експресију презира спонтано не повезују са овом емоцијом, па самим тим је и тешко препознају. Препознавање ове емоције је успешно само у случају када процењивачи знају да ће неки од израза бити поред осталих емоција и презир (Fischer, 2011).

Резултати истраживања указују на то да се фацијалне експресије примарних емоција могу тачно интерпретирати без обзира на расу, пол, године и културу (Костић, 2010). Наиме, крос-културалне студије показују да се фацијалне експресије примарних емоција препознају једнако тачно без обзира на културолошки контекст. Важно је напоменути да срећа представља емоцију која се најлакше препознаје (Gosselin, Kirouac, & Doré, 1995). На пример у истраживању Расела и сарадника (Russell, Suzuki, & Ishida, 1993) које је обухватило испитанике из Грчке, Канаде и Јапана утврђено је да су испитаници најуспешнији у препознавању среће, док се презир најтеже препознаје. После среће, изненађење представља емоцију која се са лакоћом препознаје (Toner, 1981, према Edwardsa, Jackson, & Pattison, 2002), док се страх препознаје са мањом тачношћу у односу на остале примарне емоције (Kirouac, & Doré, према Edwardsa, Jacksonb, & Pattison, 2002). Треба напоменути да овим истраживањима није разматрано препознавање презира, који би можда могао представљати емоцију која се најтеже препознаје с обзиром на наводе Фишерове (Fischer, 2011).

Испитујући препознавање емоција на основу спонтаних фацијалних експресија на узорку студената Универзитета у Нишу, Костићева (1995) долази до резултата који показују да су процењивачи били најтачнији у процењивању среће, док су најмање тачно препознавали тугу. Емоционално компетентне индивидуе карактерише оптимално функционисање два домена емоционалног механизма – продукција и опажање емоција (Scherer, 2007, према Bänziger, Grandjean, & Scherer, 2009). И док се продукција или испољавање емоција односи на одговарајуће обрасце телесних и понашајних промена, које представљају адаптивни одговор на одређени догађај, перцепција емоција подразумева способност прецизног опажања и тумачења емоционалних стања друге особе у социјалним интеракцијама (Bänziger et al., 2009). Дакле, термин перцепција емоција подразумева и препознавање емоција, односно овај термин се користи најчешће тако да се под њим подразумева и препознавање емоција. Међутим, јасно је да између ових процеса постоје разлике у смислу да се перцепција односи на инспекцију карактеристика самог стимулуса, док препознавање захтева и одређено знање које се не може извести из датих карактеристика стимулуса. Тачније, уколико препознавање сведемо само на препознавање карактеристика стимулуса можемо лако изједначити перцепцију и препознавање емоција на основу фацијалне експресије. У том случају нам можда неће бити потребно било какво претходно знање о свету да бисмо препознали емоцију на основу геометријских визуелних особина стимулуса. Овај начин препознавања можда делује непотпуно, али би могао бити довољан за успешно решавање појединих задатака који подразумевају прављење разлика између приказаних емоција. Међутим, препознавање емоција најчешће не подразумева само перцептивне информације, већ и активирање постојећег знања о свету. Захваљујући томе, када видимо уплашено лице особе, ми претпостављамо да ће та особа вероватно да вришти или бежи итд. Дакле, долази до повезивања различитих репрезентација које подстичу компоненте концептуалног знања о емоцијама сигнализираних од стране стимулуса, па су самим тим процењивачу доступне све информације неопходне за препознавање емоција. Поред овога, постоји и посредни пут, односно начин препознавања емоција који је описала симулациона теорија. Наиме, фацијална експресија емоција друге особе активира моторне репрезентације процењивача што заправо омогућава симулацију емоционалног израза друге особе од стране процењивача. У процењивачу се заправо генерише стање друге особе што даље активира концептуална знања и води у препознавање емоција (Adolphs, 2002).

1.5.2 Развој препознавања емоција

Препознавање емоција на основу фацијалне експресије има фундаментални значај за развој социјалне компетенције детета (Chronaki, Hadwin, Garner, Maurage, & Sonuga-Bark, 2014). Способност препознавања емоција на основу израза лица се развија од најранијег детињства, њен развој је постепен, одређен како развојем когнитивно-перцептивних способности, тако и искуством које дете стиче у свом окружењу (Walker-Andrews, 1997). У једном од истраживања утврђено је да новорођенчад стара само 10 недеља различито реагују на мајчину експресију туге, среће и љутње (Naviland & Lelwica, 1987). Већ са три месеца одојче разликује насмејано од намршеног лица (Barrera & Maurer, 1981). У четвртном месецу деца показују тенденцију дужег посматрања насмејаног лица у односу на лице које показује тугу (Oster & Ewy, 1980, према Nelson, Parker, & Guthrie, 2006). Препознавање појединих емоција се развија постепено, при чему се препознавање среће јавља најраније и са највећим степеном тачности препознавања, затим се јавља препознавање туге и љутње, што прати способност тачног препознавања изненађења и страха (Herba & Phillips, 2004). Наиме, деца стара три месеца у стању су да разликују срећно лице од лица које показује изненађење (Young-Browne, Rosenfeld, & Horowitz, 1977), са четири месеца разликују љутњу од среће (Barrera & Maurer, 1981), док са седам месеци разликују страх од среће (Ludemann & Nelson, 1988). Крајем прве године живота деца су у стању да препознају емоције на основу фацијалне експресије и да сопствено понашање прилагоде „емоционалној поруци“ коју шаље лице друге особе (Hertenstein & Campos, 2004). Почетком друге године живота, долази до појаве апстрактног концепта емоција, односно деца постају осетљива на усаглашеност емоција и понашања других људи (Herach & Westermann, 2013). До четврте године, деца нормалног развоја у стању су да са скоро апсолутном тачношћу препознају срећу, тугу и љутњу. Такође постају вештија у препознавању страха и изненађења (Widen & Russell, 2003). Показало се такође да са одрастањем деца све више приликом процене узимају у обзир и ситуационе елементе. Деца старости од три до пет година се фокусирају искључиво на фацијалну експресију, док деца стара осам и девет година поред фацијалне експресије узимају у обзир и ситуационе факторе. Поред тога, са одрастањем деца постају свеснија својих емоција што их води у боље разумевање помешаних емоција других људи (Izard & Harris, 1995, према Herba & Phillips, 2004). Међутим, показало се да резултати истраживања развоја препознавања емоција на основу фацијалне експресије варирају због разноликости коришћених метода. На пример резултати истраживања спроведеног од стране Бруса и

сарадника (Bruce et al., 2000) показују да уколико испитаници треба да покажу које лице од приказана два показује срећу, тугу, изненађење или љутњу успешност шестогодишње деце је скоро апсолутна. Ипак, када се од испитаника захтевало да покажу од два понуђена лица, лице које показује исту емоцију са понуђеним трећим лицем, добар учинак се јавља тек код десетогодишњака. Већина аутора сматра да се способност препознавања емоција на основу фацијалне експресије деце приближава нивоу успешности одраслих на узрасту од десет година (Bruce, et al., 2000; Mondloch, Geldart, Maurer, & Le Grand, 2003; Durand, Gallay, Seigneuric, Robichon, & Baudouin, 2007). Упоређујући учинак на задацима препознавања емоција деце старости од 6 до 14 година и одраслих особа Колб са сарадницима (Kolb, Wilson, & Taylor, 1992) долази до резултата који индикују да се успешност деце у препознавању емоција на основу фацијалне експресије побољшава на узрасту од 6 до 8 година. После тога, до 13 године региструју се мање промене, да би се на узрасту од 14 година уочило још једно побољшање препознавања, чиме се деца изједначају у успешности са одраслима. У истраживању Томасове и сарадника (Thomas, De Bellis, Graham, & LaBar, 2007) учествовали су испитаници подељени у три групе. Прву групу чинила су деца старости од 7 до 13 година, другу групу адолесценти од 14 до 18 година и трећу одрасли од 25 до 57 година. Стимулус у овом истраживању биле су серије слика лица поређана по интензитету експресије емоција од неутралног лица до страха, од неутралног до љутње и од страха до љутње. У сва три задатка одрасли су били осетљивији на суптилне промене експресије у односу на остале две групе. Препознавање суптилних промена израза лица од неутралног до експресије страха и од страха до љутње показује линеарни развојни пут, док је у случају препознавања суптилних промена од неутралног лица до лица које показује љутњу напредак описан квадратном прогресијом. Резултати овог истраживања обезбеђују доказе о постојању развојних промена у препознавању емоција на основу фацијалне експресије и током адолесценције.

На развој способности препознавања емоција на основу фацијалне експресије утичу многи фактори као што су вербалне способности и коефицијент интелигенције, социо-економски статус и пол.

Испитивањем разлике између полова у препознавању емоција на основу фацијалне експресије бавила су се бројна истраживања. Мета-анализом 75 радова на ову тему Халова (Hall, 1978) долази до резултата који указују на супериорност жена у препознавању емоција у односу на мушкарце. У нешто новијем истраживању Халове и

Мацумота (Hall & Matsumoto, 2004) утврђено је да су жене успешније од мушкараца у препознавању емоција на основу фацијалне експресије чак и онда када су слике лица биле презентоване великом брзином. Дакле, жене доносе тачније закључке на основу невербалних знакова чак и у ситуацијама минималних информација које потичу од стимулуса. Аутори наглашавају да уколико се у даљим истраживањима потврди овај резултат, то може указивати на другачије капацитете когнитивне обраде код мушкараца и жена. Порекло ових разлика, према мишљењу аутора, може се тражити у процесу социјализације жена која је више усмерена на декодирање емоција, тако да овај поступак временом постаје више аутоматизован код жена него код мушкараца. Друга могућност била би да је женски мозак од самог рођења „боље опремљен“ за препознавање емоција у односу на мозак мушкараца. На основу анализе резултата добијених у студијама која су се бавила разликама између дечака и девојчица у препознавању емоција на основу фацијалне експресије МекКлурова (McClure, 2000) закључује да се разлике у корист девојчица региструју почев од детињства па до адолесценције. Ауторка подвлачи значај испитивања неуролошке матурације и социјализације као фактора који могу представљати значајне детерминанте ових разлика. Поређењем успешности у препознавању емоција на основу спонтаних фацијалних експресија младића и девојака, студената нишког Универзитета, Костићева (1995) добија резултате који указују на постојање разлика у корист девојака. Највеће разлике уочавају се у случају препознавања емоције одвратности, затим у идентификацији емоционално неутралног лица, па емоције љутње и на крају среће. Добијене разлике ауторка објашњава чињеницом да се у многим културама девојчице уче да буду осетљивије на препознавања потреба и намера других људи.

Међутим, поједина истраживања нису указала на разлике између полова. На пример у истраживању Гримшове и сарадника (Grimshaw, Bulman-Fleming, & Ngo, 2004) нису добијене статистички значајне разлике између мушкараца и жена у препознавању базичних емоција, при чему су и мушкарци и жене са највећом тачношћу препознавали срећу. Коначно, Хофман и сарадници (Hoffmann, Kessler, Eppel, & Traue, 2010) у свом истраживању долазе до резултата који указују да су жене успешније од мушкараца у препознавању суптилних фацијалних израза емоција, међутим у случају јасних експресија емоција разлике између мушкараца и жена нису пронађене. Још један од фактора важних за развој препознавања емоција могао би бити и рана афективна веза детета са мајком (или другом особом која брине о детету). Наиме, ова претпоставка проистекла је из обимне литературе која показује да мајке које показују

спремност да заједно са својом децом проживљавају било позитивне, било негативне емоције на тај начин олакшавају сигурну везаност детета (нпр. Laible & Thompson, 2000). Овакав однос мајке не доприноси само сигурној везаности детета, већ омогућава развој дететових капацитета за тачно препознавање емоција на основу фацијалне експресије. Истраживање Стила и сарадника (Steele, Steele, & Croft, 2008) потврђује постојање везе између ране афективне везаности детета и касније способности препознавања емоција на узрасту од 6 и 11 година (мада је на узрасту од 11 година ова веза нешто слабија). Резултати истраживања сугеришу да би афективна везаност могла утицати на усмеравање пажње на емоционалне стимулусе и њихово декодирање (Tucker & Anders, 1999; Feeney, Noller, & Callan, 1994). У складу са тим Ниденталова са сарадницима (Niedenthal, Brauer, Robin, & Innes-Ker, 2002) долази до резултата да испитаници код којих у афективној везаности доминира избегавање показују тенденцију минимизирања, односно избегавања декодирања емоционалних информација, док испитаници код којих доминира анксиозност показују високу емоционалну сензитивност. Истраживање Гутермана (Guterman, 2006, према Arango de Montis et al., 2013) такође показује да особе са несигурним обрасцем афективне везаности показују тешкоће у препознавању емоција. Једно од новијих истраживања којим су били обухваћени специјализанти психијатрије показује да је препознавање среће у позитивној корелацији са скором на скали *Поверење* упитника ASQ (Attachment Style Questionnaire, Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994), док је препознавање туге и изненађења у позитивној вези са скором на скали *Односи као секундарни* овог упитника (Arango de Montis et al., 2013).

1.5.3 Препознавање емоција на основу фацијалне експресије код особа оболелих од шизофреније

Поремећај афекта представља једну од главних карактеристика шизофреније. Могућност да код шизофрених пацијената нису само оштећени доживљај и експресија емоција, већ и способност препознавања емоција заинтересовала је многе ауторе. У највећем броју истраживања испитивана је способност препознавања емоција на основу визуелног и аудитивног стимулуса, при чему су чести методолошки недостаци допринели немогућности интеграције налаза (Edwardsa et al., 2002). Студије показују да су особе оболеле од шизофреније мање успешне у препознавању емоција на основу фацијалне експресије, у односу на здраву популацију. Постоје две претпоставке о узроку ове неуспешности. Поједини аутори сматрају да је проблем у интеграцији

информација, док је друга група аутора мишљења да се проблем јавља у почетној фази која подразумева анализу појединих црта лица (Sosa et al., 2011).

Први преглед резултата истраживања на ову тему спровео је Морисон са сарадницима (Morrison, Bellack, & Mueser, 1988) напомињући да скоро сва истраживања долазе до резултата који указују на дефицит у препознавању емоција код схизофрених пацијената. Међутим, аутори подвлаче да не постоји консензус о природи тог дефицита, што је заправо последица методолошке разноликости, али и методолошких пропуста појединих истраживања. Мета-анализом радова објављених у периоду од 1974. до 1996. године Мандал са сарадницима (Mandal, Pandey, & Prasad, 1998) добија следеће резултате – већина радова указује на дефицит схизофрених у препознавању базичних емоција; особе у акутној фази болести су мање успешне у препознавању емоција у односу на пацијенте у ремисији; особе оболеле од параноидне схизофреније су успешнији у препознавању емоција у односу на остале подгрупе схизофрених пацијената. Када је реч о врсти емоције, хронични пацијенти су показивали нижу прецизност у препознавању негативних у односу на позитивне емоције.

Међутим, методолошка питања истраживања на ову тему остају актуелна и више година након првог прегледа резултата. Спроведећи анализу резултата истраживања Едвардс и сарадници (Edwards et al., 2002) напомињу да без обзира на велики број истраживања основно питање које се тиче емоционалног дефицита схизофрених пацијената остаје без одговора. Ово је последица методолошких ограничења истраживања како по питању избора испитаника тако и по питању стимулус материјала и форме давања одговора. У још једној анализи резултата објављених радова Чен и сарадници (Chan, Li, Cheung, & Gong, 2010) такође указују на значај методолошке разноликости радова, при чему већина резултата указује на нижу успешност схизофрених у препознавању и разликовању емоција, са доприносом дужине болести и присуства негативних симптома на неуспешност испитаника. И ови аутори истичу значај стимулус материјала и форме давања одговора, са напоменом да у истраживањима у којима је коришћена дихотомна форма одговора схизофрени не показују нижи учинак, који је присутан уколико се од испитаника захтева избор између више понуђених алтернатива (нпр. 6 или 7). Анализом 86 радова на тему перцепције фацијалне експресије емоција схизофрених пацијената Колер са сарадницима (Kohler, Walker, Martin, Healey, & Moberg, 2009) долази до следећих резултата – способност идентификације и диференцијације фацијалне експресије емоција, при чему

идентификација подразумева одабир једне од понуђених емоција која одговара приказаној емоцији, док диференцијација подразумева разликовање интензитета емоција, код схизофрених је оштећена у односу на здраве испитанике; фактори који се тичу болести, а утичу на способност идентификације и диференцијације фацијалне експресије су тренутна хоспитализација, делимично клинички симптоми и третман антипсихотицима (при чему антипсихотици повећавају учинак), док се број хоспитализација и дужина трајања болести нису показали значајним. Један од објашњења нижег учинка схизофрених на овим задацима, које наводе аутори, јесте тенденција схизофрених да врше визуелну инспекцију црта лица које нису значајне за експресију конкретне емоције, што се показало у истраживањима која су користила компјутеризовану процедуру.

Када је реч о успешности препознавања појединих емоција, немали број истраживача поредио је успешност схизофрених и здравих испитаника у препознавању базичних емоција. У већ поменутом раду Едвардса и сарадника (Edwardsa et al., 2002) као најтежа емоција за препознавање од стране схизофрених пацијената наводи се страх. У једном од истраживања упоређиван је учинак схизофрених пацијената у ремисији и здравих испитаника у препознавању емоције на основу фотографија које су презентовале експресије средњег и високог интензитета емоције страха, туге, љутње, гађења и неутралних лица. Закључак аутора је да су схизофрени испитаници мање успешни у препознавању емоција, нарочито страха и гађења, да повећање интензитета презентоване емоције мање доприноси успешности препознавања емоција, као и да неутралним лицима чешће приписују негативне емоције, за разлику од здравих испитаника (Kohler et al., 2003). На тешкоће у препознавању страха на основу фацијалне експресије од стране схизофрених указују и резултати истраживања вант Воутове и сарадника (van't Wout et al., 2007). О другачијим резултатима извештавају Бедио и сарадници (Bediou, Franck et al., 2005) наводећи да су, у односу на здраве испитанике, схизофрени испитаници мање успешни у препознавању туге и љутње, док међугрупне разлике не постоје када су у питању срећа, страх и одвратност. Међутим, већ у следећем истраживању исти аутор долази до резултата који указују на нижу успешност схизофрених у препознавању гађења и страха (Bediou, Krolak-Salmon et al., 2005). Још неки од налаза истраживања показују да и особе под ризиком од оболевања од схизофреније имају нижи учинак у препознавању појединих емоција у односу на здраве испитанике, као и да код оболелих успешност у препознавању опада са напретком болести (Kucharska-Pietura, David, Masiak, & Phillips 2005; Lee et al., 2013).

Ипак, сва истраживања не потврђују разлике. На пример у истраживању Померол-Клотета и сарадника (Pomarol-Clotet et al., 2010) у коме су учествовали релативно интелектуално очувани схизофрени испитаници нису добијене значајне разлике у успешности препознавања емоција на основу фацијалне експресије између оболелих и здравих испитаника.

У Табели 1 приказани су резултати студија које су се бавиле испитивањем способности идентификације специфичних емоција код схизофрених пацијената на основу фацијалне експресије. Неки од приказаних резултата су већ поменути, али су због прегледности приказани у табели.

Табела 1. Резултати истраживања која су се бавила испитивањем способности идентификације специфичних емоција код схизофрених

Истраживање	бр.испитаника (сцх/кон)	Емоције					
		Љутња	Одвратност	Страх	Срећа	Туга	Изнанађење
Gur et al. (2002)	14/14	N	N	N	N	N	
Kohler et al. (2003)	28/61	N	D	D	N	N	
Sachs et al., 2004	40/43				N	N	
Bediou, Franck et al. 2005	30/30	D	N	N	N	D	
Bediou, Krolak-Salmon et al. 2005	29/20		D	D	N		
Brüne, 2006	23/18	D	D	D	N	D	D
Kucharska-Pietura et al. 2005	100/50	D	D	D	D	D	D
Bigelow et al. 2006	20/14	D	N	D	D	N	N
Chambon et al. 2006	20/18	D	D	D	D	D	
Schneider et al. 2006	20/20	D		D	D	D	
Bediou et al. 2007	40/26	D	D	D	D		
Namiki et al. 2007	20/20	D	D	N	N	D	D
van't Wout et al. 2007	37/41	N	N	D	N		
Hall et al. 2008	24/24	N	N	D	N	N	N
Johnston et al. 2008	19/19			D			D
Tsoi et al. 2008	25/25			N	D	N	
Derntl et al. 2009	24/24	D	D	D	D	D	
Hofer et al. 2009	40/40	N	D	N	D	D	D
Reske et al. 2009	18/18				N	N	

Легенда: сцх – схизофрени испитаници, кон – контролна група, D – нижа успешност схизофрених испитаника у препознавању конкретне емоције, N – нису утвђене разлике у препознавању конкретне емоције између схизофрених испитаника и контролне групе
Извор: Pomarol-Clotet et al., 2010.

Када је реч о параноидној схизофренији, утврђено је да у поређењу са осталим формама схизофреније, ова форма схизофреније подразумева мањи дефицит у препознавању емоција на основу фацијалне експресије, који се детектује приликом

поређења учинка оболелих са учинком здравих испитаника (Davis & Gibson, 2000; Huang, Hsiao, Hwu & Howng, 2013). При томе, резултати истраживања Хуанга и сарадника (Huang et al., 2013) показују да су особе оболеле од параноидне шизофреније мање успешне у препознавању позираних емоција, док је у случају спонтаних емоција ова група била успешнија у односу на здраве испитанике. Скорашње истраживање којим су биле обухваћене две групе шизофрених испитаника одређене према актуелној присутности/одсутности параноидне идеације у тренутку тестирања, показује да разлике постоје само у случају презентовања неутралних лица, при чему су актуелно параноидни пацијенти показивали већу грешку идентификације неутралних лица као израза љутње (Pinkham, Brensinger, Kohler, Gur, & Gur, 2011). Коначно Јуа и сарадници (Yu et al., 2012) извештавају о резултатима који указују да је препознавање презира и гађења у негативној корелацији са негативним симптомима, препознавање страха је у позитивној корелацији са позитивним симптомима, док је тачност препознавања изненађења негативно повезана са генералним психопатолошким скором.

Познато је да жене оболеле од шизофреније показују виши ниво социјалне функционалности у односу на оболеле мушкарце (Thorup et al., 2007, Usall et al., 2002). Могло би се рећи да препознавање фацијалних сигнала има круцијалну улогу у комуникацији и интеракцији, што је навело истраживаче да разлоге вишег нивоа социјалне функционалност жена потраже у домену препознавања емоција. Већина истраживања указује на већу успешност жена оболелих од шизофреније у препознавању емоција у односу на оболеле мушкарце, при чему се у појединим истраживањима учинак жена на задацима приближавао учинку контролне групе здравих испитаника (Erol, Putgul, Kosger, & Ersoy, 2013; Scholten, Aleman, Montagne, & Kahn, 2005; Weiss et al., 2007). Интересантно је да је Вајс са сарадницима (Weiss et al., 2007) дошао до резултата који указују да разлике између оболелих мушкараца и жена постоје и у обрасцу давања погрешних одговора. Наиме, шизофрени мушкарци су неутрална лица чешће препознавали као лица са експресијом љутње, док су жене чешће мешале неутрална лица са експресијом туге.

1.5.4 Препознавање емоција и теорија ума

Препознавање емоција представља способност извођења закључка о емоционалном стању друге особе на основу израза лица и/или гласа, док теорија ума представља способност ментализације психичког стања друге особе. Само одређења ових процеса указују на њихову делимичну подударност. Може се рећи да опажање

лица, разликовање лица мајке од непознатих лица, као и препознавање емоција на основу фацијалне експресије представљају кључне факторе развоја перцептуалне компоненте теорије ума (Korkmaz, 2011). Међутим, веза између препознавања емоција и теорије ума се доводи у питање. Поједини аутори напомињу да су у питању блиско повезани феномени, јер препознавање менталног стања друге особе, подразумева и процену емоционалног стања те особе, као и сопствену емоционалну реакцију на друге (Ochner, 2008). Разматрајући концептуализације социјалне когниције Миер са сарадницима (Mier et al., 2010) наводи да би се, на основу одређења социјалне когниције, могло рећи да препознавање емоција представља саставни део теорије ума. Препознавање емоција представља први корак у препознавању менталних стања друге особе (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). Из онтогенетске перспективе показало се да се способност препознавања емоција јавља пре способности атрибуције уверења других људи (Saxe, Carey, & Kanwisher, 2004). Осим тога, резултати појединих студија потврђују постојање везе између ових феномена (Brüne, 2005b; Buitelaar & van der Wees, 1997; Dyck, Piek, Hay, Smith, & Hallmayer, 2006). Налази су у складу са моделом који је понудио Коричели (Coricelli, 2005), који одређује теорију ума као композит два процеса: први је аутоматски процес и подразумева препознавање емоција, емоционалну заразу и препознавање акција; док други процес представља свесно тестирање хипотеза, што као резултат има одлуку о намерама друге особе. Ова веза утврђена је и у истраживању Миера и сарадника (Mier et al., 2010) у коме се показало да постоји преклапање у можданој активности током решавања задатака препознавања емоција и задатака препознавања намера проистеклих из емоционалног стања особе. У истраживању Баезове и сарадника, којим су биле обухваћене особе са граничним поремећајем личности, утврђено је да препознавање емоција представља значајан предиктор успешности решавања задатака намењених процени теорије ума (Baez et al., 2014). Међутим, поједина истраживања, нарочито истраживања спроведена на клиничкој популацији, не сведоче о постојању ове везе. На пример упоређујући повезаност ових феномена код особа са повредом мозга (у питању су лезије различите локализације) и контролне групе, Хенријева са сарадницима (Henry, Phillips, Crawford, Ietswaart, & Summers, 2006) долази до резултата који показују да је препознавање емоција на основу фацијалне експресије и успешност на задацима теорије ума у позитивној корелацији када су у питању испитаници из контролне групе. Међутим, ова веза није утврђена код испитаника са можданим повредама. Интересантно је да је Брине (Brüne, 2005b) приликом испитивања повезаности

препознавања емоција и теорије ума утврдио да нема корелације између ових аспеката социјалне когниције на подзорку схизофрених испитаника, док је на подзорку здравих ова веза регистрована. Приликом разматрања овог налаза треба узети у обзир тврњу Фрита и Фритове (Frith & Frith, 1999, 2001) о различитим функционалним неуронским мрежама задуженим за препознавање емоција и за теорију ума, који би у случају схизофреније могле бити неједнако угрожене. Ипак, Брине напомиње да повезаност теорије ума и осталих аспеката социјалне когниције није довољно испитана, па самим тим остаје недовољно јасна (Brüne, 2005a). У истраживању Ачавалове и сарадника (de Achával et al., 2010), у коме је, између осталог, испитивана веза између ових феномена, добијени су резултати који указују на постојање ове везе на подзорку здравих испитаника и подзорку најближих сродника особа оболелих од схизофреније, док и у овом истраживању, веза на подзорку схизофрених испитаника такође није пронађена. Међутим, резултати скорашњег истраживања Лисакера и сарадника (Lysaker et al., 2014) указују да постоји повезаност између теорије ума и препознавања емоција на основу фацијалне експресије, тачније корелација је утврђена између учинка на примењеним тестовима за процену теорије ума и учинка на задатку препознавања емоција на основу фацијалне експресије. Аутори претпостављају да би дефицит у препознавању емоција могао водити особу у социјално повлачење и дистанцу у односу на друге људе, што би негативно утицало на остале аспекте социјалне когниције. Неконзистентност резултата наведених истраживања упућује на потребу за даљим истраживањима ове теме, која би понудила објашњење за добијене разлике у резултатима.

1.6 ТЕОРИЈА УМА И АФЕКТИВНА ВЕЗАНОСТ

1.6.1 Афективна везаност

Појам афективне везаности у психологију је увео енглески психоаналитичар Џон Болби како би описао специфичан однос који се успоставља између детета и одрасле особе која брине о детету, најчешће мајке, при чему је основна функција те везе добијање заштите од одраслих (Bowlby, 1907-1990, према Стефановић-Станојевић, 2006). Болби је испитивао последице сепарације и депривације код хоспитализоване деце и закључио да постоје релативно трајни ефекти хоспитализације на понашање детета, односно да је рано искуство веома значајно за развој детета. Детету је неопходно да у раном искуству има интиман и трајан однос са особом која брине о њему, однос у коме обе стране уживају (Bowlby, 1951, према Ханак, 2004)

Потреба за контактом, према теоретичарима афективне везаности, представља примарну људску потребу, коју дете скоро одмах након рођења испољава на различите начине – плачом, осмехом, гукањем итд. Ово понашање, поред обезбеђивања заштите, омогућава детету да научи различите, неопходне вештине преживљавања од особе која брине о њему (Bowlby, 1969/1989, према de Ruiter & Van Ijzendoorn, 1993).

Зависно од тога на који начин особа која брине о детету одговара на дететову потребу за контактом, дете ће формирати одређену слику о себи и о другима. Уколико мајка одговара на потребе детета и испуњава дететова очекивања, дете ће формирати слику о себи као о бићу вредном љубави и пажње и слику о мајци као о поузданој особи на коју се може ослонити. Уколико потребе детета остану незадовољене, долази до формирања слике о себи као о мање вредном бићу, које не заслужује пажњу и слике о мајци као непоузданој особи (Стефановић Станојевић, 2002). Дакле, кроз однос детета и особе која брине о њему, формирају се радни модели селфа и значајних других, који садрже уверења и очекивања о томе како функционишу односи и шта особа може да добије од односа афективне везаности (Bowlby, 1981, према Ханак, 2004). Образац афективног везивања представља операционализацију компоненти радног модела везивања, што би значило да различите интеракције старатељ-дете имају различите исходе. Истраживачи и теоретичари понудили су категоризацију тих исхода, при чему су две главне категорије сигурни и несигурни образац афективног везивања (Половина, 2005).

Болби (Bowlby, 1973) је сматрао да само старатељи који су осетљиви на дететове потребе обезбеђују формирање обрасца сигурне афективне везаности. Обезбеђивањем „сигурне базе“ неговатељ обезбеђује детету да током одрастања истражује спољашњи свет, сходно томе рано везивање има значајан утицај на социо-емоционални и когнитивни развој детета (Ма, 2006). Дакле, децу која траже и добијају заштиту и пријатност када су узнемирена, која су свесна да имају подршку и да је особа која брине о њима доступна, која показују самопоуздано понашање карактерише квалитет сигурности. Међутим, када понашање афективног везивања наиђе на одбацивање или непредвидивост, формира се несигурни квалитет (Bowlby, 1969, према Стефановић-Станојевић, 2004). Болби (Bowlby, 1988) је претпоставио да су ови унутрашњи модели релативно стабилни и одређују наше релације у одраслом добу. Они имају дугорочне ефекте на различите домене – домен развоја личности, менталног здравља и домен односа (Ханак, 2004).

Мери Ејнсворт (Ainsworth, 1991, према Стефановић-Станојевић, 2004) преузела је Болбијеве моделе афективне везаности, експериментално их је потврдила и развила. Ејсвортова разликује три модела афективног везивања: Тип А или несигурна/избегавајућа афективна везаност, тип Б или сигурна афективна везаност, тип Ц или несигурна/амбивалентна афективна везаност. Овој класификацији касније је додат и четврти образац Д – несигурно/дезорјентисани (Ainsworth & Eichberg, 1989, 1991; према Стефановић-Станојевић, 2004).

Тип А или несигурно/избегавајућа афективна везаност последица је константне нереспонзивности мајке на потребе детета. Мајка може водити бригу о детету на одређени начин, међутим, тај начин није у складу са емоцијама и сигнаlima које долазе од детета. Дете које одраста уз овакву мајку развија слику о себи као о бићу које није вредно пажње и слику о свету као несигурном месту. Сходно томе дете временом постаје затворено и дистанцирано.

Тип Б или сигурна афективна везаност настаје уз доследно респонзивну мајку, која је осетљива на дететове потребе и приступачна. Захваљујући оваквом понашању мајке, дете развија слику о себи као о бићу вредном пажње и свету као месту које је сигурно и удобно.

Тип Ц или несигурна/амбивалентна афективна везаност настаје у односу у коме су мајке недоследно доступне. Мајке селективно реагује на дететове сигнале. Унутрашњи радни модел ће у овом случају бити заснован на борби на коју дете пристаје како би себи обезбедило макар мало мајчине пажње. Дете уплашено да ће изгубити мајку, сву своју енергију улаже у тумачење понашања мајке, самим тим је појачано надгледа и контролише. Окупирано мајком дете остаје мање заинтересовано за експлорацију средине. Временом дете почиње да шаље управо оне сигнале на које мајка реагује, односно постаје онакво какво је потребно мајци. Сходно емоционалној инвестицији, слика других је позитивна, док је слика о себи негативна.

Тип Д или дезорганизовано/дезорјентисани – ова категорија је накнадно издвојена, услед немогућности категоризације неке деце ни у једну од постојећих категорија. Мајке деце са овим типом афективне везаности су углавном особе са психичким проблемима, које нису у стању да детету понуде смислену стратегију решавања проблема. Самим тим деца су преплављена анксиозношћу и избегавањем без адаптивне стратегије решавања проблема. Деце формирају негативну слику себе и свету (према Стефановић-Станојевић, 2004, 2006). Треба напоменути да већина предшколске деце, чије је понашање везивања током раног детињства одговарало

дезорганизованом обрасцу, развија контролишући став према својим неговатељима (родитељима). Постоје две форме контролишућег понашања везивања – контролишући-кажњавајуће понашање и контролишући-негујуће понашање. Кажњавајуће понашање подразумева покушаје детета да кроз хостилно или суптилно понижавајуће понашање према родитељима задржи пажњу родитеља. Дакле, дете користи разне облике „ауторитарног“ понашања које могу подразумевати вербалне претње, командовање, па чак и испољавање физичке агресије према родитељу. Контролишући-негујуће понашање подразумева да дете у покушају одржања пажње и ангажованости родитеља испољава облике понашања чије је циљ удовољити родитељу кроз забаву, усмеравање или одобравање. Њихова комуникација са родитељима одвија се у емоционално позитивном маниру (Hennighausen & Lyons-Ruth, 2007). Овај контролишући однос са родитељима омогућава детету да организује искуство са родитељима, али по цену инверзије извора неге и казне. Још једна стратегија за ограничење активације унутрашњих радних модела и дисоцијативног процеса је на располагању детету, а то је инхибиција потребе за везивањем. Таква инхибиција карактеристична је за избегавајући образац афективне везаности. Стога не изненађује што лонгитудиналне студије показују да висок проценат деце који припада Д типу ране афективне везаности, касније, у одраслом добу одговара избегавајућем обрасцу везаности (Main, Hesse, & Kaplan, 2005, према Liotti & Gumley, 2008). По свему судећи, дезорганизовано/дезоријентисани рани образац афективне везаности води најчешће у избегавајући или дезорганизовани образац афективне везаности у одраслом добу.

Област афективне везаности одраслих дуго је био занемаривана због веће заинтересованости истраживача за дечију афективну везаност. Интересовање за ову област почиње да расте тек осамдесетих година прошлог века. Унутрашњи модели стечени у раном детињству свакако утичу на наша будућа понашања и осећања, уз могућност измене ових модела сходно развојним променама или променама животних околности. Током адолесценције и одраслог доба друге особе постају извори тражене сигурности и емоционалне подршке – најчешће пријатељи и емоционални партнери. Према Мери Ејнсворт (Ainsworth, 1991, према Стефановић-Станојевић, 2004) карактеристика система афективног везивања одраслих у односу на дечији систем афективног везивања јесте реципрочност, што би значило да је сваки партнер, у одраслом систему афективних веза, истовремено и пружалац и прималац пажње и подршке. Партнер постаје фигура афективне везаности у оној мери у којој остварује три значајне функције – колико представља мету тражене близине током изложености

стресним догађајима и јављања потребе, при чему одвајање од ове особе изазива протест и тежњу поновног „окупљања“; у којој мери особа представља уточиште, јер обезбеђује подршку, сигурност и заштиту у стресним ситуацијама; у којој мери особа представља сигурну базу, омогућавајући другој особи да следи сопствене циљеве, да истражује околину, преузима ризик и развија се (Ainsworth, 1991; Hazan & Shaver, 1994; Hazan & Zeifman, 1994, према Shaver & Mikulincer, 2009). Постоје три извора развоја афективне везаности одраслих – 1. рана афективна везаност са родитељима 2 . искуство у романтичним везама, са вршњацима, као и сам модел родитељског брака и 3. тренутна емоционална веза (Dozier, Stovall-McClough, & Albus, 2008). Повезаност образаца афективне везаности формираних на основу односа са родитељима и образаца афективне везаности у партнерским односима потврђена је и у истраживању Стефановић-Станојевићеве (2002). Анализом подузорака у којима није пронађена ова веза, ауторка долази до закључка да постоје најмање две ситуације које доводе до промене унутрашњег радног модела формираног у односу са родитељима – ситуација каснијег, дуготрајног деловања квалитативно другачијег модела и ситуација деловања трауматичних околности на појединца. Резултати овог истраживања указују да је сигурни образац партнерске везаности присутан код 52,3% испитаника, окупирани тип код 24,4% испитаника, избегавајући код 18,3 и бојажљиви код 5% испитаника.

Одрасли који имају избегавајући образац афективне везаности избегавају блискост са другим људима. То су круте личности које нису у стању да дају оно што ни саме нису добијале. Позитивна слика о себи нагони ове људе да се инвестирају само у себе, или у оно што их неће изневерити, а то нису други људи, већ материјалне ствари и постигнућа. Сliku о другима карактерише неповерење и омаловажавање. Везе су им ретке, без великих очекивања и површне.

Код особа које имају сигурни образац доминира осећање прихваћености. То су самопоуздане личности отворене за животне ризике, са капацитетом да изађу на крај са животним тешкоћама. Оне уживају у својој аутономији и истовремено остварују задовољавајуће односе са другима. Топлина, поверење и поштовање карактерише њихове односе. У везама се осећају добро и имају поверења у друге људе.

Одрасли који имају амбивалентни образац испољавају зависност и везаност за друге. То су несигурне и „лепљиве“ особе, које се претерано укључују у афективни однос. У односу са другима карактерише их нереаговање када је потребно или претерано укључивање онда када други то не желе. У литератури се овакав образац

најчешће зове преокупирани (Freeney & Noller, 2004, према Stefanović Stanojević & Nedeljković, 2009).

Када је реч о дезорганизованом обрасцу везаности одраслих, овај образац се у литератури најчешће назива бојажљивим образцем. Особе које припадају овом образцу показују претерану зависност у односу на друге људе, што произилази из потребе да потврде сопствену вредност кроз однос са другима. Међутим, истовремено показују избегавање блискости, због негативних очекивања која се тичу губитка и одбацивања. Дакле, они истовремено траже блискост и дистанцу са другима. Склоне су појачаној контроли и везивању, мада су њихова контрола и брига другачије у односу на понашање које се среће код окупираног обрасца афективне везаности. Ова контрола покушај је осигуравања од ирационалних страхова, најчешће без адекватног повода. Њихова дезорганизованост и конфузија долазе до изражаја у стресним ситуацијама за које немају стратегије превазилажења. Везе су им хаотичне и ретке. У односима са другима понашају се ирационално (Адамовић, 2012; Стефановић Станојевић, 2011; Stefanović Stanojević & Nedeljković, 2009).

1.6.2 Афективна везаност и поремећаји психичког живота

Студије показују да дезорганизовани образац ране афективне везаности представља учесталу антецедентну варијаблу како развојне психопатологије (van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999), тако и психопатолошких испољавања одраслих (Dozier et al., 2008 ; Levy, 2005)

Сигурни, избегавајући и амбивалентни образац афективне везаности спадају у организоване образце. Међутим, одређени број деце, мада је тај број мали (15 %, према Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), не успе да развије било који организован или кохерентни образац, тако да је у том случају реч о дезорганизованом образцу. Суштина дезорганизованог обрасца лежи у „сукобу“ два система – система за везивање и одбрамбеног система. Ова два система у већини случајева функционишу хармонично, међутим, код ове деце су у сукобу јер је особа која брине о детету истовремено *извор* и *решење* за страх (Liotti & Gumley, 2008). Наиме, старатеље ове деце може поред агресивног понашања према детету, карактерисати и страх или дезорганизовани облици понашања (Schuengel et al., 1999, према Liotti & Gumley, 2008). У таквим околностима, у којима уплашен родитељ онемогућава детету да утврди да се налази у безбедном окружењу или агресиван родитељ изазива страх код детета од фигуре која треба да му буде уточиште, дете се доводи у дилему која се назива *страхом*

без решења, што подразумева истовремено присуство жеље за родитељском близином и ужасавања од ове близине (Стефановић Станојевић, 2011). Самим тим ова деца су „ухваћена у замку“ – њихов одбрамбени систем их мотивише да побегну од застрашујућег старатеља, док их истовремено систем за везивање мотивише да се „приближе“ свом старатељу (Liotti & Gumley, 2008). Може се десити да чак и „нормални“ родитељи са неразрешеним губитком, манифестују, мада не својом вољом, понашање које плаши дете. Сећање на губитак фигуре везивања код ових родитеља изазива страх повезан са губитком, који даље плаши дете, јер дете не разуме узрок појаве страха родитеља (Main & Hesse, 1990). Ово потврђују резултати истраживања Шунгела и сарадника (Schuengel, Bakermans-Kranenburg & van Uzendoorn, 1999) који указују да манифестације страха код мајке представља предиктор дезорганизованог типа афективне везаности детета, без обзира на образац афективне везаности мајке.

Уколико родитељ представља огледало у коме се огледа дете у циљу разумевања сопствених поступака, дезорганизовано дете се гледа у огледало сломљено у парампарчад (Стефановић Станојевић, 2011). Захваљујући свему томе дете манифестује необичне, бизарне облике понашања. Унутрашњи радни модел селфа и других је фрагментисан и инкохерентан. Ови модели су до те мере контрадикторни и инкомпатибилни да их је скоро немогуће интегрисати (Liotti, 2011; Liotti & Gumley, 2008). Дезорганизовани образац доприноси склоности особе да на касније трауме реагује дисоцијацијом и фрагментацијом доживљаја себе (Liotti, 2004).

Мета-анализом радова који су се бавили дезорганизованом афективном везаношћу, Ван Ијзендорн и сарадници (Van IJzendoorn et al., 1999) долазе до резултата који указују да дезорганизована афективна везаност представља предиктор проблема у управљању стресом и развоја екстернализујућих поремећаја код деце, као и тенденције манифестације дисоцијативног понашања током живота. У „нормалним“ породицама које припадају средњој класи, око 15% деце развије дезорганизовани образац док у клиничким групама овај проценат може бити и два или три пута већи. Хесе и Мејнова (Hesse & Main, 2000) извештавају да Д тип ране афективне везаности предвиђа манифестацију агресивног понашања и дисоцијативних поремећаја током детињства и адолесценције, док се одрасли са дезорганизованим обрасцем афективне везаности често срећу у групи психијатријских болесника и криминалаца.

Испитивајући особе оболеле од биполарног поремећаја, схизоафективног поремећаја и шизофреније Дозиер и Ли (Dozier & Lee, 1995) извештавају да велики проценат оболелих припада категорији дезоријентисано/дезорганизованој везаности.

Лиоти (Liotti, 2000, prema Levy, 2005) је претпоставио да Д тип ране афективне везаности представља основу да се у одраслом добу манифестује понашање које одговара граничном поремећају личности. Холмс (Holmes, 2003, 2004) такође повезује дезорганизовани образац афективне везаности са овим поремећајем личности, наводећи да и дезорганизовану афективну везаност и гранични поремећај личности можемо разумети као дилему приближавања-избегавања, насталу уз трауматизујућег родитеља, што за последицу има постојање тешкоће у доживљају себе уз честе појаве неконтролисаних „излива“ емоција, при чему је вербализација емоција отежана. Прегледом резултата истраживања Леви (Levy, 2005) закључује да дезорганизовани тип раног афективног везивања може представљати један, мада не и једини, од механизма захваљујући коме рана траума за последицу има адаптациону вулнерабилност, која даље води у гранични поремећај личности. Дезорганизовани образац афективног везивања се често среће и код осталих психичких поремећаја, као што су анксиозни поремећаји (Fonagy et al., 1996). посттрауматски стресни поремећај (McDonald et al., 2008; Stovall-McClough & Cloitre, 2006), код избегавајућег поремећаја личности (Nakash-Eisikovits, Dutra, & Westen, 2002). Последице Д типа ране афективне везаности су и тешкоће у контроли агресивних импулса (Lyons-Ruth, 1996), немогућност контроле афеката (Conklin, Bradley, & Westen, 2006), смањена способност ментализације (Fonagy & Bateman, 2006).

Лиоти и Гамли (Liotti & Gumley, 2008) наглашавају значај дезорганизованог обрасца ране афективне везаности за развој шизофреније. Наиме, истраживања су показала да је сигурност афективне везаности компромитована код оболелих од шизофреније (Dozier & Lee, 1995; Dozier, Lomax, Tyrrell, & Lee, 2001). Међутим, специфичности развојног пута који „воде“ у шизофренију остају недовољно јасни. Лиоти и Гамли (Liotti & Gumley, 2008) предлажу модел којим кроз дезорганизовани образац ране афективне везаности, схизотипију као карактеристику темперамента и дефицит у ментализацији објашњава појаву симптома шизофреније. Наиме, веза између дезорганизованог обрасца ране афективне везаности и шизофреније посредована је склоношћу да се у стресним и трауматичним ситуацијама реагује дисоцијацијом која представља основу вишеструког, фрагментисаног и отуђеног селфа и других репрезентација. Искуство и интерперсоналне ефекте дисоцијативних одговора додатно компликује фрагилна и ограничена способност ментализације, која је осетљива на дестабилишући утицај негативних афеката изазваних стресним догађајем. Овакве околности које подразумевају дисоцијативне менталне операције, недостатак

способности ментализације и пре свега негативну интерперсоналну схему која припада дезорганизованом обрасцу ране афективне везаности су одговарајуће за појаву позитивних симптома. Због недостатка рефлексивних функција ове особе нису у стању да критички приступе различитим менталним садржајима које карактерише непријатељство, грандиозност или беспомоћност. Афективно стање пацијената карактерише страх без решења који је примарно обележје дезорганизованог обрасца.

Испитујући афективну везаност особа оболелих од психоза, истраживачи долазе до резултата који указују да је најзаступљенији образац афективне везаности избегавајући образац – од 48% до 71% заступљености у односу на 27% заступљености код здравих испитаника; преокупирани образац срећемо у распону од 12 и 20%, а сигурни од 27 до 32% (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Gumley et al., 2014; MacBeth, Gumley, Schwannauer, & Fisher, 2011). Само две студије извештавају о заступљености дезорганизованог обрасца везаности код оболелих од психоза. Код ових испитаника пронађена је висока заступљеност дезорганизованог обрасца афективне везаности – од 29 до 35% (Gumley et al., 2014; MacBeth et al., 2011).

Као одговор на питање о томе који процеси повезују афективну везаност и психозе формулисане су многе претпоставке. Хардерова (Harder, 2014) наводи три процеса укључена у везу између избегавајућег обрасца и психоза – деактивација афекта, оштећена ментализација и екстернализујуће стратегије регулације афекта. Деактивација афекта се повезује са негативним симптомима. Наиме, афективна заравњеност, анхедонија и емоционално и социјално повлачење могу бити резултат интензивних процеса деактивације афекта у оквиру избегавајућег обрасца. Већ је било речи о смањеној способности ментализације код психоза, нарочито у случају схизофреније. Резултати истраживање Гамлеја и сарадника (Gumley et al., 2014) указују да је овај недостатак озбиљнији код оболелих са избегавајућим обрасцем афективне везаности, уз напомену да у овом истраживању није разматран дезорганизовани образац. Недостатак спонтаности и слаба укљученост у социјалне интеракције, који се срећу код оболелих од психоза, могу представљати производ интеракције између деактивације афекта и смањене способности ментализације. Екстернализујуће стратегије регулације афекта могу бити механизми који повезују избегавајући образац и позитивне симптоме психозе. Поред избегавајућег обрасца, дезорганизовани образац се најчешће среће код оболелих од психозе. Хардерова (Harder, 2014) наводи да веза између дезорганизованог обрасца и психотичних симптома још увек није довољно испитана, мада постоје налази који индиректно указују на могућу везу између

дезорганизованог обрасца и позитивних симптома. Ауторка као могуће процесе који чине основу ове везе наводи повећану осетљивост на стрес и дисоцијацију. Дисоцијација представља реакцију особе на стрес који није у стању да превазиђе, а сама реакција на стрес интензивирана је повећаном осетљивошћу на стрес. Већ је било речи о повезаности дисоцијативних механизма и дезорганизованог обрасца ране афективне везаности који и сам представља једну врсту дисоцијације (Van IJzendoorn et al., 1999; Liotti & Gumley, 2008). Дисоцијативни симптоми се срећу код психозе, а у истраживању ПТСП, утврђена је повезаност ових симптома и халуцинација (Varese, Barkus, & Bentall, 2012, према Nader, 2014), што све заједно указује на везу између дезорганизованог обрасца, повећане осетљивости на стрес, дисоцијације и психотичних симптома.

1.6.3 Однос афективне везаности и теорије ума

Квалитет односа детета и родитеља представља детерминанту дететове слике о себи и другима. Сагледавањем конструктора афективне везаности и теорије ума, не изненађује тенденција многих истраживача да објашњење и разумевање ментализације потраже у оном социјалном контексту, у оном односу у коме се први пут појављује дететово размишљање о себи и другима.

Фонаги и његови сарадници (Fonagy et al., 2003, према Liotti & Gumley, 2008; Fonagy, 2008; Fonagy & Bateman, 2008) тврде да различит концепти као што су теорија ума или метакогниција у суштини могу бити сведени на капацитет „рефлексије“ односно размишљања о искуству, што називају капацитетом за ментализацију или рефлексивна функција. Рефлексивна функција заправо представља квантификовани индекс ментализације повезане са афективном везаношћу, при чему ментализација представља капацитет разумевања да ментална стања представљају основу и омогућавају објашњење сопственог понашања и понашања других људи. Она подразумева тумачење људског понашања у терминима интенционалних менталних стања, као што су потребе, жеље, осећања, уверења, циљеви итд. Ментализација је кључна за организацију селфа, заједно са капацитетом за регулацију афекта и механизмима контроле пажње, који се сви заједно појављују у контексту односа између одојчета и особе која брине о њему. Може се рећи да дете открива ментална стања кроз процес огледајуће интеракције са особом која брине о њему. Наиме, дететове експресије и понашање показују родитељу шта је детету на уму, а родитељ затим то рефлектује назад детету, односно родитељ ствара репрезентацију дететовог менталног

стања у сопственом уму, а затим то „враћа“ детету кроз фацијалну експресију, речи, тон и гестикулацију. Дете интернализује ове репрезентације и захваљујући томе долази до формирања језгра селфа детета. На овај начин дете почиње да разуме сопствена осећања. Међутим, веома је важно да је родитељ у стању да обради дететова осећања пре „враћања“ детету, како би их дете, тако обрађена, па самим тим и мање узнемиравајућа, могло лакше интернализовати као репрезентацију начина на који се осећа. Конгруентно огледање омогућава одојчету да формира репрезентације другог реда примарних афективних стања, постави основе афективне регулације и капацитета да размишља у терминима менталних стања о сопственим мислима и уверењима и мислима и уверењима других људи. У контексту свега наведеног, јако је важно да родитељ третира дете као биће са сопственим умом, вољом и осећањима, јер у супротном разумевање ума постаје отежано у случају када дете не знам шта значи бити третиран као особа са умом.

Дакле, према Фонагију (Fonagy, 2008) везаност детета за значајне друге заправо представља контекст у коме се „појављује“ ментализација. Да би дошло до појаве ове рефлексивне функције, неопходна је сигурна везаност детета са мајком (или другом особом која брине о њему), јер у овом „сигурном контексту“ дете може релативно сигурно да „истражује“ ум друге особе, релативно сигурно у то да други гаје мало или нимало непријатељских намера. Захваљујући сигурној везаности код ове деце не долази до честе активација система везаности, што им повећава могућност „вежбања“ способности ментализације у контексту односа са родитељем.

Сигурни образац ране афективне везаности олакшава формирање кохерентних и организованих репрезентација односа, које, овако формиране, омогућавају детету да предвиди понашање особе која брине о њему. Веза које дете формира са родитељем нуди детету средства којима ће дете приступити и користити менталне репрезентације других, како би управљало сопственим понашањем (Ontai & Thompson, 2008). С друге стране несигурност у афективној вези водиће или у претерану активацију или у деактивацију ментализације, тачније мање стабилну ментализацију (Fonagy, 2008). О повезаности сигурног обрасца ране афективне везаности и ментализације сведоче резултати истраживања Фонагија и сарадника (Fonagy, Redfern, & Charman, 1997), који указују да код деце предшколског и млађег школског узраста сигурна везаност представља значајан предиктор успешности на задацима за процену теорије ума, чак и приликом контроле доприноса хронолошког, менталног узраста и социјалне зрелости.

С друге стране, траума у везивању је погубна, јер активира анксиозност и инхибира дете у развоју вештина ментализације. Може се рећи да су сигурна везаност и траума у везивању екстремни у односу везаности и ментализације. Траума у контексту афективне везаности доводи до озбиљних проблема. Овакве околности изазивају хиперактивацију система афективне везаности, што даље инхибира ментализацију. Наиме, родитељ који трауматизује дете подрива дететов капацитет за ментализацију, јер су у оваквим околностима ментална стања родитеља застрашујућа за дете, па тако за дете на пример, није сигурно да размишља о жељама, уколико препознаје да је жеља родитеља да му науди. Самим тим је за дете у таквој ситуацији боље да не мисли о менталним стањима родитеља. Међутим, са престанком размишљања о менталним стањима,

долази до губитка илузорног осећаја кохерентности селфа, што изазива осећај унутрашње фрагментисаности, са јаком потребом за екстернализацијом отуђених делова селфа, насталих интернализацијом родитељске фигуре са застрашујућим намерама. Дете у таквој ситуацији није у стању да користи модел других у циљу разумевања себе, што даље води у дифузност идентитета и дисоцијацију. Код особа са траумом у везивању, ментализација ће бити ослабљена хроничном активацијом система за везивање, високим нивоом будности и страхом од садржаја умова других особа. Самим тим, ове особе ће имати проблем у разумевању мисли и осећања других људи (Fonagy, 2008; Fonagy & Bateman, 2008).

Поједина истраживања потврђују значај сигурне афективне везаности детета за развој капацитета за ментализацију (нпр. Bouchard et al., 2008; McElwain & Volling, 2004). Међутим, треба напоменути да постоје истраживања која не потврђују постојање везе између сигурног обрасца и способности ментализације. У овим истраживањима се заправо показало да су описи менталних стања детета од стране мајке и конверзација између мајке и детета кључни за развој теорије ума, односно способност мајке да препозна ментална стања детета (Meins et al., 2002; Ontai & Thompson, 2008). Дакле, може се десити да је уочена, са сигурношћу афективне везе повезана, разлика у теорији ума, заправо последица неких других фактора који утичу на дететово разумевање ума друге особе. Меинсова са сарадницима (Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998) напомиње да разлог везе између афективне везаности и теорије ума лежи у склоности мајке, која је повезана са њеном сигурношћу у везивању, да третира одојче као особу са менталним стањима и интенционалним понашањем. У контексту ове претпоставке треба навести истраживање Фонагије и сарадника (Fonagy, Steele, Steele,

Higgitt, & Target, 1994, према Bouchard et al., 2008) у којем су добијени резултати који указују да мајке које су одрастале уз неадекватног родитеља и које, без обзира на то, показују висок ниво рефлексивне функције, одгајају сигурну децу, за разлику од мајки које су такође имале неадекватне однос са родитељем и које показују низак ниво рефлексивне функције. У случају мајки са ниским нивоом рефлексивне функције само једно од седамнаесторо деце је формирало сигурну афективну везу са мајком. Наведени резултати и бројна тумачења сведоче о комплексности односа између афективне везе и ментализације. Поводом комплексности ментализације и различитих налаза истраживања, између осталих и неуропсихолошких, Дајмодова и Кернберг закључују: „Концепт рефлексивне функције или ментализације је тешко дефинисати и локализовати, јер као и концепт идентитета или селфа, обухвата већи број повезаних неуронских кола или комплексних сетова преклапајућих неуронских мрежа, које својом активношћу генеришу рефлексивну функцију“ (Diamond & Kernberg, 2008, стр.239).

По свему судећи постоји веза између раног искуства, образаца афективног везивања и теорије ума, при чему не треба занемарити наведене доказе о значају ових фактора када је реч о психопатолошким испољавањима. Приликом разматрања схизофреније, која представља једну од најкомплекснијих психијатријских обољења, неопходно је поред неурокогнитивног објашњења, сагледати и развој интерперсоналног функционисања, односно не треба игнорисати основне емоционално-интерперсоналне путеве који могу водити у обољење. У вези са тим Болби (Bowlby, 1973, према Liotti & Gumley, 2008) напомиње да патолошки страхови одраслих, као и параноидни симптоми, сагледавањем искуства из детињства добијају смисао, па постају јасни и разумљиви, при чему постаје евидентно да ови симптоми представљају одговор, мада донекле искривљен, на искуства из прошлости.

2. ПРИКАЗ МЕТОДОЛОГИЈЕ ИСТРАЖИВАЊА

2.1 ПРОБЛЕМ ИСТРАЖИВАЊА

Теорија ума, као важан део социјалне когниције, била је предмет многих истраживања, која не само да су се бавила нормалним развојем теорије ума, већ је предмет ових истраживања често била теорија ума психички оболелих особа, нарочито оних који болују од тежих психичких поремећаја, чија етиологија и патогенеза, и поред година искуства стручњака у лечењу особа оболелих од ових болести, остају недовољно јасне (нпр. Baron-Cohen et al., 1997; Baron-Cohen et al., 1999; Frith & Happe, 1994; Harari et al., 2010; Hezel & McNally, 2014; Kerr et al., 2003; Ruffman et al., 1998; Shamay-Tsoory et al., 2005; Tomasello et al., 2005). Утврђено је да су поједини аспекти социјалне когниције, између осталих и теорија ума, компромитовани код оболелих од схизофреније, што је важан налаз у смислу корака ка бољем упознавању и разумевању ове тешке болести (нпр. Corcoran & Frith, 2003; Craig et al., 2004; Davis & Gibson, 2000; Frith & Happe, 1994; Frith, 2004; Huang et al., 2013; Lehmann et al., 2014; Montag et al., 2007; Montag et al., 2011).

У литератури се често сусрећемо са разматрањима значаја афективне везаности за развој теорије ума као и са доказима о повезаности ова два конструкта (нпр. Bouchard et al., 2008; Fonagy, 2008; McElwain & Volling, 2004). Ипак, ретка су она истраживања која се баве испитивањем везе између успешности на задацима намењеним процени теорије ума и афективне везаности код одраслих, нарочито одраслих са дијагнозом психичког поремећаја.

Овим истраживањем желели смо да испитамо постојање разлика у погледу изражености димензија и учесталости образаца афективне везаности и аспеката емпатије (емоционална емпатија и теорија ума) између психички здравих особа и особа оболелих од параноидне схизофреније. Поред тога, истраживање је усмерено на испитивање повезаности између наведених варијабли на оба подзорка, при чему ће на подзорку оболелих од параноидне схизофреније бити испитана и веза између поменутих варијабли и персекуторне идеације. Истраживањем смо такође настојали да одговоримо на питање „Да ли је на основу димензија афективне везаности и аспеката емпатије могуће предвидети припадност испитаника подзорку оболелих од параноидне схизофреније, односно подзорку психички здравих?“.

2.2 ЗНАЧАЈ ИСТРАЖИВАЊА

Прегледом домаће литературе, није пронађено ниједно емпиријско истраживање спроведено на нашим просторима које се бави испитивањем теорије ума психички оболелих особа.

Теорија ума представља саставни део емпатије, коју поред ове когнитивне компоненте чини и емоционална емпатија (саосећање). Наведени аспекти емпатије, неопходни за адекватне социјалне интеракције, представљају значајну област испитивања у случају схизофреније, чија клиничка слика подразумева између осталог и социјалну дисфункционалност, а нарочито код параноидне схизофреније чија је симптоматологија делом везана за садржај социјалних интеракција. Такође, мали број истраживања испитује везу између афективне везаности и теорије ума одраслих. Углавном су ова истраживања спроведена на узорку деце и њихових родитеља. Теоријски значај овог истраживања састоји се у бољем разумевању везе између афективне везаности, теорије ума и емоционалне емпатије, при чему се највећи допринос сагледава у обухватнијем приступу, који подразумева разматрање већег броја елемената, што може допринети детаљнијем упознавању конструката и њихових међусобних веза.

Очекује се да ће ово истраживање омогућити увид у то који су аспекти емпатије, схваћене као конструкт кога чине теорија ума и емоционална емпатија, највише угрожени у случају параноидне схизофреније, као и проверу постојања повезаности између афективне везаности и појединих аспеката емпатије. Све ово би могло бити од значаја за процес дијагностичке процене, која је до сада подразумевала само грубу процену социјалне функционалности оболелих од схизофреније. Поред тога, примена тестова, који до сада нису коришћени у истраживањима на нашим просторима, могла би, уколико се покаже да тестови добро диференцирају психички здраве особе и особе оболеле од параноидне схизофреније, подстаћи даљу валидацију и евентуалну стандардизацију тестова и допринети обогаћивању дијагностичке батерије тестова, која већ дуги низ година остаје релативно непромењена. Не треба занемарити ни могућност коришћења добијених резултата као практичних смерница у раду са пацијентима оболелим од параноидне схизофреније, нарочито у области побољшања социјалног функционисања ове групе пацијената.

2.3 ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Основни циљеви истраживања су:

1. Утврдити разлике у погледу афективне везаности и аспеката емпатије између психички здравих особа и особа оболелих од параноидне схизофреније.
2. Проверити да ли су димензије афективне везаности и аспекти емпатије повезани на оба подзорка. На подзорку оболелих од параноидне схизофреније испитати да ли постоји повезаност између аспеката емпатије и афективне везаности са једне стране и изражености персекуторне идеације са друге стране.
3. Утврдити допринос димензија афективне везаности, као и аспеката емпатије у предикцији вероватноће припадности испитаника подзорку оболелих од параноидне схизофреније односно подзорку психички здравих.

Полазећи од општих циљева, формулисано је неколико специфичних циљева:

1. Проверити да ли постоје разлике у изражености димензија афективне везаности, успешности на задацима намењеним процени когнитивне и афективне компоненте теорије ума и изражености емоционалне емпатије између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника.
2. Проверити да ли се испитивани подзорци разликују у броју испитаника који припадају обрасцу сигурне афективне везаности и групи образаца несигурне афективне везаности.
3. Проверити да ли су поједини аспекти емпатије (теорија ума – афективна и когнитивна компонента и емоционална емпатија) повезани са различитим димензијама афективне везаности на испитиваним подзорцима.
4. Проверити да ли су когнитивна и афективна компонента теорије ума повезане са емоционалном емпатијом како на подзорку оболелих од параноидне схизофреније, тако и на подзорку психички здравих.
5. Испитати могућност предикције вероватноће припадности испитаника подзорку оболелих од параноидне схизофреније, односно подзорку психички здравих на основу димензија афективне везаности.
6. Испитати могућност предикције вероватноће припадности испитаника подзорку оболелих од параноидне схизофреније, односно подзорку психички здравих на основу димензија афективне везаности.

здравих на основу изражености емоционалне емпатије и успешности испитаника на задацима намењеним процени теорије ума.

7. На подзорку оболелих од параноидне шизофреније проверити да ли постоји повезаност између персекуторне идеације и аспеката емпатије, као и да ли постоји повезаност између персекуторне идеације и димензија афективне везаности.

2.4 ХИПОТЕЗЕ

Наведени циљеви захтевају проверу следећих хипотеза:

1. *Претпоставља се да ће резултати указати на постојање статистички значајних разлика у изражености димензија афективне везаности између испитаника оболелих од параноидне шизофреније и психички здравих испитаника.*
2. *Очекује се да ће учесталост образаца афективне везаности бити различита на испитиваним подзорцима, односно да ће се подзорци разликовати по учесталости сигурног и несигурног обрасца.*

Очекивање разлика између испитиваних подзорка у димензијама и обрасцима афективне везаности проистекло је из налаза истраживања која су утврдила компромитованост сигурног обрасца афективне везаности код психички оболелих особа (Levy, 2005; McDonald et al., 2008; Stovall-McClough & Cloitre, 2006), па између осталог, и код шизофрених (Dozier & Lee, 1995; Dozier et al., 2001). Испитујући афективну везаност особа оболелих од психоза, истраживачи долазе до резултата који указују на највећу заступљеност избегавајућег обрасца у овој групи испитаника (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Gumley, Schwannauer et al., 2014; MacBeth et al., 2011). Поред тога дезорганизовани образац се често среће код многих психичких поремећаја (нпр. Levy, 2005; McDonald et al., 2008; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; Fonagy et al., 1996). Лиоти и Гамли (Liotti & Gumley, 2008) подвлаче значај дезорганизованог обрасца ране афективне везаности за развој шизофреније. Узимајући наведено у обзир формулисали смо претпоставку да ће се учесталост образаца афективне везаности разликовати између подзорка оболелих од параноидне шизофреније и подзорка психички здравих испитаника, односно да ће број

испитаника који припада несигурном обрасцу афективне везаности бити већи на подзорку оболелих од параноидне схизофреније.

- 3. Претпоставља се да ће резултати указати на постојање значајних разлика између испитиваних подзорка у успешности на задацима намењеним процени когнитивне и афективне компоненте теорије ума, као и да ће се испитивани подзорци разликовати у изражености емоционалне емпатије.*

Ова хипотеза постављена је на основу резултата већег броја истраживања, који указују на дефицит когнитивне и афективне теорије ума код особа оболелих схизофреније (Mazza et al., 2001; Montag et al., 2011; Pousa et al., 2008; Russell et al., 2000; Corcoran & Frith, 2003; Craig et al., 2004). Када је реч о емоционалној емпатији очекује се да ће бити утврђена разлика, али у корист оболелих од параноидне схизофреније. Иако овакво очекивање није у складу са утиском који оболели остављају када је реч о емпатији, новија истраживања извештавају да је ова компонента емпатије израженија код особа које болују од схизофреније у односу на психички здраве (нпр. Lehmann et al., 2014; Michaels et al., 2014).

- 4. Очекује се да ће на испитиваним подзорцима поједине димензије афективне везаности бити повезане са теоријом ума (когнитивном и афективном компонентом) и емоционалном емпатијом.*

Наведена хипотеза постављена је на основу резултата истраживања који указују на значај сигурне афективне везаности за развој емпатије (van der Mark et al., 2002; Laible et al., 2004; Mikulincer et al., 2005; Panfile & Laible, 2012). Фонаги (Fonagy, 2008) наглашава да везаност детета за значајне друге представља контекст у коме се „појављује“ ментализација, при чему је за развој ове рефлексивне функције неопходна сигурна везаност детета са мајком.

- 5. Претпоставља се да ће когнитивна и афективна компонента теорије ума бити повезане са емоционалном емпатијом, при чему ће ова веза бити интензивнија између афективне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије, како на подзорку оболелих од параноидне схизофреније, тако и на подзорку психички здравих испитаника.*

Полазећи од дефиниције емпатије коју је понудио Барон-Коен (Baron-Cohen, 2011) и модела односа између емпатије и теорије ума коју су понудили Шамај-Тсуријева и сарадници (Shamay-Tsoory et al., 2005) формулисали смо ову хипотезу. Сходно резултатима претходних истраживања очекује се позитивна корелација између теорије ума и емоционалне емпатије.

6. *Очекује се да ће на подзорку оболелих од параноидне шизофреније когнитивна и афективна теорија ума и емоционална емпатија бити негативно повезане са израженошћу персекуторне идеације.*

Резултати истраживања указују на постојање негативне везе између учинка на задацима теорије ума и изражености персекуторне идеације (Craig et al., 2004; Harrington et al., 2005). Коркоран и Фрит (Corcoran & Frith, 2003) као главни разлог настанка персекуторних идеја наводе немогућност „читања“ намера других људи. Узимајући ово у обзир постављена је претпоставка о негативној вези између изражености персекуторне идеације и различитих елемената емпатије.

7. *Очекује се да ће на подзорку оболелих од параноидне шизофреније димензије афективне везаности бити повезане са израженошћу персекуторне идеације.*

Претпоставка о повезаности димензија афективне везаности и изражености персекуторне идеације проистекла је пре свега из предложеног когнитивног модела настанка персекуторне идеације од стране Фримана и сарадника (Freeman et al., 2002), који подвлаче значај уверења која особа има о себи и другима у процесу настанка суманутих идеја. Морисон са сарадницима (Morrison, 2001; Morrison, Frame, & Larkin, 2003) предлаже модел у оквиру кога повезује трауматско искуство, негативна уверења о себи, другима и свету и повећани ризик за настанак психозе. Како постоји јасно преклапање између унутрашњих радних модела и базичних уверења о себи и другима у смислу да оба конструкта утичу на пажњу, одређују очекивања и утичу на интерпретацију нових доживљаја (Platts, Tyson, & Mason, 2002), формулисали смо претпоставку о постојању везе између димензија афективне везаности и изражености персекуторне идеације.

8. *Очекује се да ће димензије афективне везаности бити значајни предиктори вероватноће припадности испитаника подузорку психички здравих, односно подузорку оболелих од параноидне шизофреније.*
9. *Очекује се да ће теорија ума и емоционална емпатија бити значајни предиктори вероватноће припадности испитаника подузорку психички здравих, односно подузорку оболелих од параноидне шизофреније.*

2.5 ВАРИЈАБЛЕ ИСТРАЖИВАЊА

Варијабле које ће бити укључене у истраживање су следеће:

1. *Постављена дијагноза параноидне шизофреније/одсуство менталног обољења*

Дијагноза је постављена од стране психијатра, према критеријумима одређеним Међународном класификацијом болести и сродних здравствених проблема, десета ревизија - МКБ-10 (Светска здравствена организација, 1990),

2. *Афективна везаност*

Афективна везаност у овом истраживању испитана је преко димензија и образаца афективне везаности. Димензије афективне везаности су: Неразрешена породична трауматизација, Страх од губитка спољашње базе сигурности, Негативан радни модел других, Капацитет за ментализацију, Негативан радни модел селфа, Коришћење спољашње базе сигурности, Слаба регулација беса. Обрасци афективне везаности су: сигурни образац, бојаљиви образац, преокупирани образац и одбацујући образац. Димензије афективне везаности операционализоване су скоровима на скалама *Упитника за процену афективног везивања – УПИПАВ-Р* (Ханак, 2004, 2010), док је припадност испитаника обрасцима афективне везаности одређена кластер анализом.

3. *Когнитивна компонента теорије ума*

Когнитивна компонента теорије ума представља способност „препознавања“ мисли и намера других људи. Ова компонента теорије ума операционализована је скоровима на следећим инструментима: *Тест необичних прича* (The Strange Story test, Нарре, 1994) и *Тест препознавања „погрешног корака“* (Faux Pas Recognition Test, Stone, Baron-Cohen, & Knight, 1998).

4. *Афективна компонента теорије ума*

Афективна компонента теорије ума подразумева способност препознавања емоција других људи и у овом истраживању операционализована је скоровима на тесту

JACEFEE i *JACNeuF* (Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACEFEE) and Neutral Faces (JACNeuF), Matsumoto & Ekman, 1988) и *Тесту препознавања „погрешног корака“* (Faux Pas Recognition Test, Stone et al., 1998), односно делу другог теста намењеном процени ове компоненте теорије ума.

5. Емоционална емпатија

Емоционална емпатија као одговор одговарајућим осећањима на осећања и мисли других људи операционализована је скором на *Мулти-димензионалној скали емоционалне емпатије* (Multi-Dimensional Emotional Empathy Scale, Caruso & Mayer, 1998).

6. Персекуторна идеација

Персекуторна идеација је операционализована скором на *Упитнику за процену персекуторне идеације* (Persecutory Ideation Questionnaire, McKay, Rangdon & Coltheart, 2006).

Регистроване варијабле, на основу којих су уједначени подзорци испитаника су године старости, пол и степен образовања.

2.6 ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА

1. Тест необичних прича (The Strange Story test, Happé, 1994) – У истраживању је коришћен сет прича, који је први пут у истраживању користио Флечер са сарадницима (Fletcher et al., 1995). Овај тест се састоји из 24 приче – осам намењених процени ментализације, осам обичних (физичких) прича и осам прича које са заправо састоје од неповезаних реченица. У овом истраживању биће коришћене приче за процену ментализације, односно когнитивне компоненте теорије ума и обичне (физичке) приче као контролне. Испитаник добија картицу на којој је написана прича (обе врсте прича су помешане и редослед излагања је насумичан). Након читања приче од стране испитаника, картица се окреће, тако да прича више није доступна испитанику, а задатак испитаника је да одговори на постављена питања. Одговори се бодују према унапред одређеном критеријуму, са 0, 1 и 2, а резултати се приказују посебно за сваки тип прича. Задатак испитаника је заправо да у оквиру прича за процену ментализације, препозна нпр. иронију или блеф или белу лаж итд. Свака прича се бодује и улази у категорију нпр. бела лаж, дупли блеф, персуазија итд. При томе је максималан скор на свакој категорији прича 4, максималан укупни скор на причама за процену теорије ума је 20, док је максималан укупни скор на физичким причама 16.

2. Тест препознавања „погрешног корака“ (Faux Pas Recognition Test, Stone et al., 1998) састоји се из 20 прича које описују свакодневне ситуације. Задатак испитаника је да препозна да ли је протагониста приче направио „погрешан корак“, односно да ли је рекао нешто што је социјално непримерено, непријатно или може да увреди другу особу. Испитивач чита наглас причу и након тога поставља одређена питања. Испитаник пред собом све време има копију приче о којој је реч. Након сваке приче поставља се исто прво питање (питање 1) *Да ли је неко рекао нешто што не би требало или нешто непримерено или непријатно?*. Уколико испитаник на ово питање да потврдан одговор постављају се преостала питања.

Укратко бисмо могли описати постављена питања на следећи начин – Прво питање се односи на способност детектовања „погрешног корака“ – потврдан одговор је тачан одговор само у оквиру оних прича које и садрже „погрешан корак (укупно 10 прича); Друго питање се односи на могућност идентификације особе која је починила погрешан корак; Треће питање се односи на могућност препознавања разлога због чега је изјава била непримерена ситуацији; Четврто питање се односи на могућност препознавања намера актера који је дао коментар; Пето питање се односи на могућност препознавања да је „погрешан корак“ био ненамеран; Шесто питање се односи на могућност процене емоционалног стања особе над којом је почињен „погрешан корак“ (осим у причи број 1, која спада у приче које не садрже „погрешан корак“); Ова питања значајна су само за оне приче које садрже „погрешан корак“ (прича број 2,4,7,11, 12, 13, 14, 15, 16 и 18). У осталим причама, тачан одговор на прво питање је „Не“.

Седмо и осмо питање спадају у контролна питања и односе се на могућност упамћивања специфичних околности у причи. Контролна питања постављају се за сваку причу.

Уколико испитаник након читања приче на прво питање одговори са „Не“, не постављају се преостала питања (од 1. до 6. питања), без обзира на то да ли прича садржи „погрешан корак“ или не.

Десет прича намењено је процени теорије ума, док преосталих десет спадају у контролне приче. Посебно се бодују контролне, а посебно приче намењене процени теорије ума. Тест је намењен процени и когнитивне и афективне компоненте теорије ума. Максимални скор на делу теста намењеном процени теорије ума, односно на причама које садрже „погрешан корак“ је 60 (50 за когнитивну компоненту и 10 за афективну компоненту теорије ума), на причама које не садрже погрешан корак 20 и на контролним питањима 40.

Когнитивна компонента теорије ума операционализована је скоровима на следећим тестовима: *Тест необичних прича* и *Тест препознавања „погрешног корака“* (део који се односи на процену мисли и намера протагонисте приче и који се може посебно бодовати).

3. JACEFEE i JACNeuF (Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACEFEE) and Neutral Faces (JACNeuF), Matsumoto & Ekman, 1988) је тест намењен процени успешности препознавања примарних емоција, као и разликовања емоционално неутралних лица и лица која показују неку од примарних емоција на основу фотографије лица. Тест се састоји од 112 фотографија лица мушкараца и жена (азијата и белаца), у боји, од тога 56 фотографија емоционално неутралних лица и 56 фотографија лица која показују једну од примарних емоција. Задатак испитаника је да најпре одговори на питање о томе да ли лице на фотографији показује неку емоцију, или је реч о емоционално неутралном лицу, а затим да одреди која је емоција у питању (уколико је проценио да лице показује неку емоцију). Експозиција сваке фотографије траје 10 секунди. Бројна истраживања спроведена од стране аутора теста, на испитаницима који припадају различитим културама, указују на висок степен подударности одговора на свакој од фотографија, као и да свака фотографија поуздано и тачно приказује емоцију за чију процену је намењена.

Већ је било речи о односу теорије ума и препознавања емоција. По неким ауторима реч је о блиско повезаним феноменима, јер препознавање менталног стања друге особе, подразумева и процену емоционалног стања те особе (Ochner, 2008). На основу концептуализација социјалне когниције може се извести закључак да препознавање емоција чини саставни део теорије ума (Mier et al., 2010). О подударности ових процеса сведоче резултати истраживања Миера и сарадника (Mier et al., 2010) у коме је регистрована мождана активност током решавања задатака препознавања емоција и задатака процене намера проистеклих из емоционалног стања особе. Према томе, у овом истраживању афективна компонента теорије ума делом је процењена на основу успешности испитаника на тесту препознавања базичних емоција на основу фацијалне експресије.

Тачније, афективна компонента теорије ума операционализована је скоровима на следећим тестовима: *JACEFEE i JACNeuF* и *Тест препознавања „погрешног корака“* (део који се односи на процену емоционалног стања протагонисте приче и који се може посебно бодовати).

4. Мултидимензионална скала емоционалне емпатије (Multi-Dimensional Emotional Empathy Scale, Caruso & Mayer, 1998) састоји се из 30 ставки. Испитаник на петостепеној скали Ликертовог типа процењује колико га добро описује свака од наведених тврдњи. Поред скорa који се односи на емоционалну емпатију уопште, скала обухвата шест субскала, али ће у овом истраживању бити коришћен само укупан скор на скали којим ће бити операционализована емоционална емпатија. Висина Кронбаховог алфа коефицијента на оба подзорка је задовољавајућа и износи 0,784 на подзорку оболелих од параноидне схизофреније и 0,716 на подзорку психички здравих.

5. Упитник за процену афективног везивања – УПИПАВ-Р (Ханак, 2004) испитује базичне аспекте, односно димензије афективне везаности. Упитник се састоји из 77 ставки, расподељених у седам скала (Неразрешена породична трауматизација, Страх од губитка спољашње базе сигурности, Негативан радни модел других, Капацитет за ментализацију, Негативан радни модел селфа, Коришћење спољашње базе сигурности, Слаба регулација беса). Степен слагања са ставкама се изражава на скали од 1 до 7. Поред добијених скорова на појединим димензијама афективне везаности, могуће је на основу резултата добијеног на упитнику утврдити припадност обрасцима афективне везаности. Овај инструмент намењен је утврђивању општег обрасца везивања, за разлику од већине упитника и скала којима се процењује квалитет везаности за поједине фигуре.

Упитник је намењен процени следећих димензија афективне везаности:

- *Неразрешена породична трауматизација* – односи се на напете и амбивалентне односе у породици, како у прошлости, тако и у садашњости, као и на негативне ставове према својој породици и детињству;
- *Страх од губитка спољашње базе сигурности* – односи се на страх од губитка фигуре везаности, веровање да је тај губитак ненадокнадив;
- *Негативан радни модел других* - односи се на веровања о негативној људској природи, те из тог разлога постојања потребе да се буде дистанциран и опрезан;
- *Капацитет за ментализацију* – односи се на способност разумевања и антиципације сопствених и туђих менталних стања;
- *Негативан радни модел селфа* – односи се на веровања о сопственој неадекватности и недостојности, на несигурност у сопствене вредности;

- *Коришћење спољашње базе сигурности* – односи се на постојање фигура за које је особа везана, које је чине сигурном и на које може да се ослони, на важност ослонца који особа има у другим људима.
- *Слаба регулација беса* – односи се на могућност контроле љутње, као могућност решавања конфликта у блиским односима. (Вукчевић, 2010; Ханак, 2004)

У истраживању спроведеном на 854 студената различитих факултета Универзитета у Београду испитана је поузданост интерне конзистенције и добијени су следећи резултати (Димитријевић, Ханак & Милојевић, 2011):

- Неразрешена породична трауматизација ($\alpha =,885$)
- Страх од губитка спољашње базе сигурности ($\alpha =,878$)
- Негативан радни модел других ($\alpha =,885$)
- Капацитет за ментализацију ($\alpha =,790$)
- Негативан радни модел селфа ($\alpha =,874$)
- Коришћење спољашње базе сигурности ($\alpha =,862$)
- Слаба регулација беса ($\alpha =,819$)

У Табели 2 приказане су мере интерне конзистенције скала овог упитника на испитиваним подузорцима.

Табела 2. Мере интерне конзистенције скала Упитника за процену афективног везивања – УПИПАВ-Р на испитиваним подузорцима

Скале	Подузорок	Кронбахов Алфа коефицијент
Неразрешена породична трауматизација	Схизофрени	0,849
	Психички здрави	0,882
Страх од губитка спољашње базе сигурности	Схизофрени	0,891
	Психички здрави	0,849
Негативни радни модел других	Схизофрени	0,862
	Психички здрави	0,882
Капацитет за ментализацију	Схизофрени	0,657
	Психички здрави	0,463
Негативни радни модел селфа	Схизофрени	0,845
	Психички здрави	0,803
Коришћење спољашње базе сигурности	Схизофрени	0,819
	Психички здрави	0,866
Слаба регулација беса	Схизофрени	0,718
	Психички здрави	0,594

Добијени подаци показују да су мере поузданости већине скала Упитника за процену афективног везивања – УПИПАВ-Р сасвим задовољавајуће и прихватљиве на оба испитивана подузорка, осим скале Капацитет за ментализацију чија је вредност коефицијента интерне конзистентности утврђена на оба подузорку ниска, нарочито на подузорку психички здравих испитаника. Из приказаних резултата у Табели 2 видимо да је вредност коефицијента интерне конзистентности за скалу Слаба регулација беса на подузорку психички здравих испитаника такође ниска.

6. Упитник за процену персекуторне идеације (Persecutory Ideation Questionnaire – PIQ, McKay, Rangdon & Colheart, 2006) састоји се из 10 ставки. Задатак испитаника је да на петостепеној скали Ликертовог типа (0-4) процени тачност наведених тврдњи. Аутори теста извештавају о високој поузданости интерне конзистенције инструмента на клиничком узорку испитаника ($\alpha=,90$). Наведени упитник је у овом истраживању задат испитаницима оболелим од параноидне схизофреније. Кронбахов Алфа коефицијент интерне конзистентности на овом подузорку износи $\alpha=,92$.

7. Чек листа симптома 90-Р (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R, Derogatis et al., 1973) намењена је процени широког спектра психолошких проблема и психопатолошких симптома. Састоји се из 90 ставки, односно симптома, тако да је задатак испитаника да на петостепеној скали Ликертовог типа одреди колико често осећа наведене симптоме. Овај инструмент мери девет група симптома: склоност ка психосоматици, опсесивно компулсивни симптоми, интерперсонална сензитивност, депресија, анксиозност, хостилност, фобична анксиозност, параноидне идеје и психотицизам. Количник суме одговора и броја ајтема одређује општи скор психопатологије. Овај упитник је коришћен ради искључења психопатологије и селекције испитаника који ће чинити подузорак психички здравих.

2.7 СТРУКТУРА УЗОРКА И ПОСТУПАК ИСТРАЖИВАЊА

Истраживањем је обухваћен узорак од 60 испитаника. Подузорак испитаника оболелих од параноидне схизофреније чини 30 испитаника оба пола, од тога 16 мушкараца и 14 жена, старости до 25 до 45 година, који су у тренутку испитивања били пред сам крај болничког лечења у психијатријској установи (односно, најмање три недеље на лечењу) или непосредно отпуштени из психијатријске болнице, при чему се због непосредног отпуштања, у амбулантним условима још увек прати њихово

психичко стање. Испитаницима је постављена дијагноза параноидне шизофреније од стране психијатра. Такође, у истраживању су учествовали они испитаници којима актуелна, односно последња хоспитализација није прва. Испитивање је спроведено у Специјалној психијатријској болници у Горњој Топоници на пријемном мушком и пријемном женском одељењу и у Центру за заштиту менталног здравља у заједници Медијана у Нишу (Центар представља службу Специјалне психијатријске болнице у Горњој Топоници). Код испитаника је пре задавања тестова, у оквиру редовног психолошког тестирања на одељењу, било проверено и искључено постојање психоорганичних измена и пропадања које би, уколико би било присутно, утицало на резултате тестирања. Такође, истраживањем су обухваћени испитаници чији ниво интелектуалног функционисања, одређен скором на индивидуалном тесту интелигенције задатом од стране психолога, одговара просеку. Како због обима тестовне батерије коришћене у овом истраживању, тако и због природе саме болести, испитивање је са сваким испитаником спроведено у два дана, односно испитивање је у просеку трајало пет до шест сати.

Подузорок психички здравих чини 30 испитаника, којима до тренутка испитивања није постављена дијагноза било ког менталног обољења и који су са испитаницима оболелим од параноидне шизофреније уједначени по полу, годинама старости и образовању. Критеријум укључивања испитаника у истраживање, поред изјаве испитаника о непостојању психичких сметњи, као и непостојања психијатријске дијагнозе, био је и индекс тежине симптома (Global Severity Index – GSI) добијен на чек листи симптома 90-P (SCL-90-R).

Пре почетка истраживања, Специјалној психијатријској болници у Горњој Топоници је упућена молба за одобрење спровођења истраживања. Етички одбор ове установе је 20. маја 2014. године донео одлуку којом се истраживање одобрава. Испитивање је, због природе појединих тестова, било индивидуално. Пре задавања тестова и упитника, сваки испитаник је био упознат са циљевима, начином спровођења истраживања, поверљивошћу података и сопственим правима у самом процесу тестирања (нпр. одустајање). Сви испитаници су потписали Информативни пристанак.

Испитаницима су задати следећи инструменти: Тест необичних прича, Тест препознавања „погрешног корака“, JACEFEE i JACNeuF, Мултидимензионална скала емоционалне емпатије, Упитника за процену афективног везивања – УПИПАВ-Р. Приликом испитивања групе испитаника оболелих од параноидне шизофреније задат је и Упитник за процену персекуторне идеације. Испитаницима који чине подузорок

психички здравих, задата је Чек листа симптома 90-P (SCL-90-R) ради искључења присуства психопатологије. Наиме, сваком испитанику је најпре задата Чек листа симптома 90-P (SCL-90-R), затим је на основу израчунавања резултата на целокупној скали, односно индекса тежине поремећаја (Global Severity Index – GSI), доношена одлука о укључивању испитаника у истраживање, поред информације добијене од сваког испитаника о непостојању дијагнозе психичког поремећаја. У истраживање су укључени испитаници чија вредност индекса тежине поремећаја није прелазила средњу вредност од 0,78 (сиров скор).

2.8 НАЧИН ОБРАДЕ ПОДАТАКА

Приликом обраде података коришћене су најпре методе дескриптивне статистике, тако да су за сваку варијаблу приказани подаци о аритметичкој средини и стандардној девијацији. Такође, приказани су и показатељи карактеристика дистрибуције резултата, као и резултати Шапиро-Вилк теста (Shapiro-Wilk test).

За испитивање разлика у изражености варијабли између испитиваних подузорака коришћен је Студентов т-тест, Мен-Витнијев У тест (Mann-Whitney test), као и Хи-квадрат тест за испитивање разлика у учесталости образаца афективне везаности.

У сврху испитивања повезаности између варијабли, сходно дистрибуцији резултата, коришћен је Спирманов тест корелације рангова или Пирсонов тест корелације.

Коначно за испитивање могућности предикције припадности испитаника подузорку оболелих од параноидне шизофреније, односно подузорку психички здравих на основу димензија афективне везаности и аспеката емпатије коришћена је бинарна логистичка регресија.

Приликом задавања појединих тестова, тачније приликом задавања *Теста за препознавање „погрешног корака“* (Faux Pas Recognition Test, Stone et al., 1998) дословно су бележени одговори испитаника. Увид у прикупљени материјал подстакао нас је да спроведемо квалитативну анализу одговора, чији резултати представљају допуну нумеричких података и доприносе уочавању разлика у процесу процене менталних стања између испитаника оболелих од параноидне шизофреније и психички здравих испитаника. За ту сврху користили смо поступак који припада квалитативној тематској анализи и подразумева идентификовање доминантних тема у одговорима испитаника (Braun & Clarke, 2006, према Гутвајн & Шевкушић, 2013).

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Како је основни циљ истраживања утврђивање разлика између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника, у овом делу рада најпре ће бити приказани резултати добијени поређењем тестовних параметара. Приказу добијених разлика претходиће приказ дескриптивних показатеља резултата испитаника на примењеним инструментима.

3.1. УПОРЕЂИВАЊЕ ТЕСТОВНИХ ПАРАМЕТАРА ИЗМЕЂУ ИСПИТИВАНИХ ГРУПА

3.1.1 Разлике у изражености димензија афективне везаности између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

Табела 3. Дескриптивни показатељи, показатељи карактеристика дистрибуције резултата испитаника на скалама упитника за процену афективног везивања УПИПАВ-Р и резултати Шапиро-Вилковог теста

Скале		AS	SD	Sk	Ku	S-W	p
Неразрешена породична трауматизација	схизофрени	40,07	3,05	0,34	-0,43	0,971	0,561
	психички здрави	26,87	2,22	1,09	1,98	0,928	0,043
Страх од губитка спољашње базе сигурности	схизофрени	49,47	2,94	-0,45	-0,48	0,952	0,186
	психички здрави	40,33	2,40	0,03	0,19	0,979	0,804
Негативан радни модел других	схизофрени	61,23	2,16	-0,18	-1,51	0,897	0,007
	психички здрави	43,87	2,19	-0,19	0,61	0,962	0,342
Капацитет за ментализацију	схизофрени	47,33	2,21	-0,28	-0,09	0,966	0,441
	психички здрави	45,20	1,70	0,26	-0,53	0,967	0,471
Негативан радни модел селфа	схизофрени	34,10	2,60	0,24	-1,22	0,940	0,090
	психички здрави	27,33	1,58	0,21	-0,55	0,969	0,507
Коришћење спољашње базе сигурности	схизофрени	55,90	2,23	0,20	-0,79	0,958	0,276
	психички здрави	54,43	1,99	-0,05	-1,12	0,960	0,304
Слаба регулација беса	схизофрени	28,90	1,95	0,35	-0,67	0,949	0,160
	психички здрави	29,20	1,72	0,07	0,00	0,978	0,765

Легенда: Аритметичке средине (AS), Стандардне девијације (SD), Коефицијент асиметрије – Скјунис (Sk), Коефицијент издужености - Куртозис (Ku), Шапиро-Вилков тест (S-W), Статистичка значајност (p)

Подаци приказани у Табели 3 показују да дистрибуција података на већини скала не одступа од нормалне дистрибуције (резултати Шапиро-Вилковог теста), па је у складу са тим за поређење изражености димензија афективне везаности између испитиваних подузорака коришћен Студентов т-тест. Резултати т-теста приказани су у Табели 4.

Табела 4. Разлике у изражености димензија афективне везаности између оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

Димензије афективне везаности		df	t	p	d
Неразрешена породична трауматизација	Схизофрени	58	3,501	0,001	0,90
	Психички здрави				
Страх од губитка спољашње базе сигурности	Схизофрени	58	2,408	0,019	0,62
	Психички здрави				
Негативан радни модел других	Схизофрени	58	5,645	0,000	1,46
	Психички здрави				
Капацитет за ментализацију	Схизофрени	58	0,765	0,447	0,12
	Психички здрави				
Негативан радни модел селфа	Схизофрени	58	2,223	0,030	0,57
	Психички здрави				
Коришћење спољашње базе сигурности	Схизофрени	58	0,491	0,626	0,13
	Психички здрави				
Слаба регулација беса	Схизофрени	58	-0,115	0,909	0,03
	Психички здрави				

Легенда: Број степени слободе (df), Студентов тест (t), Статистичка значајност (p), Величина ефекта (d)

Резултати т-теста приказани у Табели 4 показују да статистички значајне разлике између испитиваних подузорака постоје на димензијама Неразрешена породична траума, Страх од губитка спољашње базе сигурности, Негативан радни модел других и Негативан радни модел селфа, при чему су ове димензије израженије код особа оболелих од параноидне схизофреније. Добијени резултати заправо указују на већу присутност негативних и болних осећања у вези детињства, као и негативних или амбивалентних породичних релација у садашњости код испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Код ових испитаника израженији је и страх од губитка фигуре везаности, као и веровање да је тај губитак ненадокнадив, са фаталним последицама по даљи живот. Резултати такође показују и да су у односу на психички здраве испитанике, код оболелих од параноидне схизофреније израженија веровања о негативној природи других људи, из чега произилази опрез и дистанца у односу на друге људе. Истовремено израженија су веровања о сопственој неадекватности, као и несигурност у сопствену вредност. Аритметичке средине добијене на димензијама афективне везаности на испитиваним подузorcима приказане су на графику 1, ради прегледнијег приказа резултата.

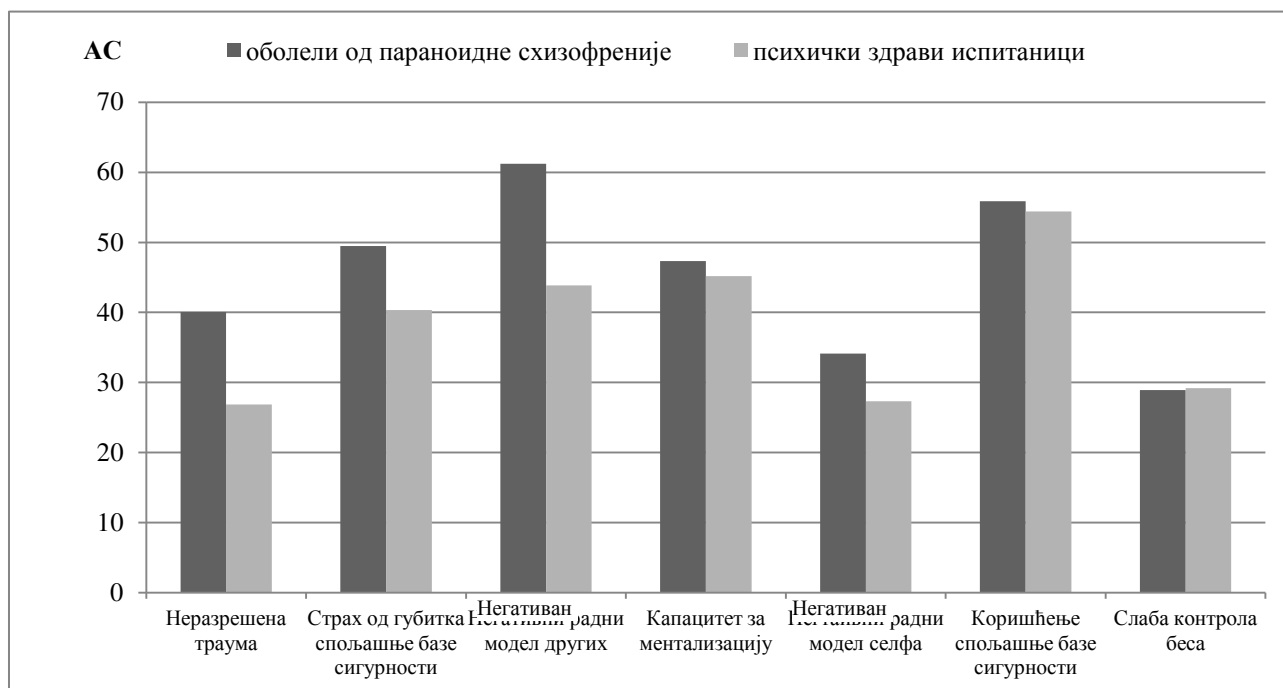


График 1. Израженост димензија афективне везаности на подзорку оболелих од параноидне схизофреније и подзорку психички здравих испитаника

Припадност обрасцима афективне везаности одређена је кластер анализом, методом к просека у оквиру које смо дефинисали четири кластера у складу са постојањем четири обрасца афективне везаности. Решење са четири кластера показало се као најоптималније у ранијим истраживањима у којима је коришћена ова скала (Димитријевић, Ханак & Милојевић, 2011; Stefanović Stanojević & Nedeljković, 2009; Ханак, 2004). Табеле 5 и 6 приказују резултате кластер анализе димензија афективне везаности на подзорку оболелих од параноидне схизофреније (Табела 5) и подзорку психички здравих испитаника (Табела 6).

Табела 5. Кластер анализа димензија афективне везаности на подзорку оболелих од параноидне схизофреније

Димензије	Кластери			
	1	2	3	4
Неразрешена породична трауматизација	29	35	60	34
Страх од губитка спољашње базе сигурности	53	42	61	28
Негативан радни модел других	56	65	59	69
Капацитет за ментализацију	46	51	55	29
Негативан радни модел селфа	20	56	44	28
Коришћење спољашње базе сигурности	55	57	65	43
Слаба регулација беса	23	35	27	29

Табела 6. Кластер анализа димензија афективне везаности на подзорку психички здравих испитаника

Димензије	Кластери			
	1	2	3	4
Неразрешена породична трауматизација	28	26	55	17
Страх од губитка спољашње базе сигурности	51	42	42	22
Негативан радни модел других	27	35	47	63
Капацитет за ментализацију	54	43	42	49
Негативан радни модел селфа	18	28	43	28
Коришћење спољашње базе сигурности	62	53	49	57
Слаба регулација беса	27	30	49	18

На основу кластер анализе утврђена је припадност испитаника обрасцима афективне везаности, са напоменом да су добијени резултати кластер анализе отежали јасно одређење образаца, па самим тим и компромитовали прецизно утврђивање припадности испитаника конкретним обрасцима афективне везаности.

На подзорку оболелих од параноидне схизофреније установљена је следећа дистрибуција образаца везаности: 33,3% (10 испитаника) припада сигурном обрасцу везаности, 30,3% (9 испитаника) припада преокупираном, 23,3% (7 испитаника) припада бојажљивом и 13,3% (4 испитаника) припада избегавајућем обрасцу афективне везаности. На подзорку психички здравих испитаника добијена је следећа дистрибуција образаца афективне везаности: 66,7% (20 испитаника) припада сигурном обрасцу, 13,3% (4 испитаника) припада преокупираном обрасцу, 13,3% (4 испитаника) припада избегавајућем обрасцу и 6,7% (2 испитаника) припада бојажљивом обрасцу афективне везаности.

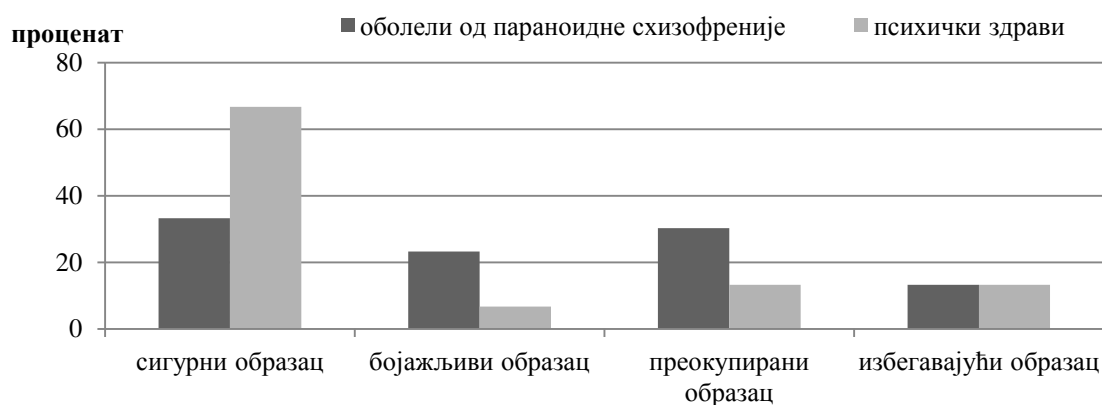


График 2. Дистрибуција образаца афективне везаности на испитиваним подзорцима

Приказани резултати указују на већу учесталост сигурног обрасца на подзорку психички здравих испитаника, док су бојажљиви и преокупирани заступљенији на подзорку оболелих од параноидне схизофреније.

Међутим, није било могуће утврдити да ли су ове разлике статистички значајне, јер је за спровођење статистичког поступка утврђивања разлика неопходно да сваком обрасцу на оба подзорка припада одређени број испитаника. Како у нашем истраживању, када је реч о бојажљивом, преокупираном и избегавајућем обрасцу то није био случај, што је и очекивано с обзиром на величину узорка, односно подзорака обухваћеним овим истраживањем, разматрана је разлика између испитиваних подзорака у заступљености сигурног и несигурног обрасца афективне везаности који обухвата бојажљиви, преокупирани и избегавајући образац. У Табели 7 приказани су број и проценат испитаника са сигурним и несигурним обрасцем афективне везаности на два подзорка.

Табела 7. Заступљеност сигурног и несигурног обрасца афективне везаности на подзорку оболелих од параноидне шизофреније и подзорку психички здравих испитаника

Испитаници	Сигурни образац афективне везаности		Несигурни образац афективне везаности	
	N	%	N	%
Оболели од параноидне шизофреније	10	33,3	20	66,7
Психички здрави испитаници	20	66,7	10	33,3

Легенда: Број испитаника (N)

Резултати Хи-квадрат теста указују на значајно већу заступљеност сигурног обрасца афективне везаности код психички здравих испитаника, у односу на оболеле од параноидне шизофреније, $\chi^2_{(1)}=5,40$; $p<0,05$.

3.1.2 Разлике у успешности на задацима намењеним процени когнитивне и афективне компоненте теорије ума између испитаника оболелих од параноидне шизофреније и психички здравих испитаника

У овом делу рада најпре ћемо приказати резултате поређења успешности испитаника на *Тесту необичних прича*, намењеном процени когнитивне компоненте теорије ума. Затим ће бити приказани резултати поређења два подзорка у успешности на *Тесту препознавања „погрешног корака“*, којим се процењује и когнитивна и афективна компонента теорије ума.

Табела 8. Дескриптивни показатељи, показатељи карактеристика дистрибуције резултата испитаника на Тесту необичних прича и резултати Шапиро-Вилковог теста

Тест необичних прича		AS	SD	Sk	Ku	S-W	p
Дупли блеф	шизофрени	1,40	1,16	0,40	-0,78	0,892	0,005
	психички здрави	3,13	0,90	-0,58	-0,77	0,816	0,000

Персуазија	схизофрени	2,07	0,98	-0,14	-0,94	0,878	0,003
	психички здрави	2,70	0,65	0,38	-0,61	0,774	0,000
Бела лаж	схизофрени	3,43	0,86	-1,36	0,89	0,695	0,000
	психички здрави	3,77	0,57	-2,43	5,03	0,466	0,000
Неспоразум	схизофрени	2,87	1,04	-0,70	-0,55	0,821	0,000
	психички здрави	3,23	0,57	0,01	-0,17	0,735	0,000
Иронија	схизофрени	1,83	0,70	-0,41	0,59	0,818	0,000
	психички здрави	2,43	0,82	0,63	0,12	0,812	0,000
Приче за процену теорије ума (укупан скор)	схизофрени	11,60	3,21	-0,14	-1,06	0,941	0,099
	психички здрави	15,27	1,60	-0,09	-0,55	0,951	0,180
Физичке приче	схизофрени	9,93	12,23	0,17	0,15	0,977	0,755
	психички здрави	12,20	1,94	-0,12	0,15	0,946	0,133

Легенда: Аритметичке средине (AS), Стандардне девијације (SD), Коефицијент асиметрије – Скјунис (Sk), Коефицијент издужености - Куртозис (Ku), Шапиро-Вилков тест (S-W), Статистичка значајност (p)

Табела 9. Разлике у успешности на категоријама прича за процену теорије ума Теста необичних прича између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

		N	Средњи ранг	U	z	p	r
Дупли блеф	Схизофрени	30	19,57	122,00	-4,96	0,000	0,64
	Психички здрави	30	41,43				
Персуазија	Схизофрени	30	25,20	297,00	-2,51	0,012	0,32
	Психички здрави	30	35,80				
Бела лаж	Схизофрени	30	27,42	357,50	-1,76	0,078	0,23
	Психички здрави	30	33,58				
Неспоразум	Схизофрени	30	28,23	382,00	-1,11	0,267	0,14
	Психички здрави	30	32,77				
Иронија	Схизофрени	30	25,03	286,00	-2,72	0,006	0,35
	Психички здрави	30	35,97				

Легенда: Број испитаника (N), Ман-Витнијев тест (U/z), Статистичка значајност (p), Величина ефекта (r)

Сагледавањем резултата поређења успешности на посебним категоријама прича уочава се да се значајне разлике добијају на причама које подразумевају препознавање дуплог блефа, персуазије и ироније, при чему су психички здрави испитаници успешнији у препознавању ових форми комуникације у односу на оболеле од параноидне схизофреније (Табела 9). Из Табеле 9 такође видимо да је величина ефекта припадности подузорку оболелих, односно здравих испитаника најјача када је у питању дупли блеф и износи $r=0,64$.

Поређењем укупног скорa оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника на делу *Теста необичних прича* намењеном процени теорије ума

(когнитивне компоненте), добијају се резултати који указују на постојање значајних разлика ($t=-5,559$, $df=58$, $p<0,01$) у успешности, у корист психички здравих испитаника.

Приликом поређења резултата на причама које подразумевају опис свакодневних ситуација које не подразумевају комуникацију актера приче, већ пред испитаника постављају задатак процене практичне вредности одређеног понашања (физичке приче), добијају се значајне разлике између испитиваних подузорака, при чему су и у овом случају успешнији психички здрави испитаници ($t=-4,206$, $df=58$, $p<0,01$).

Табела 10. Дескриптивни показатељи, показатељи карактеристика дистрибуције резултата испитаника на Тесту препознавања „погрешног корака“ и резултати Шапиро-Вилковог теста

Тест препознавања „погрешног корака“		AS	SD	Sk	Ku	S-W	p
Когнитивна компонента теорије ума Тест препознавања „погрешног корака“	схизофрени	35,07	8,77	-0,70	-0,09	0,931	0,052
	психички здрави	40,57	6,94	-1,14	1,38	0,910	0,015
Афективна компонента теорије ума Тест препознавања „погрешног корака“	схизофрени	7,40	0,29	-0,99	0,81	0,866	0,001
	психички здрави	8,07	2,22	3,69	19,53	0,743	0,000
прича 2	схизофрени	4,83	1,80	-1,40	0,73	0,698	0,000
	психички здрави	5,63	1,13	-4,59	22,99	0,355	0,000
прича 4	схизофрени	4,93	0,87	-0,54	-0,14	0,854	0,001
	психички здрави	4,50	1,72	-1,77	2,89	0,729	0,000
прича 7	схизофрени	4,90	1,90	-1,85	2,47	0,633	0,000
	психички здрави	5,10	2,07	-2,13	2,91	0,469	0,000
прича 11	схизофрени	4,87	1,96	-1,86	2,23	0,621	0,000
	психички здрави	5,70	1,12	-4,89	25,27	0,294	0,000
прича 12	схизофрени	4,53	2,16	-1,54	0,89	0,662	0,000
	психички здрави	5,43	1,65	-2,91	7,34	0,384	0,000
прича 13	схизофрени	3,37	1,75	-1,06	0,11	0,793	0,000
	психички здрави	3,47	1,94	-0,99	-0,51	0,733	0,000
прича 14	схизофрени	5,23	1,52	-2,36	5,39	0,582	0,000
	психички здрави	5,63	1,19	-4,10	18,39	0,356	0,000
прича 15	схизофрени	2,63	2,16	-0,08	-1,44	0,848	0,001
	психички здрави	4,33	1,18	-1,37	0,43	0,786	0,000
прича 16	схизофрени	2,60	2,51	0,08	-1,82	0,784	0,000
	психички здрави	3,67	2,75	-0,54	-1,64	0,705	0,000

прича 18	схизофрени	4,23	2,06	-1,08	-0,32	0,751	0,000
	психички здрави	5,03	2,21	-2,08	2,77	0,509	0,000
Укупан резултат на причама које не садрже „погрешан корак“	схизофрени	18,60	0,36	-1,81	3,62	0,715	0,000
	психички здрави	19,53	0,23	-3,41	13,24	0,428	0,000
Контролна питања	схизофрени	39,50	0,17	-1,48	0,55	0,559	0,000
	психички здрави	39,87	0,09	-3,66	12,21	0,275	0,000

Легенда: Аритметичке средине (AS), Стандардне девијације (SD), Коефицијент асиметрије – Скјунис (Sk), Коефицијент издужености - Куртозис (Ku), Шапиро-Вилков тест (S-W), Статистичка значајност (p)

У Табели 10 приказани су дескриптивни показатељи (аритметичка средина и стандардна девијација), показатељи дистрибуције резултата и резултати Шапиро-Вилковог теста резултата добијени на делу теста намењеном процени когнитивне компоненте теорије ума, делу теста намењеном процени афективне компоненте теорије ума, на појединачни причама које садрже „погрешан корак“, на причама које не садрже погрешан корак (укупан скор) и на контролним питањима.

Табела 11. Разлике у успешности на Тесту препознавања „погрешног корака“ између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

Тест препознавања „погрешног корака“		N	Средњи ранг	U	z	p	r																																																																																			
Когнитивна компонента теорије ума	Схизофрени	30	24,53	271,00	-2,65	0,008	0,34																																																																																			
	Психички здрави	30	36,47					Афективна компонента теорије ума	Схизофрени	30	26,62	333,50	-1,80	0,071	0,33	Психички здрави	30	34,38	прича 2	Схизофрени	30	27,02	345,50	-1,91	0,056	0,25	Психички здрави	30	33,98	прича 4	Схизофрени	30	31,70	414,00	-0,56	0,576	0,07	Психички здрави	30	29,30	прича 7	Схизофрени	30	28,37	386,00	-1,19	0,233	0,15	Психички здрави	30	32,63	прича 11	Схизофрени	30	26,30	324,00	-2,40	0,016	0,31	Психички здрави	30	34,70	прича 12	Схизофрени	30	24,83	280,00	-3,01	0,003	0,39	Психички здрави	30	36,17	прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08	Психички здрави	30	31,92	прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52
Афективна компонента теорије ума	Схизофрени	30	26,62	333,50	-1,80	0,071	0,33																																																																																			
	Психички здрави	30	34,38					прича 2	Схизофрени	30	27,02	345,50	-1,91	0,056	0,25	Психички здрави	30	33,98	прича 4	Схизофрени	30	31,70	414,00	-0,56	0,576	0,07	Психички здрави	30	29,30	прича 7	Схизофрени	30	28,37	386,00	-1,19	0,233	0,15	Психички здрави	30	32,63	прича 11	Схизофрени	30	26,30	324,00	-2,40	0,016	0,31	Психички здрави	30	34,70	прича 12	Схизофрени	30	24,83	280,00	-3,01	0,003	0,39	Психички здрави	30	36,17	прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08	Психички здрави	30	31,92	прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20	Психички здрави	30	32,97						
прича 2	Схизофрени	30	27,02	345,50	-1,91	0,056	0,25																																																																																			
	Психички здрави	30	33,98					прича 4	Схизофрени	30	31,70	414,00	-0,56	0,576	0,07	Психички здрави	30	29,30	прича 7	Схизофрени	30	28,37	386,00	-1,19	0,233	0,15	Психички здрави	30	32,63	прича 11	Схизофрени	30	26,30	324,00	-2,40	0,016	0,31	Психички здрави	30	34,70	прича 12	Схизофрени	30	24,83	280,00	-3,01	0,003	0,39	Психички здрави	30	36,17	прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08	Психички здрави	30	31,92	прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20	Психички здрави	30	32,97																	
прича 4	Схизофрени	30	31,70	414,00	-0,56	0,576	0,07																																																																																			
	Психички здрави	30	29,30					прича 7	Схизофрени	30	28,37	386,00	-1,19	0,233	0,15	Психички здрави	30	32,63	прича 11	Схизофрени	30	26,30	324,00	-2,40	0,016	0,31	Психички здрави	30	34,70	прича 12	Схизофрени	30	24,83	280,00	-3,01	0,003	0,39	Психички здрави	30	36,17	прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08	Психички здрави	30	31,92	прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20	Психички здрави	30	32,97																												
прича 7	Схизофрени	30	28,37	386,00	-1,19	0,233	0,15																																																																																			
	Психички здрави	30	32,63					прича 11	Схизофрени	30	26,30	324,00	-2,40	0,016	0,31	Психички здрави	30	34,70	прича 12	Схизофрени	30	24,83	280,00	-3,01	0,003	0,39	Психички здрави	30	36,17	прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08	Психички здрави	30	31,92	прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20	Психички здрави	30	32,97																																							
прича 11	Схизофрени	30	26,30	324,00	-2,40	0,016	0,31																																																																																			
	Психички здрави	30	34,70					прича 12	Схизофрени	30	24,83	280,00	-3,01	0,003	0,39	Психички здрави	30	36,17	прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08	Психички здрави	30	31,92	прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20	Психички здрави	30	32,97																																																		
прича 12	Схизофрени	30	24,83	280,00	-3,01	0,003	0,39																																																																																			
	Психички здрави	30	36,17					прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08	Психички здрави	30	31,92	прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20	Психички здрави	30	32,97																																																													
прича 13	Схизофрени	30	29,08	407,50	-0,66	0,511	0,08																																																																																			
	Психички здрави	30	31,92					прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20	Психички здрави	30	32,97																																																																								
прича 14	Схизофрени	30	28,03	376,00	-1,52	0,129	0,20																																																																																			
	Психички здрави	30	32,97																																																																																							

прича 15	Схизофрени	30	23,52	240,50	-3,24	0,001	0,42
	Психички здрави	30	37,48				
прича 16	Схизофрени	30	26,53	331,00	-1,85	0,064	0,24
	Психички здрави	30	34,47				
прича 18	Схизофрени	30	26,22	321,50	-2,12	0,033	0,27
	Психички здрави	30	34,78				

Легенда: Број испитаника (N), Ман-Витнијев тест (U/z), Статистичка значајност (p), Величина ефекта (r)

Из Табеле 11 може се видети да се статистички значајне разлике између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника добијају поређењем укупног скорa на питањима намењеним процени когнитивне компоненте теорије ума, у корист психички здравих. Резултати поређења успешности испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника у успешности на делу теста препознавања „погрешног корака“ намењеном процени афективне компоненте теорије ума указују на непостојање статистички значајних разлика. Кад је реч о појединим причама, статистички значајне разлике добијају се у успешности испитаника на причи број 11, 12, 15 и 18, такође у корист психички здравих испитаника.

У следећем кораку испитали смо постојање значајних разлика у успешности на причама које не садрже „погрешан корак“, при чему тачан одговор на овим причама подразумева препознавање одсуства „погрешног корака“, односно препознавање да актери приче нису рекли нешто што би било непријатно, непримерено ситуацији. Применом Ман-Витијевог U теста добијени су резултати који показују да између испитиваних подузорака постоје значајне разлике у успешности, при чему су психички здрави испитаници успешнији у односу на испитанике оболеле од параноидне схизофреније ($U=312,50$, $z=-2,49$, $p=0,013$). Ови резултати заправо указују да оболели испитаници у описаним неутралним ситуацијама чешће препознају постојање непримерене, непријатне изјаве једног од актера приче.

Поређењем укупног скорa испитаника на контролним питањима Теста за препознавање „погрешног корака“, која су намењена процени разумевања приче од стране испитаника, нису утврђене значајне разлике између испитиваних подузорака ($U=374,00$, $z=-1,81$, $p=0,070$)

3.1.3 Разлике у успешности препознавања емоција на основу фаџијалне експресије између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

Табела 12. Дескриптивни показатељи, показатељи карактеристика дистрибуције резултата испитаника на тесту препознавања емоција на основу фаџијалне експресије (JACEFEE i JACNeuF) и резултати Шапиро-Вилковог теста

Емоције		AS	SD	Sk	Ku	S-W	p
срећа	схизофрени	7,73	0,64	-2,25	3,70	0,461	0,000
	психички здрави	7,93	0,25	-3,66	12,21	0,275	0,000
изненађење	схизофрени	5,90	1,73	-0,35	-0,88	0,904	0,011
	психички здрави	7,77	0,50	-2,15	4,25	0,518	0,000
љутња	схизофрени	5,93	2,24	-1,09	0,41	0,845	0,000
	психички здрави	6,53	1,61	-1,28	1,16	0,830	0,000
презир	схизофрени	3,37	3,01	0,30	-1,46	0,869	0,002
	психички здрави	5,17	3,06	-0,66	-1,24	0,802	0,000
туга	схизофрени	4,70	2,07	-0,32	-0,53	0,959	0,301
	психички здрави	6,27	2,05	-0,93	-0,51	0,802	0,000
одвратност	схизофрени	4,13	2,74	-0,01	-1,46	0,908	0,013
	психички здрави	6,00	2,30	-1,09	0,22	0,827	0,000
страх	схизофрени	4,30	2,32	-0,28	-0,82	0,952	0,194
	психички здрави	4,10	2,51	-0,27	-1,17	0,922	0,030
емоционално неутрална лица	схизофрени	36,00	13,79	-0,61	-0,26	0,950	0,167
	психички здрави	49,40	5,99	-1,79	4,32	0,760	0,000

Напомена: Аритметичке средине (AS), стандардне девијације (SD), Коэффициент асиметрије – Скјунис (Sk), Коэффициент издужености - Куртозис (Ku), Шапиро-Вилков тест (S-W), статистичка значајност (p)

Као што се из Табеле 12 може видети добијени резултати на тесту препознавања емоција на основу фаџијалне експресије одступају од нормалне дистрибуције како на подзорку оболелих од параноидне схизофреније, тако и на подзорку психички здравих испитаника. Испитаници су најуспешнији у препознавању среће. Испитаници оболели од параноидне схизофреније са најмањом успешношћу препознају презир, док су психички здрави испитаници најмање успешни у препознавању страха.

Табела 13. Разлике у успешности препознавања емоција на основу фаџијалне експресије између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

Емоције		N	Средњи ранг	U	z	p	r
срећа	Схизофрени	30	28,90	402,00	-1,27	0,203	0,16
	Психички здрави	30	32,10				
изненађење	Схизофрени	30	20,55	151,50	-4,78	0,000	0,62
	Психички здрави	30	40,45				

љутња	Схизофрени	30	28,70	396,00	-0,82	0,411	0,11
	Психички здрави	30	32,30				
презир	Схизофрени	30	25,38	296,50	-2,30	0,021	0,30
	Психички здрави	30	35,62				
туга	Схизофрени	30	37,03	254,00	-2,94	0,003	0,38
	Психички здрави	30	23,97				
одвратност	Схизофрени	30	24,45	268,50	-2,72	0,007	0,35
	Психички здрави	30	36,55				
страх	Схизофрени	30	30,98	435,50	-0,22	0,829	0,03
	Психички здрави	30	30,02				
неутрална лица	Схизофрени	30	21,22	171,50	-4,12	0,000	0,53
	Психички здрави	30	39,78				

Напомена: Број испитаника (N), Ман-Витнијев тест (U/z), Статистичка значајност (p), Величина ефекта (r)

Резултати приказани у Табели 13 указују на постојање статистички значајних разлика између оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника у успешности препознавања следећих базичних емоција: изненађења, презира, туге, гађења, као и неутралних лица, при чему су здрави испитаници успешнији у односу на оболеле. Сагледавањем величине ефекта примећујемо да постоји снажан ефекат припадности подзорку оболелих, односно здравих када је реч о успешности препознавања изненађења и неутралних лица.

Значајна разлика у успешности препознавања неутралних лица у корист психички здравих испитаника би значила да испитаници оболели од параноидне схизофреније чешће на емоционално неутралним лицима грешком препознају емоцију, тј. извештавају о присуству емоције. С обзиром на овај резултат интересовало нас је које емоције испитаници најчешће грешком идентификују на емоционално неутралном лицу. Графици 3 и 4 показују дистрибуције добијених одговора на фотографијама на којима су представљена неутрална лица, тј. лица без емоција.

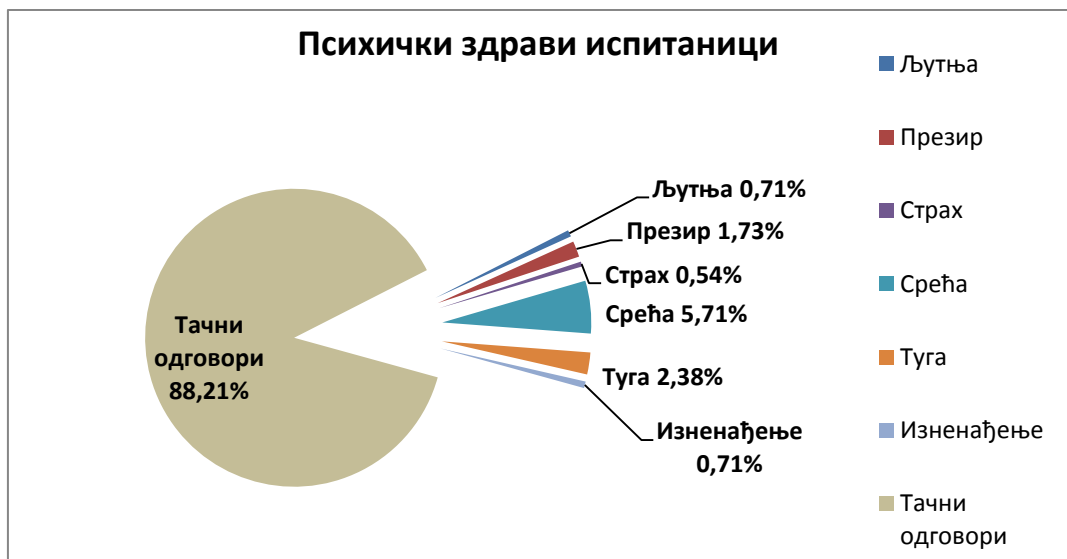


График 3. Дистрибуција одговора психички здравих испитаника на фотографијама које приказују емоционално неутрална лица

Као што се може видети са графика 3, 88,21% свих добијених одговора психички здравих испитаника на емоционално неутралним фотографијама представља тачан одговор.

Када је реч о грешкама, психички здрави испитаници најчешће грешком на неутралном лицу препознају срећу (5,71% од укупног броја добијених одговора на емоционално неутралним фотографијама), затим тугу (2,38% од укупног броја добијених одговора на емоционално неутралним фотографијама) и на крају презир (1,73% од укупног броја добијених одговора на емоционално неутралним фотографијама).

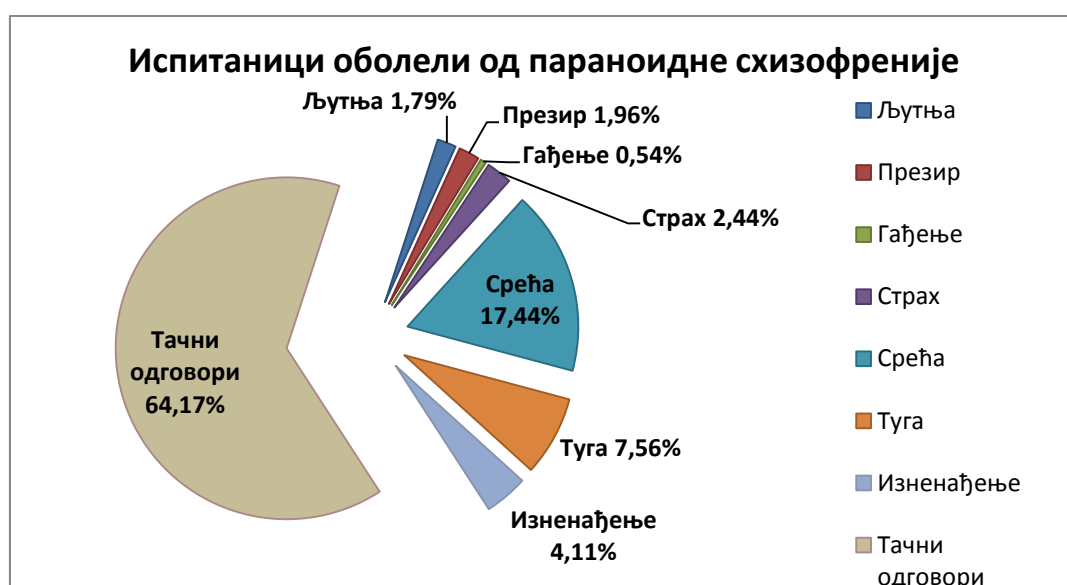


График 4. Дистрибуција одговора испитаника оболелих од параноидне шизофреније на фотографијама које приказују емоционално неутрална лица

График 4 показује да 64,17% свих добијених одговора испитаника оболелих од параноидне схизофреније на фотографијама неутралних лица одговара тачном одговору. Поређењем два подзорка, видимо да су оболели испитаници мање успешни у препознавању неутралних лица, што показују и резултати Ман-Витнијевог У теста. И ови испитаници, као и психички здрави најчешће грешком препознају срећу на неутралном лицу (17,44% од укупног броја добијених одговора на емоционално неутралним фотографијама), мада оболели од параноидне схизофреније у много већем проценту у односу на здраве. После среће, следе грешком препозната туга (7,56% од укупног броја добијених одговора на емоционално неутралним фотографијама) и изненађење (4,11% од укупног броја добијених одговора на емоционално неутралним фотографијама).

3.1.4 Разлике у изражености емоционалне емпатије између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

Тестирање нормалности дистрибуције резултата на *Мултидимензионалној скали емоционалне емпатије* указују да расподела одговара нормалној дистрибуцији. Вредности коефицијената закривљености (Sk) на подзорку схизофрених испитаника износи -1,03, док на подзорку психички здравих износи 0,26. Када је реч о коефицијенту издужености (Ku), вредност овог коефицијента на подзорку схизофрених износи 1,48, док на подзорку психички здравих износи 0,38. Коначно резултати Шапиро-Вилковог теста указују да расподела резултата одговара нормалној дистрибуцији (оболели од параноидне схизофреније: $S-W=0,932$, $p=0,057$; психички здрави: $S-W=0,980$, $p=0,831$).

Табела 14 приказује разлике у изражености емоционалне емпатије између испитиваних подзорака.

Табела 14. Разлике у изражености емоционалне емпатије између оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника

		AS	SD	df	t	p	d
Емоционална емпатија	Схизофрени	100,93	12,27	58	2,104	0,040	0,54
	Психички здрави	95,10	8,95				

Легенда: Број степени слободе (df), Студентов тест (t), Статистичка значајност (p), Величина ефекта (d)

На основу резултата приказаних у Табели 14 закључује се да између испитиваних подзорака постоје статистички значајне разлике у степену изражености

емоционалне емпатије, при чему је емоционална емпатија израженија код особа оболелих од параноидне шизофреније.

3.2 ИСПИТИВАЊЕ ПОВЕЗАНОСТ ИЗМЕЂУ ИСПИТИВАНИХ ВАРИЈАБЛИ

3.2.1 Повезаност димензија афективне везаности и аспеката емпатије

Табела 15. Повезаност димензија афективне везаности и успешности на задацима за процену когнитивне компоненте теорије ума на испитиваним подзорцима (Спирманов коефицијент корелације)

Димензије афективне везаности	Испитаници оболели од параноидне шизофреније		Психички здрави испитаници	
	Когнитивна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	Тест необичних прича	Когнитивна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	Тест необичних прича
Неразрешена породична трауматизација	0,019	-0,026	0,070	0,231
Страх од губитка спољашње базе сигурности	-0,086	-0,205	-0,054	-0,223
Негативан радни модел других	-0,301	-0,121	0,043	0,060
Капацитет за ментализацију	-0,110	0,187	-0,436*	0,073
Негативан радни модел селфа	-0,263	-0,567**	0,104	0,002
Коришћење спољашње базе сигурности	-0,223	-0,066	-0,401*	-0,188
Слаба регулација беса	-0,283	-0,329	0,052	0,128

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

У Табели 15 приказане су корелације између димензија афективне везаности и успешности испитаника на задацима намењеним процени когнитивне теорије ума. Приказани резултати показују да на подзорку оболелих од параноидне шизофреније постоји значајна негативна повезаност између димензије Негативан радни модел селфа и успешности испитаника на *Тесту необичних прича*. На подзорку психички здравих испитаника утврђене су значајне негативне корелације између успешности испитаника на делу *Теста препознавања „погрешног корака“* намењеном процени когнитивне компоненте теорије ума и следећих димензија афективне везаности – Капацитет за ментализацију и Коришћење спољашње базе сигурности.

Испитујући повезаност између димензија афективне везаности и успешности испитаника на задацима за процену афективне компоненте теорије ума добили смо

результате који указују да на подзорку оболелих од параноидне шизофреније постоји значајна негативна корелација између успешности на тесту препознавања емоција на основу фацијалне експресије (*JACFEE/JACNeuF*) и следећих димензија афективне везаности – Негативан радни модел селфа и Слаба регулација беса. На подзорку психички здравих испитаника статистички значајна негативна корелација постоји између задатака за процену афективне компоненте теорије ума *Теста препознавања „погрешног корака“* и димензије Капацитет за ментализацију. Такође, резултати указују да на подзорку психички здравих испитаника постоји негативна корелација између успешности на Тесту препознавања емоција на основу фацијалне експресије (*JACFEE/JACNeuF*) и димензије Негативан радни модел других (Табела 16).

Табела 16. Повезаност димензија афективне везаности и успешности на задацима за процену афективне компоненте теорије ума на испитиваним подзорцима (Спирманов коефицијент корелације)

Димензије афективне везаности	Испитаници оболели од параноидне шизофреније		Психички здрави испитаници	
	Афективна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	JACFEE/JACNeuF	Афективна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	JACFEE/JACNeuF
Неразрешена породична трауматизација	-0,067	-0,330	-0,052	-0,151
Страх од губитка спољашње базе сигурности	-0,046	-0,311	-0,019	0,133
Негативан радни модел других	-0,187	-0,156	0,085	-0,449*
Капацитет за ментализацију	-0,121	-0,066	-0,404*	0,077
Негативан радни модел селфа	-0,201	-0,525**	-0,028	-0,110
Коришћење спољашње базе сигурности	-0,294	-0,078	-0,105	0,313
Слаба регулација беса	-0,349	-0,388*	0,134	-0,147

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Табела 17. Повезаност димензија афективне везаности и емоционалне емпатије на испитиваним подзорцима (Спирманов коефицијент корелације)

Димензије афективне везаности	Испитаници оболели од параноидне шизофреније	Психички здрави испитаници
	Емоционална емпатија	Емоционална емпатија
Неразрешена породична трауматизација	0,063	0,191
Страх од губитка спољашње базе сигурности	0,461*	0,135
Негативан радни модел других	0,379*	0,152
Капацитет за ментализацију	0,375*	-0,006
Негативан радни модел селфа	0,404*	0,046

Коришћење спољашње базе сигурности	0,566**	0,221
Слаба регулација беса	0,168	0,055

**p<0,01; *p<0,05

У Табели 17 приказане су корелације између емоционалне емпатије и димензија афективне везаности на два подузорка. На подузорку оболелих од параноидне схизофреније емоционална емпатија остварује позитивну корелацију са скоро свим димензијама афективне везаности, изузев димензија Неразрешена породична трауматизација и Слаба регулација беса. Утврђене корелације на подузорку психички здравих испитаника нису статистички значајне.

Сагледавањем добијених корелације између димензија афективне везаности и аспеката емпатије (когнитивне и афективне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије) примећује се да се корелације на испитиваним подузорцима не разликују само у интензитету, већ и у смеру повезаности. Из тог разлога проверен је степен слагања добијених структура корелација на испитиваним подузорцима. У циљу поређења структура корелација коришћен је Такеров коефицијент конгруентности. Ова метода служи за испитивање подударности екстрахованих фактора наизменично у две групе. Када је реч о критичном нивоу конгруентности, Лоренцо-Севе и Берџ (Lorenzo - Seva & Berge, 2006) напомињу да се фактори који остварују коефицијент од 0,85 до 0,84 могу сматрати претежно сличнима, док је у случају коефицијента конгруенције изнад 0,95 реч о идентичним факторима. Критеријуми према Такеру су следећи: од 0,98 до 1,00 – одлично; од 0,92 до 0,98 – добро; од 0,82 до 0,92 – гранично; од 0,68 до 0,82 – сиромашно и испод 0,68 – лоше (Lorenzo-Seva & Berge, 2006).

Коришћењем ове методе покушали смо да утврдимо степен слагања добијених корелација на два подузорка. У Табели 18 приказане су вредности Такерових коефицијената конгруентности.

Табела 18. Такерови коефицијенти конгруентности

	Коефицијент конгруентности Ф
Димензије афективне везаности – Когнитивна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	0,260
Димензије афективне везаности – Тест необичних прича	0,052
Димензије афективне везаности - Афективна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	0,109
Димензије афективне везаности - JACFEE/JACNeuF	0,326
Димензије афективне везаности – Емоционална емпатија	0,773

Као што из Табеле 18 можемо видети добијени коефицијенти конгруентности указују на лоше слагање добијених корелација (према Такеровим критеријумима), осим у случају поређења добијених корелација између димензија афективне везаности и емоционалне емпатије, где је слагање, према Такеровим критеријумима, ниско.

3.2.2 Повезаност когнитивне и афективне теорије ума и емоционалне емпатије

Испитивањем повезаности између емоционалне емпатије са једне стране и успешности испитаника на задацима намењеним процени когнитивне и афективне теорије ума добијени су резултати који указују да утврђене везе на подзорку психички здравих испитаника нису статистички значајне. Када је реч о подзорку оболелих од параноидне шизофреније значајне негативне корелације утврђене су између емоционалне емпатије и успешности испитаника на задацима за процену когнитивне компоненте теорије ума (Табела 19).

Табела 19. Повезаност емоционалне емпатије и успешности на задацима намењеним процени когнитивне и афективне теорије ума на два подзорка

Задаци за процену теорије ума	Испитаници оболели од параноидне шизофреније	Психички здрави испитаници
	Емоционална емпатија	Емоционална емпатија
Когнитивна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака)	-0,378*	-0,093
Тест необичних прича	-0,407*	-0,195
Афективна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака)	-0,279	-0,054
JACFEE/JACNeuF	-0,240	0,324

* $p < 0,05$

3.2.3 Повезаност персекуторне идеације и аспеката емпатије (теорија ума и емоционална емпатија) на подзорку оболелих од параноидне шизофреније

Пре провере повезаности, испитано је да ли варијабла персекуторна идеација има нормалну расподелу на подзорку оболелих од параноидне шизофреније. Резултати указују да расподела ове варијабле одговара нормалној дистрибуцији ($S-W=0,946$, $p=0,146$).

Табела 20. Повезаност персекуторне идеације и аспеката емпатије код испитаника оболелих од параноидне шизофреније

Аспекти емпатије	Испитаници оболели од параноидне шизофреније	
		Персекуторна идеација
Когнитивна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	r_o	-0,286
Тест необичних прича	r_o	-0,387*
Афективна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака“)	r_o	-0,284
JACFEE/JACNeuF	r_o	-0,460*
Емоционална емпатија	r	0,638**

Легенда: ** $p<0,01$; * $p<0,05$, Спирманов коефицијент корелације рангова (r_o), Пирсонов коефицијент корелације (r)

Провером повезаности персекуторне идеације и аспеката емпатије добијени су резултати који показују да персекуторна идеација остварује значајну негативну везу са успешношћу испитаника на задацима за процену когнитивне компоненте теорије ума *Теста необичних прича*, као и са успешношћу испитаника на Тесту препознавања емоција на основу фацијалне експресије (*JACFEE/JACNeuF*). Између персекуторне идеације и емоционалне емпатије постоји значајна позитивна веза.

3.2.4 Повезаност персекуторне идеације и димензија афективне везаности на подзорку оболелих од параноидне шизофреније

У Табели 21 приказане су вредности Пирсоновог коефицијента корелације између изражености персекуторне идеације и димензија афективне везаности.

Табела 21. Повезаност персекуторне идеације и димензија афективне везаности код испитаника оболелих од параноидне шизофреније (Пирсонов тест корелације)

Димензије афективне везаности	Персекуторна идеација
Неразрешена породична трауматизација	0,292
Страх од губитка спољашње базе сигурности	0,364*
Негативан радни модел других	0,721**
Капацитет за ментализацију	0,385*
Негативан радни модел селфа	0,527**
Коришћење спољашње базе сигурности	0,383*
Слаба регулација беса	0,153

** $p<0,01$; * $p<0,05$

Резултати корелативне анализе показују да је персекуторна идеација статистички значајно повезана са већином димензија афективне везаности изузев димензије Неразрешена породична трауматизација и димензије Слаба регулација беса.

3.3 ИСПИТИВАЊЕ МОГУЋНОСТИ ПРЕДИКЦИЈЕ ПРИСУСТВА/ОДСУСТВА БОЛЕСТИ НА ОСНОВУ ДИМЕНЗИЈА АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ И АСПЕКТА ЕМПАТИЈЕ

У овом делу рада биће приказани резултати бинарне логистичке регресије. Овом анализом настојали смо да, поред утврђених разлика и корелација, проширимо анализу везе између димензија афективне везаности и аспеката емпатије са једне стране и самог психичког обољења, односно параноидне схизофреније са друге стране.

3.3.1 Могућност предвиђања припадности испитаника подузорку оболелих од параноидне схизофреније, односно подузорку психички здравих на основу димензија афективне везаности

Пре спровођења бинарне логистичке регресије проверена је претпоставка и непостојању мултиколинearности између предиктора. Вредности коефицијената Tolerance (TOL) и VIF приказани у Табели 22 потврђују претпоставку о непостојању мултиколинearности.

Табела 22. Анализа колинearности

Предиктори	Мултиколинearности	
	TOL	VIF
Неразрешена породична трауматизација	0,564	1,772
Страх од губитка спољашње базе сигурности	0,582	1,718
Негативан радни модел других	0,751	1,332
Капацитет за ментализацију	0,766	1,305
Негативан радни модел селфа	0,533	1,874
Коришћење спољашње базе сигурности	0,609	1,643
Слаба регулација беса	0,832	1,202

Испитивање модела, односно провера колико модел добро предвиђа резултате, спроведена је помоћу Хи-квадрат теста. Резултати су указали да је цео модел са свим предикторима статистички значајан $\chi^2_{(7)}=33,80$; $p<0,01$, што заправо показује да модел разликује испитанике оболеле од параноидне схизофреније и психички здраве испитанике.

И резултати Хосмер и Лемешоу теста подржавају тврдњу да је модел добар $\chi^2_{(8)}=8,67$; $p=0,371$.

Употребљивост модела, тачније колики део варијансе зависне променљиве модел објашњава, проверена је помоћу показатеља Cox & Snell R² и Nagelkerke R². Вредности су приказане у табели 23.

Табела 23. Употребљивост модела

Корак	2-Log likelihood	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
1	49,376	0,431	0,574

Као што се из Табеле 23 може видети модел објашњава између 43,1% и 57,4% варијансе зависне променљиве. Даља анализа показује да модел тачно класификује 76,7% случајева.

Табела 24. Логистичка регресија: димензије афективне везаности као предиктори присуства/одсуства параноидне схизофреније

	В	Стандардна грешка	Wald	df	p	Количник вероватноће	Интервал 95-постотног поверења за количник вероватноће	
							Доња граница	Горња граница
Неразрешена породична трауматизација	0,053	0,037	1,998	1	0,158	1,054	0,980	1,135
Страх од губитка спољашње базе сигурности	0,048	0,033	2,037	1	0,153	1,049	0,982	1,119
Негативан радни модел других	0,132	0,043	9,539	1	0,002	1,141	1,049	1,240
Капацитет за ментализацију	-0,027	0,046	0,347	1	0,556	0,973	0,888	1,066
Негативан радни модел селфа	-0,008	0,043	0,037	1	0,847	0,992	0,912	1,079
Коришћење спољашње базе сигурности	0,006	0,046	0,016	1	0,898	1,006	0,919	1,100
Слаба регулација беса	-0,083	0,050	2,807	1	0,094	0,920	0,835	1,014

Легенда: Нестандардизовани регресиони коефицијенти (В), Тест количника веродостојности (Wald), Број степени слободe (df), Статистичка значајност (p)

Резултати приказани у Табели 24 показују да само једна независна променљива даје јединствен статистички значајан допринос моделу – димензија Негативан радни модел других, чији је количник вероватноће 1,14. То показује да испитаници који имају виши резултат на овој димензији 1,14 пута чешће припадају групи оболелих од параноидне схизофреније.

3.3.2 Могућност предвиђања припадности испитаника подузорку оболелих од параноидне схизофреније, односно подузорку психички здравих на основу аспеката емпатије

На почетку испитивања модела проверена је претпоставка о непостојању мултиколинеарности. Вредности коефицијената Tolerance (TOL) и VIF приказани у Табели 25 потврђују ову претпоставку.

Табеле 25. Анализа колинеарности

Предиктори	Мултиколинеарност	
	TOL	VIF
Когнитивна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака)	0,201	4,978
Тест необичних прича Афективна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака)	0,402	2,487
JACFEE/JACNeuF	0,221	4,527
Емоционална емпатија	0,559	1,790
	0,818	1,223

Хи-квадрат тестом проверено је колико модел добро предвиђа резултате. Резултати указују да је модел статистички значајан, односно да модел диференцира испитанике оболеле од параноидне схизофреније и психички здраве испитанике $\chi^2_{(5)}=40,46$; $p<0,01$.

Резултати Хосмер и Лемешоу теста такође указују да је реч о добром моделу $\chi^2_{(8)}=2,37$; $p=0,967$.

Показатељи употребљивост модела приказани су у Табели 26.

Табела 26. Употребљивост модела

Корак	2-Log likelihood	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
1	42,719	0,490	0,654

Вредности показатеља Cox & Snell R² и Nagelkerke R² указују да модел објашњава између 49% и 65,4% варијансе зависне променљиве.

Утврђено је да испитивани модел тачно класификује 83,3% свих случајева.

Табела 27. Логистичка регресија: аспекти емпатије као предиктори присуства/одсуства параноидне шизофреније

	B	Стандардна грешка	Wald	df	p	Количник вероватноће	Интервал 95-постотног поверења за количник вероватноће	
							Доња граница	Горња граница
Когнитивна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака)	0,007	0,100	0,005	1	0,941	1,007	0,828	1,226
Тест необичних прича	-0,579	0,252	5,264	1	0,022	0,560	0,342	0,919
Афективна компонента теорије ума (Тест препознавања „погрешног корака)	0,367	0,571	0,414	1	0,520	1,443	0,472	4,417
JACFEE/JACNeuF	-0,127	0,044	8,301	1	0,004	0,881	0,808	0,960
Емоционална емпатија	0,046	0,041	1,223	1	0,269	1,047	0,965	1,135

Легенда: Нестандардизовани регресиони коефицијенти (B), Тест количника веродостојности (Wald), Број степени слободe (df), Статистичка значајност (p)

Из резултата приказаних у Табели 27 видимо да две независне променљиве дају јединствени статистички значајан допринос моделу. У питању су успешност испитаника на *Тесту необичних прича* и успешност испитаника на тесту препознавања емоција (*JACFEE/JACNeuF*). Како су моделом обухваћени збирни скорови на овим тестовима, интересовало нас је да ли и како појединачни задаци доприносе предикцији вероватноће припадности подузорку оболели/психички здрави. Пре провере ових модела проверена је претпоставка о непостојању мултиколинearности између предиктора – појединачних задатака у оквиру наведених тестова. Вредности коефицијената Tolerance (TOL) и VIF потврдили су претпоставку о непостојању мултиколинearности.

Приликом испитивања модела у коме су предикторе представљале форме комуникације обухваћене *Тестом необичних прича* добијени су резултати који указују да модел добро диференцира испитанике оболеле од параноидне шизофреније и психички здраве испитанике $\chi^2_{(5)}=37,53$; $p<0,01$. Резултати Хосмер и Лемешоу теста су такође показали да је реч о добром моделу $\chi^2_{(8)}=4,40$; $p=0,819$. Вредности показатеља Cox & Snell R^2 и Nagelkerke R^2 указују да модел објашњава између 46,5% и 81,9% варијансе зависне променљиве. Испитивани модел тачно класификује 85% свих случајева. У Табели 28 приказан је појединачни допринос предиктора моделу.

Табела 28. Логистичка регресија: појединачни задаци Теста необичних прича као предиктори присуства/одсуства параноидне схизофреније

Тест препознавања необичних прича	B	Стандардна грешка	Wald	df	p	Количник вероватноће	Интервал 95-постотног поверења за количник вероватноће	
							Доња граница	Горња граница
Дупли блеф	-1,527	0,414	13,592	1	0,000	0,217	0,096	0,489
Персуазија	-0,462	0,542	0,727	1	0,394	0,630	0,218	1,823
Бела лаж	0,031	0,662	0,002	1	0,962	1,032	0,282	3,775
Неспоразуме	0,434	0,538	0,650	1	0,420	1,543	0,537	4,429
Иронија	-1,338	0,619	4,679	1	0,031	0,262	0,078	0,882

Легенда: Нестандардизовани регресиони коефицијенти (B), Тест количника веродостојности (Wald), Број степени слободе (df), Статистичка значајност (p)

Резултати показују да две независне имају јединствени значајан допринос моделу – успешност препознавања дуплог блефа и успешност препознавања ироније.

Испитивањем доприноса успешности у препознавању појединачних емоција и емоционално неутралних лица на основу фацијалне експресије у предикцији вероватноће припадности подузорку психички здрави/оболели од параноидне схизофреније добијени су резултати који указују да је реч о моделу који добро диференцира испитанике различитих подузорака $\chi^2_{(8)}=44,81$; $p<0,01$. Да је реч о добром моделу потврђују и резултати Хосмер и Лемешоу теста $\chi^2_{(8)}=3,24$; $p=0,918$. Вредности показатеља Cox & Snell R^2 и Nagelkerke R^2 указују да модел објашњава између 52,6% и 70,2% варијансе зависне променљиве. Утврђено је да испитивани модел тачно класификује 86,7% свих случајева.

Табела 29. Логистичка регресија: успешност препознавања појединачних емоција као предиктори присуства/одсуства параноидне схизофреније

JACFEE/JACNeuF	B	Стандардна грешка	Wald	df	p	Количник вероватноће	Интервал 95-постотног поверења за количник вероватноће	
							Доња граница	Горња граница
срећа	-0,099	1,946	0,003	1	0,960	0,906	0,020	41,047
изненађење	-1,379	0,599	5,303	1	0,021	0,252	0,078	0,814
љутња	-0,234	0,251	0,864	1	0,353	0,792	0,484	1,296
презир	-0,008	0,170	0,002	1	0,964	0,992	0,711	1,385
туга	-0,149	0,222	0,451	1	0,502	0,861	0,557	1,331
одвратност	-0,219	0,181	1,459	1	0,227	0,804	0,564	1,146
страх	0,017	0,220	0,104	1	0,747	1,074	0,697	1,654
емоционално неутрална лица	-0,149	0,059	6,302	1	0,012	0,862	0,767	0,968

Легенда: Нестандардизовани регресиони коефицијенти (B), Тест количника веродостојности (Wald), Број степени слободе (df), Статистичка значајност (p)

Резултати показују да успешност препознавања изненађења и емоционално неутралних лица представљају предикторе са јединственим значајним доприносом моделу. Успешност препознавања осталих емоција се није показала значајном за предвиђање вероватноће припадности подузорку психички здравих, односно оболелих од параноидне шизофреније (Табела 29).

3.4 КВАЛИТАТИВНА АНАЛИЗА САДРЖАЈА ОДГОВОРА – ПРИКАЗ РЕЗУЛТАТА

Ради бољег разумевања добијених резултата на *Тесту препознавања „погрешног корака“* и допуне нумеричких података, урађена је квалитативна тематска анализа садржаја одговора испитаника на овом тесту. У квалитативну анализу су ушли одговори на питање које се односи на могућност препознавања намера актера који је дао коментар непримерен ситуацији (*Шта мислите, због чега је он/она то рекао/ла?*). Анализа одговора је најпре спроведена у случају оних прича на којима су утврђене значајан разлике у успешности препознавања „погрешног корака“ између два подузорка (приче број 11, 12, 15 и 18). Касније је анализа проширена на оне одговоре који су се увидом у прикупљени материјал издвојили као специфични.

Како би тумачење било јасније напомињемо да „погрешан корак“ заправо значи да је неко од актера приче рекао нешто што је непријатно или непримерено датој ситуацији.

Подаци су прикупљени током индивидуалног тестирања, при чему су дословно забележени искази испитаника. Природа самог теста „погрешног корака“ омогућава квалитативну анализу прикупљеног материјала, захваљујући чему се обезбеђује бољи увид у процес атрибуције и евентуално уочавање разлика у овом процесу између испитиваних подузорака. Поступак који смо користили припада квалитативној тематској анализи, која подразумева идентификовање доминантних тема у регистрованим одговорима (Braun & Clarke, 2006, према Гутвај & Шевкутић, 2013). Према томе, покушали смо да анализом садржаја одговора, идентификујемо доминантне теме у одговорима испитаника на појединим причама. Идентификоване теме уско су повезане са самим подацима, односно идентификовање није одређено било којим теоријским полазиштем. При томе свака тема подразумева одговоре истог или сличног значења.

Задатак прве фазе рада био је издвајање и упознавање са забележеним одговорима испитаника.

Следећа фаза рада подразумевала је дефинисање и именовање тема, при чему се водило рачуна о могућности постојања подтема, као и о избегавању преклапања тема. Теме су именоване на основу значења добијених одговора.

Прича број 11

Марина Петровић, менаџер компаније „Абако Софтвер Дизајн“, сазвала је састанак свих запослених “Имам нешто да вам саопштим” рекла је “Игор Станимировић, један од наших књиговођа, је тешко болестан од карцинома и налази се у болници. “Завладао је мук, док су сви покушавали да прихвате вест, када је Милош, софтверски инжењер, стигао са закашњењем. „Хеј, чуо сам сјајан виц синоћ!“ рекао је Милош. „Шта је смртно болестан пацијент рекао свом доктору?“ Марина је рекла: „У реду, хајде да пређемо на посао.“

Анализом садржаја одговора идентификоване су три теме. Прва и најчешћа тема у одговорима испитаника је **Не постоји лоша намера**. Ова тема појављује се и у одговорима психички здравих (29 испитаника) и у одговорима оболели од параноидне схизофреније (23 испитаника). Према ауторима теста, ови одговори бодују се као тачни. Неки од одговора који припадају овој теми су: *Хтео је да се нашали; Зато што није био упознат са ситуацијом, хтео је да развесели људе; Онако је рекао, није знао за претходни разговор*. Следећа идентификована тема је **Нелогични одговори**, која се појављује само у одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Тем *Нелогични одговори* припада садржај одговора два испитаника: *1. Повредио је друга, можда је хтео да га охрабри. 2. Марина је погрешила, јер није желела да слуша виц, а то није у реду*. Може се рећи да су одговори бесмислени и упућују на неразумевање описа ситуације у причи. Међутим, треба напоменути да у оквиру сваке приче постоје контролна питања, којима се утврђује да ли је испитаник разумео причу. Испитаници не подбацује на контролним питањима, која подразумевају разумевање околности приче, али када је реч о намерама и интерперсоналним односима, не наилазимо, у овом случају, на разумевање. Код другог наведеног одговора примећујемо да се испитаник осврће на део приче који је за остале учеснике испитивања потпуно ирелевантан. Одговор испитаника проистекао је из уочавања покушаја Марине да промени тему, што се интерпретира као некоректан поступак, који за остале испитанике представља покушај превазилажења „нелагодне“ ситуације.

Тема *Лоша намера* идентификована је само у одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Одговори су следећи:

1. Рекао је из обести, он се спреда, а знао је.
2. Нема карактер, нема душу. Знао је да је колега болестан.
3. Можда је намерно, да неког повреди.

Из одговора се јасно види приписивање лоше намере актеру приче, уз занемаривање понуђених информација у причи. Наиме, малициозне намере се изводе из претпоставке да је актер поседовао извесне информације, при чему је из контекста приче јасно да актер не поседује информацију о болести колеге. Самим тим испитаници „додају“ извесна значења приликом тумачења намера које „стоје“ иза изјава актера. Атрибуција је негативна, при чему се стиче утисак да се у датој ситуацији болесном колеги приписује позиција жртве у односу на Милоша.

Прича број 12

Марко, деветогодишњи дечак, управо је кренуо у нову школу. Био је у једној од кабина школског тоалета. Иван и Драган, два друга дечака, ушли су и започели разговор док су стајали крај лавабоа. Иван је рекао: „Знаш оног новог типа у нашем одељењу? Зове се Марко. Зар ти не делује чудно? А и тако је низак!“ Марко је изашао из кабине тоалета, и Иван и Драган су га видели. Драган је рекао: „Ох, здраво Марко! Хоћеш ли сад с нама напоље да играмо фудбал?“

Због броја идентификованих тема и подтема, резултати анализе садржаја одговора приказани су табеларно. У Табели 30 приказане су идентификоване теме и подтеме.

Табела 30. Теме у оквиру приче 12

Теме	Подтеме	Оболели од параноидне схизофреније (N)	Психички здрави (N)
Непостојање лоше намере	Изношење властитог мишљења	+ (10)	+ (19)
	Изношење чињеница	+ (3)	+ (2)
Лоша намера		+ (4)	/
Нелогични одговори		+ (1)	/
Унутрашња атрибуција		+ (5)	+ (4)
Инструментални разлози	Очување пријатељства	+ (1)	+ (1)
	Ситуација	/	+ (2)
Шала		+ (1)	/

Легенда: Број одговора/испитаника који припада теми (N)

1. Тема *Непостојање лоше намере*

Ова тема обухвата две подтеме – подтему *Изношење властитог мишљења* (примери одговора: *Тако је мислио о Марку; Рекао је своје мишљење; Учинило му се да је такав, рекао је своје мишљење*) и подтему *Изношење чињеница* (примери одговора: *Можда је овај стварно низак растом; Можда је стварно низак и чудан*). Дакле, прва подтема обухвата одговоре којима се указује да изјава актера приче представља изношење властитог мишљења, док су другом подтемом обухваћени одговори који указују да је изјава актера последица запажање реалних карактеристика друге особе.

Формулисање оваквих одговора обухваћених темом *Непостојање лоше намере* ослања се највећим делом на податке наведене у причи, без приписивања додатног значења речима актера који је начинио „погрешан корак“. На подузорку психички здравих испитаника чак 21 испитаник наводи одговоре чији садржај одговара овој теми, док је на подузорку оболелих од параноидне шизофреније овај број знатно мањи (13).

2. Тема *Лоша намера*

Тема подразумева одговоре у којима се актеру приче који је начинио „погрешан корак“ приписује лоша намера, на пример - *Да би увредио Марка; Хтео је да га понизи; Хтео је да буде злонамеран*. Овакви одговори, који подразумевају препознавање малициозне намере иза речи актера, што представља приписивање значења које није експлицитно дато у самој причи, појављују се само у одговорима оболелих од параноидне шизофреније.

3. Тема *Нелогични одговори*

Овој теми припада само један одговор испитаника оболелог од параноидне шизофреније. Одговор гласи – *Да не би играо фудбал*. Сам одговор представља навођење баналних разлога за коментар, при чему се из вида губе многе информације наведене у причи, тако да се поново сусрећемо са ситуацијом да испитаникову пажњу скрећу подаци наведени у причи, који су за већину испитаника ирелевантни за тумачење намера актера приче.

4. Тема *Унутрашња атрибуција*

Ова тема појављује се у садржају одговора обе групе испитаника. Садржаји одговора подразумевају да се као разлог одређене изјаве актера наводе унутрашњи фактори – безобразлук, љубомора, завист, склоност ка оговарању, инфериорност,

ненаклоност. Овакви одговори не изненађују, с обзиром на то да је познато да су приликом одређивања узрока појава и понашања људи склони да узроке понашања других чешће приписују унутрашњим факторима, чак и онда када је очигледно да су узроци део саме ситуације (Crisp & Turner, 2007). Како у причи нису очигледни спољашњи узроци, појава унутрашње атрибуције је потпуно очекивана и јавља се у одговорима како оболелих од параноидне схизофреније, тако и у одговорима психички здравих испитаника.

5. Тема *Инструментални разлози*

Тема *Инструментални разлози* обухвата одговоре који упућују на евентуалну корист актера који је починио „погрешан корак“ од дате изјаве. У оквиру ове теме издвајају се две подтеме – *Очување пријатељства* која обухвата одговоре чији садржај указује на покушај Ивана да датим коментаром сачува пријатељство са Драганом, и *Ситуација* – у оквиру које се садржај одговора везује за саму ситуацију нпр. *Да започне неки разговор са овим другим* или *Да испадне занимљив у ситуацији*. Подтема *Очување пријатељства* појављује се у одговорима обе групе испитаника, док се друга подтема *Ситуација* појављује само у одговорима психички здравих испитаника.

6. Тема *Шала*

Ова тема јавља се у одговору само једног испитаника оболелог од параноидне схизофреније, који изјаву актера образлаже покушајем да се нашали.

Прича број 15

У основној школи Свети Сава одржано је такмичење у писању прича. Сви су били позвани да учествују. Неколико ученика петог разреда се пријавило. Кристина, ученица петог разреда, волела је приче и пријавила се за такмичење. Неколико дана касније, објављени су резултати такмичења. Кристинина прича није ништа освојила, а њен друг из разреда, Милан, освојио је прву награду. Наредног дана, Кристина је седела на клупи са Миланом. Гледали су у његов трофеј за освојено прво место. Милан је рекао: „Било је тако лако победити на такмичењу. Све друге приче са такмичења су биле ужасне.“ „Где ћеш ставити трофеј?“ упитала је Кристина.

У одговорима испитаника добијеним у оквиру приче број 15 издвајају се следеће теме: *Изношење сопственог мишљења; Не воли Кристину; Покушај умањења*

властитог успеха; Лоша намера; Хвалисавац без лоше намере и Кристина је кривац.

Тема **Изношење сопственог мишљења** појављује се у одговорима само три испитаника (2 испитаника оболела од параноидне шизофреније и 1 психички здрав испитаник). Одговори су следећи: *Тако је мислио, стварно је било тако, а није знао да је Кристина учествовала; Јер је мислио тако. Није знао за њено учешће на такмичењу; Био је победник и сматрао је да је написао најбољу причу. Није знао за Кристину.* Могло би се рећи да ови одговори не подразумевају приписивање имплицитног значења изјави актера, па је самим тим намера тумачена освртом на саму ситуацију, без навођења претходне историје односа и са позивањем на непознавање информације од стране Милана о учешћу Кристине на такмичењу (према ауторима теста то је тачан одговор; у причи се не наводи да је Милан знао да је Кристина учествовала).

Теме **Не воли Кристину** и **Покушај умањења властитог успеха** појављује се само у по једном одговору испитаника који припадају подзорку психички здравих.

Тема **Лоша намера** појављује се у одговорима скоро половине испитаника обухваћених овим истраживањем (12 оболелих од параноидне шизофреније и 16 здравих испитаника). Неки од одговора који припадају овој теми су:

1. *Зато што је хтео вероватно да је повреди.*
2. *Хтео је да представи себе као нешто, да је сувише интелигентан, да је то за њега лако. Увредио је све. Знао је.*
3. *Намерно је то рекао да је понизи.*
4. *Био је злбан. Мислим да је знао да је Кристина учествовала.*

На основу броја одговора чији садржај припада овој теми, можемо рећи да је тема доминантна. Такође, не можемо је повезати са конкретном психопатологијом, јер се већи број пута појављује у одговорима психички здравих. Чини се да овакве одговоре провоцира придев (реч) „ужасне“, у реченици *Све друге приче са такмичења су биле ужасне.* Постоји могућност да ову реч већина испитаника препознаје као врло „тешку“ и „увредљиву“ реч, што даље води у негативну атрибуцију узрока изјаве актера приче (Милана).

Тема **Хвалисавац без лоше намере** подразумева одговоре који указују на намеру актера да се похвали својим успехом, а не да повреди саговорника. Овакви одговори јављају се код трећине психички здравих (10 испитаника), што је дупло више у односу на шизофрене испитанике.

Тема **Кристина је „кривац“** појављује се само у одговорима оболелих од параноидне шизофреније. Одговори звуче скоро нелогично, а ради илустрације наводимо добијене одговоре:

- 1. Кристина је ишла са момком само због трофеја. Питала је где ће да стави трофеј, да би узела трофеј.*
- 2. Кристина је питала где ће да стави трофеј да га узме. Љубоморна је што није освојила трофеј.*
- 3. Где ћеш ставити трофеј – то је мало злобно што је питала. Она само размишља о победи. То је рекла што је изгубила.*

Број испитаника са одговорима који припадају овој теми није велики. Међутим, занимљиво је да одговори имају исто значење, односно да формирају конкретну тему. При томе се и у случају ове приче испитаници осврћу на Кристинине речи, које су за остале испитанике ирелевантне за тумачење намера актера који је заиста начинио „погрешан корак“, и своје одговоре формулишу на основу те изјаве. Може се рећи да је садржај одговора резултат приписивања имплицитног значења изјави, која је скоро неважна за разумевање намера актера приче. Поред тога, скреће пажњу и појава занемаривања Миланове изјаве. Стиче се утисак да се испитаници приликом тумачења намера „везују“ за последњу реченицу у причи и тиме занемарују целокупни контекст приче. Такође, не треба изоставити ни запажање да је могућа основа ових одговора идентификација са победником, коме остали (губитници) завиде и желе да му науде (да украде трофеј).

Прича број 18

Стефан је управо почео да ради у новој канцеларији. Једног дана, у кафетерији, разговарао је са новим пријатељем, Дејаном. „Чиме се бави твоја супруга?“ упитао је Дејан. „Она је адвокат“, одговорио је Стефан. Након неколико минута, Снежана је ушла у кафетерију видно изиритирана. „Управо сам водила најгори телефонски разговор икада“, рекла им је. „Адвокати су тако арогантни и похлепни. Не могу да их поднесем.“ „Да ли желиш да дођеш да погледаш ове извештаје?“ Дејан је упитао Снежану. „Не сада“, одговорила је. „Треба ми кафа.“

Идентификоване теме у регистрованим одговорима испитаника у оквиру приче број 18 су следеће **Афективно реаговање, Нелогични одговори, Изношење чињеница, Изношење властитог мишљења, Лоша намера и Није позвана да учествује.**

Тема **Афективно реаговање** појављује се у садржају одговора већине испитаника (17 схизофрених и 21 психички здрав). Ради илустрације навешћемо неколико добијених одговора:

1. *Била је узнемирена.*
2. *Јер је изнервирао неки адвокат.*
3. *Зато што је била изнервирана, јер је управо водила лош разговор.*
4. *Највероватније из беса.*

Одговори нису специфични, у смислу приписивања имплицитног значења изјави актера, и спадају у очекиване и тачне одговоре, према ауторима теста.

Тема **Нелогични одговори** се и код приче број 18, појављује само у одговорима оболелих од параноидне схизофреније и указује на неразумевање ситуације и интерперсоналних односа. Добијени одговори су:

Да би га вероватно одбила – у одговору поново препознајемо тенденцију обраћања пажње на информације које су осталим испитаницима ирелевантне. Осим тога, поново се уочава тенденција фокусирања на последњу реченицу у тексту приче, која заправо није значајна за процену намера актера;

Она је адвокат. Вероватно јој се не свиђа посао или не схвата озбиљно посао – овакав одговор указује на неразумевање приче и произвољног (скоро аутистичног) тумачења намера актера приче.

Тема **Изношење чињеница** појављује се у одговору само једног испитаника оболелог од параноидне схизофреније (*Зато што су стварно арогантни*) и указује на став самог испитаника према професији која се помиње у причи – адвокатура.

Тема **Изношење властитог мишљења** обухвата одговоре чијим се садржајем указује да је актер приче изнео сопствено мишљење и појављује се у одговорима испитаника оба подузорка (оболели од параноидне схизофреније -1, психички здрави – 5). Ова тема разликује се од прве теме идентификоване у одговорима испитаника на овој причи, по томе што разлог изјаве, односно мишљење карактерише стабилност, за разлику од афекта који је провоциран претходним догађајем (непријатан разговор са адвокатом).

Садржај одговора који припадају теми **Лоша намера** указује на намеру актера који је починио „погрешан корак“ да увреди и повреди саговорника, што представља приписивање имплицитног значења конкретној изјави. Поред тога, уколико се намера протумачи на овакав начин, скреће пажњу чињеница да се на основу садржаја приче не може препознати мотив актера (Снежане) да повреди Стефана, што доводи до тога да се испитаници даље упуштају у формирање произвољних претпоставки које се тичу

постојања историје интерперсоналних односа. Ова тема се јавља у одговорима оболелих од параноидне шизофреније, мада је њена учесталост у одговорима ниска (2 испитаника).

Тема ***Није позвана да учествује*** појављује се у одговору само једног испитаника оболелог од параноидне шизофреније. Као разлог изјаве актера који је починио „погрешан корак“ испитаник наводи неукључивање Снежане од стране колега у заједничку активност - *Зато што није била позвана да учествује у кафи*. Овакав одговор представља навођење нетачног разлога Снежанине изјаве и указује на усредсређеност испитаника на делове приче, који су за остале учесника испитивања ирелевантни.

Неопходно је напоменути да је увидом у одговоре добијене на размотреним причама, које иначе садрже „погрешан корак“ (прича број - 11, 12, 15 и 18) уочено да се у групи оболелих од параноидне шизофреније чешће јављају одговори који упућују на непрепознавање „погрешног корака“, у односу на психички здраве испитанике. Овај одговор се код шизофрених јавља 21 пут, док се код психички здравих јавља 8 пута. Нелогични одговори се такође појављују само у групи оболелих од параноидне шизофреније.

Даља анализа садржаја одговора биће спроведена на основу запажања истраживача насталих током задавања тестова, увида у материјал и обраде тестовног материјала. У анализу ће бити укључени одговори добијени у оквиру прича број 2, 13, 14, 8 и 20. Почећемо са причама 2, 13 и 14, јер ове приче спадају у групу прича са „погрешним кораком“.

Прича број 2

Јеленин супруг је за Јеленин рођендан припремао журку изненађења. Позвао је Сару, Јеленину другарицу, и рекао јој је: „Немој никоме да причаш, а нарочито немој да кажеш Јелени.“ Дан пре журке Јелена је била у гостима код Саре и Сара је просула кафу на нову хаљину пребачену преко столице. „О не!“ рекла је Сара „Планирала сам да је обучем за твоју журку!“ „Коју журку?“ упитала је Јелена. „Хајде да видимо да ли је могуће скинути флеку.“ рекла је Сара.

У одговорима испитаника издвојиле су се поједине теме. Одговори који припадају теми ***Случајно је рекла – без лоше намере*** су најбројнији и код испитаника

оболелих од параноидне шизофреније и код психички здравих испитаника. Тема **Нелогични одговори** се појављује само у једном одговору испитаника оболелог од параноидне шизофреније (*Јер је Јелена била у гостима код Саре*). Занимљиво је да се је анализом садржаја одговора идентификована тема **Конспирација**, која се појављује само у одговорима испитаника оболелих од параноидне шизофреније. Ради бољег приказа ове теме наводимо добијене одговоре:

1. Овај део „Немој никоме да кажеш“. Он у ствари прави журку да би дошла Сара. Дође ми као да су љубавници.
2. Јеленин муж је направио погрешан корак. Немој никоме да причаш...“ – Хоће да је превари са Саром.
3. Зато што можда Јелена има нешто против тога да њих двоје буду заједно у кући. Сара и Јеленин муж нешто таје.
4. Можда је била нека превара, нека тајна. Овај је звао на журку, било шта је било и после на крају је она све признала.
5. Сара мора да је заљубљена у Јелениног мужа. Хтела је да се приближи Јеленином мужу.
6. Могуће да је имала нешто са Јелениним мужем. „Немој да јој говориш“, то је сумњиво.

Испитаници оболели од параноидне шизофреније формулишу ову категорију одговора наводећи као разлог речи Јелениног супруга, што представља доказ „конспиративне везе“ између Саре и Јелениног супруга. Очигледно је да поједине информације у причи немају исто значење за психички здраве и психички оболеле испитанике. Наиме, док психички здрави испитаници реченици „Немој никоме да причаш, а нарочито немој да кажеш Јелени.“ не придају имплицитно значење, међу оболелима од шизофреније постоје они који јој приписују специфично имплицитно значење и на основу тога изводе закључак о намерама актера, претпостављајући интерперсоналне односе који се не наводе у причи. Дакле, важно је напоменути да се имплицитне личне теорије о намерама особе у оваквој ситуацији донекле разликују, те да се препознаје да поједина уверења о томе „шта стоји иза изјаве актера“ појављују само код оболелих, што је и очекивано уколико се узме у обзир доминантна симптоматологија.

У причи број 13 описана је ситуацији у којој актер (Ђорђе) наводи да не воли питу са јабукама, коју је његова рођака припремила само за њега. При томе Ђорђе не зна да је она припремила баш ту врсту јела.

Пет испитаника из групе оболелих од параноидне схизофреније препознаје *лошу намеру* у речима које је изговорио Ђорђе. Овакав одговор се не појављује у групи психички здравих испитаника.

Ово су њихови одговори на следећа питања

Шта мислите због чега је он/она то рекао/ла?

Када је осетио мирис пите да ли је Ђорђе знао да је то пита од јабуке?

1. *Знао је и намерно је рекао.*
2. *Можда је имао неки осећај да не треба да једе нешто код ње. Он је можда умислио тако, да може да га отрује. Вероватно да је знао.*
3. *Зато што је идиот. Знао је да је она направила баш ту питу.*
4. *Овај човек је зао. Знао је.*
5. *Хтео је да је повреди, да је спусти. Знао је.*

Као што се из наведених одговора може видети у речима актера се препознаје лоша намера, која се изводи из интерпретације да је актер заправо знао да је у питању одређена врста јела, односно не препознаје се да актер не поседује одређену информацију. Као разлоге коментара актера, испитаници наводе лошу намеру или негативне особине актера (зао, идиот). Интересантно је да се у садржају једног одговара наслућују параноидне елаборације дате ситуације (*Можда је имао неки осећај да не треба да једе нешто код ње*). Већ у следећој реченици испитаник наводи да је актер умислио да може да га отрује. Скреће пажњу реч „умислио“, па се наслућује да је садржај одговора прве реченице повезан са присутним психопатолошким садржајима, при чему се, након активирања цензура, јавља одговор којим се прва реченица смешта у домен „умишљања“, тачније у домен одсуства теста реалности. Садржај друге реченице указује заправо на критичну дистанцу у односу на почетну интерпретацију.

У причи број 14 описана је ситуација у којој једна пријатељица разбија кристалну чинију другој пријатељици, коју јој је заправо поклонила на венчању. Пријатељица чија је чинија коментарише да штета није велика, с обзиром на то да јој се чинија не допада. При томе она не зна ко јој је поконио чинију (у причи се јасно наводи податак да је венчање било велико и да није знала ко јој је поконио чинију). Тема *Лоша намера* појављује се само у одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Ради илустрације, навешћемо њихове одговоре:

Питања: *Шта мислите због чега је он/она то рекао/ла?
Да ли се Ана сећа да јој је Сандра поклонила чинију?*

1. *Мислим да је мало зла и неваспитана.*
2. *Можда је хтела да прекине пријатељство, па је намерно рекла. Није знала.*
3. *Да Сандри да до знања да јој се чинија не свиђа. Знала је ко јој је поклонио чинију. Знала је највероватније.*
4. *Да увреди Сандру. Знала је сигурно.*
5. *Ипак је намерно рекла да би направила провокацију, али је Сандра ипак избегла конфликт. Вероватно се Ана сећа ко јој је поклонио чинију.*
6. *Хтела је да је провоцира. Сандра је намерно сломила, а ова није имала куд, па јој је рекла да јој се не свиђа. Па требало би да је знала.*

Као што се може видети из наведених одговора, испитаници наводе да је актер имао информацију о томе чији је поклон у питању, чиме се занемарује текстом дат опис ситуације. Изјави се приписује имплицитно значење, при чему је препознавање провокације нарочито интересантно уколико узмемо у обзир чињеницу да је реч о оболелима од параноидне схизофреније.

4. ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧАК

4.1 ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

Схизофренија представља најтежи психички поремећај, који упркос бројним истраживањима и даље, у извесној мери, остаје непознаница. То је комплексно душевно обољење, у оквиру кога психопатолошке манифестације са једне стране показују стабилност у смислу могућности постављања дијагнозе, док истовремено, с друге стране, одражавају богатство индивидуалних разлика, односно специфичност самог животног контекста индивидуе. Вредност у покушају објашњења схизофреније имају они етиолошки модели који узимају у обзир и ендogene и екзогене факторе (Sulejmanpašić-Arslanagić, 2013; Walker et al., 2004).

У литератури се, као један од фактора значајан за настанак психичких тегоба, често наводи рана афективна везаност (нпр. Dozier & Lee, 1995; Liotti, 2011; Liotti & Gumley, 2008; McDonald et al., 2008; Schuengel et al., 1999; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; Fonagy et al., 1996; Hesse & Main, 2002;). Афективна везаност испитивана је, између осталог, и код оболелих од схизофреније, при чему су резултати указали на компромитованост сигурности афективне везаности код ове групе испитаника (Dozier & Lee, 1995; Dozier et al., 2001).

У контексту ових налаза, пошли смо од претпоставки о постојању разлика између испитиваних подузорака, како у изражености димензија афективне везаности, тако и у учесталости образаца афективне везаности. Резултати поређења подузорка испитаника оболелих од параноидне схизофреније и подузорка психички здравих испитаника у изражености димензија афективне везаности показују да се значајне разлике јављају на следећим димензијама: Неразрешена породична трауматизација, Страх од губитка спољашње базе сигурности, Негативан радни модел селфа и Негативан радни модел других. Све наведене димензије израженије су код оболелих од параноидне схизофреније. Дакле, може се рећи да су добијени резултати потврдили хипотезу о постојању статистички значајних разлика у изражености димензија афективне везаности између два испитивана подузорка.

Већа израженост димензије Неразрешена породична трауматизација код особа оболелих од параноидне схизофреније указује на већу присутност негативних и болних осећања у вези детињства, као и присутност негативних или амбивалентних породичних релација у садашњости. Величина ефекта припадности групи оболелих,

односно здравих на овој димензији афективне везаности по Коеновој формули износи $d=0,90$ и може се окарактерисати као снажан ефекат. Приликом разматрања овог резултата, осврнућемо се на већ поменуто истраживање Коркорана и Фрита (Corcoran & Frith, 2003) у коме су учествовали испитаници оболелих од схизофреније и психички здрави испитаници. Са испитаницима је, у склопу истраживања, вођен стандардизовани интервју намењен испитивању аутобиографске меморије. Аутори извештавају да су у склопу интервјуа схизофрени испитаници чешће описивали негативне и необичне животне догађаје. Треба напоменути да је у овом истраживању утврђена значајна веза између аутобиографске меморије и успешности схизофрених испитаника на тестовима теорије ума, тј. налази указују да се механизам дејства трауме на теорију ума остварује преко аутобиографске меморије.

У покушају објашњења добијених резултата осврнућемо се и на истраживање Кенеја и сарадника (Kaney, Bowen-Jones & Bentall, 1999) у коме је испитивана аутобиографска меморија особа са персекуторним суманутим идејама. У истраживању је утврђено да суманути пацијенти, као и депресивни, показују тенденцију претеране генерализације сећања, односно претерану организацију меморије у категорије уместо сећања конкретних догађаја. Аутори сматрају да је ова тенденција заправо одбрамбена, односно њена функција је одбрана од присећања на непријатне догађаје из прошлости. То би значило да је претерана генерализација одговор на трауматски догађај. Разматрајући ову тенденцију код депресивних, Вилијамс и сарадници (Williams et al., 1997, према Kaney et al., 1999) напомињу да је формирање претерано категоријалних описа заправо начин избегавања специфичних, конкретних сећања на трауматске догађаје. Добијени резултати указују на постојање везе између трауматског искуства и претеране генерализације сећања, при чему постоји могућност да појава персекуторне идеације може делимично бити олакшана генерализацијом сећања на проблематичне релације из прошлости (Kaney et al., 1999).

Полазећи од претпоставке да трауматско искуство повећава вулнерабилност особе за појаву психозе Бабингтон са сарадницима (Bebbington et al., 2004) спроводи истраживање у коме је учествовало 8580 одраслих особа. У групи особа оболелих од психозе 34,5% извештава о сексуалном злостављању, 38,1% о насиљу у породици и 34,5% извештава о бежању од куће, што представља већи проценат у односу на остале категорије пацијената (анксиозни поремећаји, алкохоличари и наркомани) и у односу на психички здраве испитанике. Рид са сарадницима (Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005), на основу добијених резултата, закључује да је злостављање током детињства

узрочни фактор за појаву схизофреније, тачније халуцинација, нарочито аудитивних које подразумевају наредбодавне гласове или гласове који коментаришу поступке пацијента.

Један од когнитивних модела, који указују на низ когнитивних и бихејвиоралних механизма који могу објаснити на који начин траума повећава вулнерабилност особе за појаву психозе је модел који предлаже Морисон (Morrison, 2001; Morrison et al., 2003), којим се наглашава сличност фактора који учествују у настанку и одржавању пост-трауматског-стресног-синдрома и психозе. Иако је реч о различитим дијагнозама, ова два стања могу представљати две различите тачке на континууму реакције на трауму, посредоване механизмима као што су атрибуциони стил, дисоцијација итд. Трауматско искуство води ка формирању негативних уверења о себи, свету и другима као што су уверења о себи као о слабом и осетљивом, о свету као опасном и о другима којима не треба веровати. Ови људи ће развити параноидност/сумњичавост и дисоцијацију као стратегију избегавања даљих злостављања. Уколико се ова стратегија задржи у току одраслог доба или се реактивира сличним догађајем, оваква уверења ће довести до потенцијално узнемиравајућих интерпретација свакодневних догађаја које карактерише двосмисленост. Овакво стање даље води у изолацију појединца, јер су интерпретације које особа генерише културално неприхватљиве. Целокупни механизам омогућава структурисање психотичних симптома. Интересантно је да аутори претпостављају да ће реакција на трауму, односно да ли ће особа развити пост-трауматски-стресни поремећај или психозу, највероватније зависити од одређених процеса као што је атрибуциони стил или већ постојећа уверења. Уколико је особа склона унутрашњем стилу атрибуирања трауматског догађаја, она ће највероватније развити пост-трауматски-стресни поремећај, јер је самооптуживање карактеристика овог поремећаја (Janoff-Bulman, 1979, према Morrison et al., 2003), док ће спољашњи стил атрибуирања трауматског догађаја водити у развој психотичних симптома (Morrison et al., 2003). Склоност ка спољашњем атрибуирању негативних догађаја код пацијената код којих су присутне сумануте идеје потврђена је у истраживању Кенија и Бентала (Kanoy and Bentall, 1989, према Bentall et al., 1994).

Резултати истраживања Килкомонса и Морисона (Kilcommons & Morrison, 2005) још један су доказ претпоставке о индукованости психозе трауматским искуством. Наиме, у истраживању је учествовало 32 испитаника са дијагнозом психозе. Чак 94% испитаника извештава о (макар) једном трауматском искуству, при чему се показало да

је физичко злостављање повезано са позитивни симптомима психозе, док је сексуално злостављање повезано са халуцинацијама.

Значајна карактеристика схизофреније је појачана осетљивост на стрес која је настала као последица ране трауме. Основу ове осетљивости чине неуроразвојне абнормалности. Особе које су доживеле трауму у детињству развијају претерану реактивност или дисрегулацију хипоталамо-питуитарно-адреналне осовине, што може да објасни допаминергичну абнормалност, која се сматра централним експланаторним фактором психоза (Read, Perry, Moskowitz, & Connolly, 2001; Walker & Diforio, 1997).

Узимајући у обзир наведена истраживања и објашњења односа трауме и психозе, не изненађују добијени резултати у овом истраживању о већој изражености неразрешене породичне трауматизације код особа оболелих од параноидне схизофреније. Међутим, Морган и Фишера (Morgan & Fisher, 2007) сматрају да треба бити опрезан приликом доношења закључака о односу ране трауме и психозе, с обзиром на то да се већина студија која се баве овом темом суочава са низом тешкоћа, као што су тешкоће прецизног одређења и мерења трауме из детињства или проблем дијагностичке прецизности. Приликом разматрања предложених модела аутори напомињу да у овом тренутку они представљају претпоставке које је неопходно проверити. Напомена аутора која је нарочито значајна јесте да се у већини студија користи ретроактивно прикупљање података, што може бити нарочито проблематично код психотичних пацијената у смислу да пацијентов доживљај „озбиљности“ догађаја може бити претеран покушајем да се објасни појава болести, као и у смислу утицаја саме болести на извештаје пацијената (нпр. присуство делузија) (Morgan & Fisher, 2007; Sham, Woodruff, Hunter, & Leff, 2007). Шенон са сарадницима (Shannon et al. 2011), такође наводи да је услед специфичног психичког стања испитаника могућа појава извештавања о трауми, па тако испитаник може да извести о „трауматском догађају“ који је заправо производ делузија. Са друге стране постоје истраживања чији резултати оповргавају претпоставку о учесталој нетачној пријави трауматичних догађаја, углавном физичких и сексуалних напада, у групи психички оболелих (нпр. Darves-Bornoz, Lemperiere, Degiovanni & Gaillard, 1995; Dill, Chu, Grob, & Eisen, 1991). Уколико се у светлу свега наведеног осврнемо на резултате нашег истраживања и добијену разлику на скали Неразрешена породична трауматизација која је израженија код испитаника оболелих од параноидне схизофреније, можемо закључити следеће – увидом у ајтеме који чине ову скалу запажамо да се ајтеми односе на постојање негативних осећања у вези детињства и постојање негативних односа са родитељима.

То би значило да се резултат не може тумачити у контексту постојања или непостојања конкретног „трауматског догађаја“. Даље, у питању је резултат добијен на упитнику, што покреће питање субјективности добијених одговора и могућег утицаја психопатолошких доживљаја, с обзиром на то да током истраживања нису коришћене технике којима би се превазишао проблем пристрасности сећања. Међутим, када је реч о пристрасности сећања, мишљење Рида и Гемлија (Read & Gumley, 2008) је да би и у случају да људи током психотичне епизоде негативно перципирају своје родитеље, било погрешно аутоматски закључити да је то показатељ негативне склоности у меморији. Аутори наводе могућност да само погоршање болести, односно акутна психоза, може деловати дезинхибиторно и на тај начин довести до изношења оваквих информација од стране појединца, које се током ремисије потискују или свесно држе под контролом, тако да испитаник, током ремисије, не извештава о конкретном догађају. Дакле, наши резултати указују на већу израженост негативних осећања у вези детињства и постојања негативних односа са родитељима код особа оболелих од параноидне шизофреније, при чему припадност подузорку оболелих, односно здравих остварује снажан ефекат на ову димензију. Откривање евентуалних узрока оваквог налаза могло би бити тема даљих истраживања.

Следећа димензија афективне везаности која је израженија код оболелих од параноидне шизофреније је димензија Страх од губитка спољашње базе сигурности. То би значило да је код ове групе испитаника израженији страх од губитка фигуре везаности, као и веровање да је тај губитак ненадокнадив, са фаталним последицама по даљи живот (Ханак, 2004). Овакав резултат је очекиван уколико се узме у обзир сама природа болести и степен социјалне онеспособљености коју болест најчешће доноси. Ботлендер са сарадницима (Bottlender, Strauß, & Möller, 2010) извештава да шизофрени пацијенти у односу на пацијенте који болују од афективног и шизоафективног поремећаја, показују највиши степен социјалне дисфункционалности, при чему је код 64% шизофрених испитаника утврђена дисфункционалност високог и веома високог степена, што је у односу на остале две групе испитаника упадљиво више. Самим тим, очекивано је да ће појава болести једног од чланова породице утицати на саму динамику породице, тачније очекује се да ће утицати на процес сепарације оболелог детета у односу на родитеље. Сама болест особу ставља у позицију зависног члана породице о коме остали чланови, најчешће родитељи, брину. Испитујући у овом контексту породице шизофрених пацијената Јангбауер са сарадницима (Jungbauer, Stelling, Dietrich, & Angermeyer, 2004) долази до резултата који указују да већина

оболелих остаје да живи у дому својих родитеља, при чему су родитељи и емоционална, и практична и финансијска подршка. Ова болест заправо доводи до тога да је родитељска подршка неопходна, стална и неретко доживотна. Резултати нашег истраживања сагласни су са резултатима истраживања Веста и сарадника (West, Rose, & Sheldon, 1993), који показују да три компоненте анксиозне афективне везаности (страх од губитка фигуре везивања, тражење близине и протест услед сепарације) пружају клинички релевантни систем диференцијације психијатријских пацијената и психички здравих испитаника, при чему се показало да је компонента страх од губитка фигуре везаности од највећег значаја за ову диференцијацију. Резултати истраживања које се бавило испитивањем релације између зависности од других и психопатолошких симптома, при чему је као један аспект зависности испитивана деструктивна превелика зависност од других, указују да је деструктивна превелика зависност од других повезана са свим психопатолошким димензијама регистрованих Дерогатисовом чек-листом симптома 90-Р (SCL-90-R). Деструктивна превелика зависност од других је одређена као маладаптивна и нефлексибилна зависност која укључује 1) перцепцију селфа као слабог и беспомоћног; 2) екстремну потребу да се успостави и одржава блиска веза са старатељима или фигурама од ауторитета и 3) „лепљивост“ за друге људе (Abuín & Rivera, 2015). Овакав налаз у складу је са добијеним подацима у нашем истраживању с обзиром на то да се поређењем одређења деструктивне превелике зависности и димензије страх од губитка спољашње базе сигурности могу уочити извесне сличности.

Разлике у изражености димензија афективне везаности између испитиваних подузорака добијамо и на димензијама Негативан радни модел селфа и Негативан радни модел других. Уколико се сагледају добијене разлике на свим димензијама, добија се потпунија слика, која је у складу са већ поменутиим претпоставкама и наведеним резултатима у претходној дискусији. Наиме, према когнитивном моделу понуђеном од стране Морисона и сарадника (Morrison, 2001; Morrison et al., 2003), трауматско искуство повећава вулнерабилност особе за појаву психозе, а централно место целокупног механизма заузима траумом изазвано формирање схема о себи, свету и другима – о себи као слабом и осетљивом, о свету као опасном месту и о другима којима не треба веровати. Унутрашњи радни модели о којима говори теорија афективног везивања су у извесној мери слични когнитивним схемама које описују когнитивисти, мада се предност теорије афективног везивања огледа у ширини приступа, односно она сагледава и афекте и односе (Read & Gumley, 2008). Према

Болбију (Bowlby, 1981, према Ханак, 2004) кроз однос детета и особе која брине о њему, формирају се радни модели селфа и значајних других, који садрже уверења о томе како функционишу односи и шта особа може да добије од односа афективне везаности. Претпоставља се да ови радни модели утичу на пажњу, тумачење, памћење и предвиђање о будућим интерперсоналним односима (Cassidy, 2008), односно да садрже когнитивне елементе, који одражавају уверења о томе да ли је појединац вредан пажње и да ли су други људи поуздани, као и емоције повезане са интерперсоналним искуством, као што су срећа, љутња и страх (Pietromonaco & Barrett, 2000). Наведени налази и разматрања везу између трауме, унутрашњих радних модела себе и других и схизофреније донекле чине јаснијом.

Ослањајући се на досадашње налазе истраживања и Болбијеву теорију афективне везаности Рајкумар (Rajkumar, 2014) предлаже АДЦ хипотезу схизофреније (енгл. attachment-developmental-cognitive (ADC) hypothesis). Наиме, овај аутор претпоставља да поремећај афективне везаности изазван занемаривањем или злостављањем детета доводи до поремећаја неуралних репрезентација селфа и других, теорије ума, као и превелике осетљивости мезолимбичких допаминских путева, што је од посебног значаја за појаву позитивних симптома ове болести. Описани механизам, односно афективна везаност кроз описане механизам може не само утицати на ризик од појаве болести, већ и на ток и прогнозу.

Репрезенте унутрашњих радних модела себе и других Ким Бартоломју (Bartholomew, 1990, према Стефановић Станојевић, 2011) идентификовала је факторском анализом. У питању су две димензије – анксиозност која је репрезент унутрашњег радног модела себе и одбацивање која је репрезент унутрашњег радног модела других. У основи високе анксиозности јесте заправо негативни радни модел селфа, чија је израженост у нашем истраживању већа на подзорку испитаника оболелих од параноидне схизофреније. У складу са тим је и добијена разлика на димензији страх од губитка спољашње базе сигурности, која је такође израженија код оболелих од параноидне схизофреније. Ове две димензије у комбинацији указују на присуство преокупираног обрасца афективне везаности који је у нашем истраживању заступљенији у групи оболелих од параноидне схизофреније (30,3% у групи оболелих од схизофреније и 13,3% у групи психички здравих). Такође, резултати указују на већу заступљеност бојажљивог обрасца афективне везаности у подзорку испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Без обзира на то што није утврђено да ли се заступљеност ових образаца статистички значајно разликује на испитиваним

подузорцима, осврнућемо се на добијене резултате. У истраживањима се најчешће срећемо са резултатима који указују на највећу заступљеност избегавајућег обрасца код оболелих од психозе – од 48% до 71% заступљености у односу на 27% заступљености код здравих испитаника; преокупирани образац срећемо у распону од 12 и 20%, а сигурни од 27 до 32% (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Gumley Taylor, Schwannauer, & MacBeth, 2014; MacBeth et al., 2011). Међутим, у нашем истраживању се показало да не постоји разлика у заступљености избегавајућег обрасца код схизофрених у односу на психички здраве испитанике (13,3:13,3%). О већој учесталости преокупираног обрасца у односу на избегавајући код оболелих од психозе сведоче резултати Коучура и сарадника (Couture, Lecomte & Leclerc, 2007 према Briers, 2013). Такође, у истраживању Милошевићеве (Милошевић, 2010, према Ханак, 2011) у коме су поређени стилови афективне везаности испитаника оболелих од схизофрене психозе и контролне групе добијени су резултати који указују на већу заступљеност преокупираног обрасца у групи схизофрених у односу на контролну групу, као и на већу заступљеност овог обрасца у односу на избегавајући у групи схизофрених.

Када је реч о бојажљивом обрасцу, не изненађују добијени резултати о већем проценту схизофрених испитаника који припадају овом обрасцу у односу на психички здраве испитанике (23,3:6,7%), уколико се узме у обзир модел предложен од стране Лиотија и Гемлија (Liotti & Gumley, 2008), којим се кроз дезорганизовани образац ране афективне везаности, схизотипију и дефицит у ментализацији објашњава појава симптома схизофреније. Слична запажања наводи Хардјева (Harder, 2014), напомињући да веза између дезорганизованог обрасца и психотичних симптома још увек није довољно испитана, али да је могуће да су повећана осетљивост на стрес и дисоцијација процеси који чине основу ове везе.

У недавној студији спроведеној на испитаницима у продромалној фази развоја психозе добијени су резултати који указују да су бојажљиви и преокупирани образци афективне везаности најзаступљенији у овој групи испитаника (Quijada, Kwapil, Tizón, Sheinbaum & Barrantes-Vidal, 2015). Важно је поменути и резултате домаћег истраживања чији је предмет истраживања афективна везаност особа оболелих од схизофреније. При томе је коришћен исти инструмент за процену афективне везаности одраслих, као и у нашем истраживању (УПИПАВ-Р, Ханак, 2004). Интересантно је да су добијени скоро идентични резултати резултатима нашег истраживања. Аутори извештавају да су следеће димензије афективне везаности израженије у групи оболелих од схизофреније – Неразрешена породична трауматизација и Негативан радни модел

селфа, док је разлика у изражености димензија Негативан радни модел других и Страх од губитка спољашње базе сигурности на граници статистичке значајности, што аутори објашњавају величином узорка (по 22 испитаника у свакој од испитиваних група). Овакве налазе аутори објашњавају хиперактивацијом система афективне везаности. Као последица постојања искуства са недоследно доступним стараоцем, особа приликом процене стимулуса као могуће претње прибегава интензивирању понашања које треба да обезбеди близину базе сигурности. Последице примене ове стратегије су негативна самоперцепција, као и негативна перцепција других (Милошевић, Димитријевић & Ханак, 2010).

Охрабрујући резултат нашег истраживања је заправо највећа заступљеност сигурног обрасца афективне везаности како код оболелих од параноидне схизофреније, тако и код психички здравих испитаника у односу на друге обрасце (33.3%/66,7%). Међутим, приметна је мања заступљеност овог обрасца у групи оболелих од параноидне схизофреније. Показало се да пацијенти оболели од психозе са сигурним обрасцем афективне везаности показују нижи ниво психопатологије у односу на несигурно везане пацијенте (Korver-Nieberg, Berry, Meijer, de Naan, Ponizovsky, 2015). Такође, утврђено је да високи нивои сигурне афективне везаности представљају предикторе побољшања психотичних пацијената, односно смањења психотицизма, дезорганизације и повећања функционалности (Quijada, Tizón, Artigue, Kwopil & Barrantes-Vidal, 2012).

Поређењем испитиваних подузорака у заступљености сигурног и несигурног обрасца афективне везаности, којим су обухваћени преокупирани, бојаљливи и избегавајући образац, добијају се резултати који указују на значајно већу заступљеност сигурног обрасца афективне везаности, односно мању заступљеност несигурног обрасца код психички здравих испитаника, у односу на оболеле од параноидне схизофреније. Резултат је сагласан резултатима претходних истраживања који указују на високу присутност несигурних образаца афективне везаности код особа оболелих од психозе (Gumley, Taylor et al., 2014; MacBeth et al., 2011; Ponizovsky, et al., 2007) па би се могло рећи да је резултат очекиван. Међутим, важно је узети у обзир постојање доказа о повезаности несигурне афективне везаности и различитих психопатолошких манифестација (Dozier et al., 2008; Mikulincer & Shaver, 2007), што би значило да несигурна афективна везаност представља неспецифичан фактор ризика за појаву психопатологије (Berry, Wearden, & Barrowclough, 2007). Дакле, несигурност афективног везивања може да се посматра као генерална вулнерабилност за развој

менталних поремећаја, док ће развој конкретне симптоматологије зависити од генетских, развојних и срединских фактора (Mikulincer & Shaver, 2012).

Приликом разматрања добијених резултата такође је неопходно осврнути се на резултате појединих истраживања који су показали да психолошки проблеми могу повећати несигурност везивања (Davila, Burge & Hammen, 1997; Solomon, Dekel, & Mikulincer, 2008). Овакви резултати додатно усложњавају везу између афективне везаности и психопатолошких манифестација. Идеја да присуство психозе може водити у несигурно везивање постаје разумљивија уколико се сагледа сама клиничка слика болести и степен онеспособљености коју болест доноси.

Коначно, можемо рећи да добијени резултати у овом истраживању потврђују претпоставку о постојању разлике у учесталости образаца афективне везаности на испитиваним подзорцима.

У циљу наставка дискусије о вези између димензија афективне везаности и схизофреније осврнућемо се на резултате логистичке регресије која је спроведена у циљу провере претпоставке о могућности предвиђања припадности испитаника подзорку схизофрених, односно психички здравих на основу димензија афективне везаности. Резултати ове анализе корак су ка ближем сагледавању везе између димензија афективне везаности и присуства параноидне схизофреније. Наиме, логистичком регресионом анализом испитан је модел којим су као предиктори обухваћене све димензије афективне везаности, док критеријум представља припадност подзорку оболелих од параноидне схизофреније, односно подзорку психички здравих. Интересовало нас је да ли ће се нека димензија или димензије издвојити као нарочито значајне. Показало се да је модел статистички значајан и да тачно класификује 78,3% случајева. Међутим, само једна димензија афективне везаности – Негативан радни модел других даје значајан јединствени допринос моделу. Ови резултати не изненађују с обзиром на то да утврђена величина ефекта, приликом испитивања разлика на овој димензији, по Коеновој формули износи $d=1,46$, што представља веома снажан ефекат. То заправо значи да ће 93% испитаника оболелих од параноидне схизофреније имати виши средњи скор на овој димензији у односу на психички здраве испитанике. Дакле, сви резултати указују на значај ове димензије афективне везаности. Само сагледавање карактеристичних симптома параноидне схизофреније чини овај резултат очекиваним. Поред тога, већ је било речи о когнитивном моделу понуђеном од стране Морисона и сарадника (Morrison, 2001; Morrison et al., 2003) о утицају ране трауме на формирање негативних уверења о себи и

другима, при чему се параноидност/сумњичавост и дисоцијација користе као стратегије избегавања даљих злостављања. Поменућемо и модел настанка персекуторне идеације понуђен од стране Фримана и сарадника (Freeman et al., 2002), који поред тога што описује синергију вулнерабилности, стреса и конфузије спољашње-унутрашње у настанку необичних доживљаја, указује на значај активације уверења која особа има о себи и другима за тумачење тих необичних доживљаја. Па тако, персекуторне идеје (које се често јављају код особа оболелих од параноидне схизофреније), између осталог, могу бити производ активације негативних уверења о другима насталих на основу ранијег искуства са људима (да су други људи опасни и насилни) и учешћа ових уверења у интерпретацији необичних доживљаја. Дакле, модел говори о повезаности негативних уверења о другима и персекуторне идеације, која се често јавља код особа оболелих од параноидне схизофреније, па самим тим индиректно потврђује резултате добијене у нашем истраживању.

У циљу објашњења добијених резултата, треба поменути и претпоставку Ајронса и Гилберта (Irons & Gilbert, 2005) да несигурна афективна везаност може сензитизирати особу тако да она постане усредсређена на компетитивну динамику група којима припада, али и на моћ других да осрамоте, повреде или одбаце, што особу уводи у одбрамбену позицију, односно доводи до развоја субмисивних или избегавајућих стратегија. Поред тога, важно је поменути да налази истраживања показују да присутност субјективног доживљаја особе о постојању негативних ставова других према њој, може представљати рани индикатор развоја психозе (Salokangas et al., 2009). У контексту наведене претпоставке и налаза не изненађује што се у нашем истраживању димензија Негативан радни модел других издвојила као значајни предиктор припадности испитаника подузорку оболелих од параноидне схизофреније, односно подузорку психичких здравих.

Перис (Perris, 1998, према Perris et al., 2000) напомиње да дисфункционални унутрашњи радни модели селфа и других имају кључну улогу у настанку повећане вулнерабилности за развој схизофреније. Овај аутор конструише скалу за процену дисфункционалних радних модела (Dysfunctional Working Models Scale: DWM-S). У истраживању спроведеном са циљем провере наведене скале, аутор са сарадницима извештава да скор на скали успешно класификује више од 70% схизофрених испитаника (Parris et al., 2000), што заправо представља потврду почетне претпоставке аутора скале о значају дисфункционалних унутрашњих радних модела за појаву схизофреније. Наши резултати делимично потврђују претпоставку и налазе Париса и

сарадника. У нашем истраживању се Негативан радни модел селфа не издваја као значајан предиктор припадности подзорку оболелих од параноидне схизофреније, тачније, разлике на овој димензији афективне везаности између испитиваних подзорака постоје, али се димензија не издваја као значајан предиктор (при чему је нестандардизовани регресиони коефицијенти (В) негативан). Овакви налази (узимајући у обзир и смер коефицијента В) могу указивати на постојање модераторског ефекта неке варијабле, што би се евентуално могло испитати у неком од будућих истраживања. На овом месту треба напоменути да добијени резултати потврђују хипотезу о могућности предикције вероватноће припадности испитаника подзорку психички здравих, односно подзорку оболелих од параноидне схизофреније на основу димензија афективне везаности.

Коначно, питање које се намеће приликом разматрања добијених резултата који се тичу афективне везаности јесте питање утицаја психопатологије на поузданост резултата добијених на мерама афективне везаности које се заснивају на самоизвештају. Резултати малог броја истраживања у којима је испитивана стабилност самоизвештаја особа оболелих од психозе на упитницима за процену афективне везаности указују на стабилност скорова испитаника оболелих од психозе на димензијама анксиозност и избегавање (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2008; Picardi, Martinotti, Paci, Simi, & Caporro, 2011), што је охрабрујуће када је реч о веродостојности добијених резултата у нашем истраживању.

Разматрајући однос афективне везаности одраслих и психозе, Бери са сарадницима (Berry et al., 2007) наглашава да теорија афективног везивања може представљати теоријски оквир за објашњење утицаја социјалне когниције, интерперсоналних и афективних фактора на настанак и ток психозе. Односно, теорија афективне везаности би могла представљати добар приступ у објашњењу начина на који интеракција између индивидуалних разлика у уверењима о себи и другима, интерперсоналног функционисања и регулације афекта, насталих након негативних искустава у детињству, води у психозу (Read & Gumley, 2008).

* * *

Следећи корак у истраживању био је утврдити да ли постоје разлике у успешности на задацима за процену теорије ума између испитиваних подзорака. Кренули смо од тврдње да различити задаци ангажују различите процесе, односно да

једна група задатака подразумева процену намера и уверења других људи, док друга врста задатака подразумева процену емоционалног стања других, те се сходно томе могу разликовати когнитивна и афективна компонента теорије ума. Самим тим, у истраживању су коришћени задаци за процену афективне и когнитивне компоненте теорије ума.

У циљу процене когнитивне компоненте теорије ума задата су два теста – *Тест необичних прича* и *Тест препознавања „погрешног корака“*. Поређењем учинка испитаника на Тесту необичних прича, добијена је разлика у учинку на целокупном тесту, као и на причама које подразумевају препознавање дуплог блефа, персуазије и ироније, при чему су психички здрави испитаници били успешнији у препознавању наведених форми комуникације. Када је реч о препознавању беле лажи и неспоразума, нису добијене статистички значајне разлике између испитиваних подузорака.

Задаци обухваћени овим тестом спадају у задатке трећег реда, односно испитују ментализације вишег нивоа. То заправо значи да успешност испитаника на овим задацима зависи од суптилних способности ментализације, јер испитаник треба да разуме намере актера приче на основу изјава самог актера и контекста, а да при томе схвати пренесено значење речи, односно да изјаве не тумачи дословно. Истраживања су показала да особе оболеле од схизофреније, у односу на друге дијагностичке категорије, имају нижи учинак на тестовима који захтевају извођење закључака на основу изјава које не треба схватити дословно, што може водити у проблеме разумевања суптилних промена у комуникацији (Frith & Corcoran, 1996; Doody et al. 1998; Drury et al. 1998; Hardy-Baylé, 1998, према Herold, Tényi, Lénárd, & Trixler, 2002). Утврђено је да особе оболеле од схизофреније дају више дословних тумачења реченица које садрже метафоре, у односу на психички здраве, особе са оштећењем мозга и остале психијатријске пацијенте (Anand et al., 1994; Chapman, 1960; Cutting & Murphy, 1990 према Mitchley et al., 1998). О важности разумевања пренесеног значења за теорију ума сведоче резултати истраживања Хапеове (Happé, 1994), којим су била обухваћена аутистична деца. Ауторка извештава о резултатима који указују на везу између учинка на задацима теорије ума и разумевања ироније или метафора, као и да је разумевање пренесеног значења значајнији предиктор успешности на задацима теорије ума у односу на коефицијент интелигенције.

Резултати добијени у нашем истраживању потврђују налазе ранијих истраживања. На пример, Мичли и сарадници (Mitchley et al., 1998) су детектовали немогућност разумевања ироније код особа оболелих од схизофреније у односу на

непсихотичне психијатријске пацијенте, при чему су особе оболеле од шизофреније показивале тенденцију дословног тумачења ироније. Херолд са сарадницима (Herold et al., 2002) добија резултате који указују на немогућност разумевања ироније код шизофрених испитаника у ремисији. Поједини аутори подвлаче значај разумевања, односно неразумевања ироније за појаву позитивних симптома, као на пример персекуторних делузија. Наиме, погрешно тумачење двосмислених комуникационих садржаја или садржаја које је тешко интерпретирати, као што су на пример иронични коментари, може, наравно уз све остале факторе, водити у конституисање суманутих идеја (Salvatore et al, 2012). Препознавање дуплог блефа или персуазије такође захтева разумевање менталног стања које стоји иза речи актера, које не треба тумачити дословно, тачније, супротне су аутентичном менталном стању актера. Коркоран и Фрит (Corcoran & Frith, 2003) су у истраживању чији је предмет био аутобиографска меморија и теорија ума оболелих од шизофреније, испитаницима задавали приче које су садржале дупли блеф. Резултати овог истраживања показују да су шизофрени испитаници мање успешни у препознавању дуплог блефа у односу на психички здраве испитанике, при чему чак 86,5% шизофрених испитаника не успева да успешно реши задатак дуплог блефа. Шерзер са сарадницима (Scherzer, Leveillé, Achim, Boisseau, & Stip, 2012) извештава о налазима који показују да су испитаници оболели од параноидне шизофреније мање успешни на *Тесту необичних прича* у односу на психички здраве. Испитујући особе са високим ризиком оболевања од шизофреније Чунг и сарадници (Chung, Kang, Shin, Yoo, & Kwon, 2008) долазе до резултата који показују да је ова група испитаника мање успешна на *Тесту необичних прича* у односу на психички здраве испитанике, при чему су испитиване групе биле изједначене по годинама старости и коефицијенту интелигенције. О значају препознавања форми комуникације обухваћених *Тестом необичних прича* сведоче и резултати логистичке регресије. Логистичка регресија је спроведена у циљу провере претпоставке о могућности предвиђања припадности испитаника подзорку шизофрених, односно психички здравих на основу аспеката емпатије и резултати показују да успешност испитаника на *Тесту необичних прича* (заједно са *Тестом* препознавања емоција на основу фацијалне експресије *JACEFEE/JACNeuF*) има јединствен статистички значајан допринос моделу, односно резултат, тачније успех на овом тесту издвојио се као значајан предиктор припадности испитаника подзорку психички здравих. Даљом, анализом долазимо до резултата који показују да заправо успешност препознавања дуплог блефа и ироније представљају променљиве са јединственим значајним

доприносом предикцији вероватноће припадања подзорку психички здравих испитаника, односно подзорку оболелих од параноидне схизофреније. Показало се да модел који подразумева појединачне задатке – форме комуникације у оквиру *Теста необичних прича* тачно класификује чак 85% свих случајева. Дакле, можемо рећи да су се тешкоће у препознавању појединих форми комуникације (дуплог блефа и ироније) и у овом истраживању показале значајним својством оболелих од параноидне схизофреније, што је сагласно резултатима претходних истраживања. Оно што се намеће као закључак јесте да схизофрени имају тешкоћу у интерпретацији контрадикторних порука, тачније порука које нису експлицитне, изјава које садрже значење иза изреченог значења, то јест значење супротно изреченом, порука које је неопходно концептуализовати да би се адекватно извео закључак о значењу. Суочене са оваквом формом комуникације особе оболеле од схизофреније показују тенденцију дословног тумачења изреченог (Mitchley et al., 1998), односно изостаје разумевање пренесеног значења, што се показало значајним предиктором успешности на задацима теорије ума (Наррџ, 1994).

Разлике нису утврђене приликом поређења испитаника на причама чији садржај указује на белу лаж и неспоразум. Неспоразум не подразумева препознавање разлике између експлицитног садржаја и имплицитног значења, тако да би се тиме евентуално могло објаснити непостојање разлика између испитиваних подзорака у успешности препознавања неспоразума. Што се тиче прича чији садржај указује на белу лаж, сагледавањем статистичких показатеља (нарочито статистичке значајности и средњих рангова) могло би се претпоставити да би повећање узорка допринело достизању нивоа статистичке значајности разлика. Међутим, овакву претпоставку не оправдавају резултати логистичке регресије, па би једини могући закључак био евентуално постојање интеракција између варијабли, што захтева проверу у неком од будућих истраживања.

Када је реч о причама које подразумевају опис свакодневних ситуација и пред испитаника постављају задатак процене практичне сврхе одређеног понашања (физичке приче), поређењем испитиваних подзорака, добијене су статистички значајне разлике, у корист психички здравих испитаника. Добијени резултати сагласни су резултатима добијеним у већ поменутом истраживању Шерзера и сарадника (Scherzer, et al., 2012) спроведеном такође на узорку оболелих од параноидне схизофреније. Чунг и сарадници (Chung et al., 2008) поређењем особа са високим ризиком оболевања од схизофреније и особа које нису под ризиком не долазе до значајних разлика у резултатима на физичким

причама. Дакле, ове разлике можемо објаснити узимајући у обзир саму природу болести, односно ефекат болести на животну функционалност. Социјално повлачење, пасивност, губитак интересовања, угроженост теста реалности, зависност у односу на чланове породице сагледано скупа очекивано води ка смањењу животне практичности оболелих, па у контексту тога не изненађују добијени резултати на причама чије разумевање (тачни одговори на причама) захтева расуђивање, практично резонување и адекватно разумевање реалности.

Поред *Теста необичних прича*, у циљу процене когнитивне компоненте теорије ума, задат је *Тест препознавања „погрешног корака“*. Наиме, овај тест намењен је процени и когнитивне и афективне компоненте теорије ума. Резултати показују да се поређењем укупног скорa испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника на питањима намењеним процени когнитивне компоненте теорије ума добијају статистички значајне разлике. То би значило да испитаници оболели од параноидне схизофреније обухваћени овим истраживањем имају извесне тешкоће у препознавању намера актера у социјално непријатним ситуацијама. Добијен резултат у складу је са резултатима до којих се дошло у претходним истраживањима који указују на нижи учинак особа оболелих од схизофреније на *Тесту препознавања „погрешног корака“* (нпр. Geraci, Signorelli, & Aguglia, 2012; Riveros, Manes, Hurtado, Escobar, & Ibañez, 2010; Scherzer, et al., 2012; Chung, Barch, & Strube, 2013). Анализа резултата добијених у овом истраживању показује да испитаници оболели од параноидне схизофреније чешће не препознају „погрешан корак“ у односу на психички здраве (46:33). Такође, мањи број испитаника у оквиру подузорка оболелих од параноидне схизофреније добија максимални број поена на причама које садрже „погрешан корак“ у односу на психички здраве (118:222).

Утврђивање разлика у успешности на појединим причама које садрже „погрешан корак“, при чему „погрешан корак“ подразумева непримерену или непријатну изјаву једног од актера приче, урађено је у циљу спровођења квалитативне анализе одговора. Квалитативном анализом су обухваћени само одговори добијени у оквиру прича на којима су утврђене разлике у успешности између испитиваних подузорака. Квалитативна анализа указала је на извесне специфичности садржаја одговора схизофрених испитаника. Зашто се значајне разлике не добијају на свим причама и да ли је овакав резултат условљен садржајем саме приче представљају питања на која могу евентуално одговорити будућа истраживања. Важно је напоменути да поређењем успешности на причама које не садрже „погрешан корак“ добијамо резултате о

постојању статистички значајне разлике у корист психички здравих, што би заправо значило да испитаници оболели од параноидне схизофреније у описаним неутралним ситуацијама чешће препознају присуство „погрешног корака“. Непостојање значајних разлика на контролним питањима указује да се утврђене разлике на тесту не настају услед немогућности разумевања описаних околности у причи, већ се утврђена разлика може приписати тешкоћама препознавања менталних стања актера приче од стране оболелих од параноидне схизофреније, односно тешкоћама у преузимању перспективе актера приче, разумевању њихових осећања и закључивању о информацијама које поседују. Ипак, када је реч о процени емоционалног стања актера, поређењем учинка испитаника на делу теста намењеном процени афективне компоненте теорије ума нису добијене статистички значајне разлике између испитаних подузорака. Добијени резултати нису сагласни резултатима добијеним у истраживању Шерзера и сарадника (Scherzer, et al., 2012) који указују на постојање разлика између схизофрених и психички здравих испитаника. На питање „Због чега у нашем истраживању нису добијене разлике?“ тешко је одговорити. Сагледавањем резултата поређења два подузорка могли бисмо претпоставити да би се на већем узорку добиле статистички значајне разлике, јер статистичка значајност добијених разлика између два подузорка обухваћена овим истраживањем износи $p=0,071$. Међутим, у истраживању Шерзера и сарадника (Scherzer, et al., 2012) узорак је чинило 29 психички здравих испитаника и 21 испитаник оболео од параноидне схизофреније, па понуђено објашњење које се позива на величину узорка није довољно. У сврху прецизнијег објашњења анализирали смо добијене одговоре на питање које се тиче процене емоционалног стања особе над којом је почињен „погрешан корак“. Уочено је да већина испитаника на ово питање одговара да је актеру приче било непријатно. Самим тим су одговори који подразумевају навођење конкретне емоције, а не само валенце – пријатно-непријатно ретки. Међутим, према приручнику, ово представља тачан одговор, тако да подразумева добијање поена. Препознавање да је актеру било непријатно у конкретној ситуацији и препознавање конкретних емоција актера на основу садржаја приче не можемо изједначити, тачније први задатак је мање захтеван. Из тог разлога не изненађује добијени резултат о непостојању разлика, при чему се намеће питање *да ли би резултати остали исти уколико би се од испитаника тражило. навођење конкретне емоције?*

Афективна компонента теорије ума делом је процењена кроз учинак испитаника на тесту препознавања базичних емоција на основу фацијалне експресије. Поређењем успешности испитаника у препознавању емоција на основу фацијалне експресије

добијени су резултати који указују да испитаници оболели од параноидне шизофреније имају значајно нижи скор на целокупном тесту. Конкретно, мање су успешни у препознавању изненађења, презира, туге, гађења, као и у препознавању емоционално неутралних лица. У случају љутње, страха и среће нису добијене статистички значајне разлике.

Добијени резултати који указују на постојање тешкоћа у препознавању базичних емоција код особа оболелих од параноидне шизофреније сагласни су резултатима бројних истраживања која су се бавила проблемом препознавања емоција код шизофрених (нпр. Bediou, Franck et al., 2005; Bediou, Krolak-Salmon et al., 2005, Brüne, 2005b; Gur et al., 2002; Kohler et al., 2003; Kucharska-Pietura et al. 2005; van't Wout et al., 2007).

Разлике нису добијене у случају емоције среће, љутње и страха. Када је у питању срећа, добијени резултати не изненађују, уколико у обзир узмемо чињеницу да срећа представља емоцију која се најлакше препознаје (Gosselin et al., 1995) па самим тим долази до појаве дистрибуције скорова око максималне вредности, што се назива „ефектом плафона“. Према нормама које су објавили Екман и Фризен (Ekman & Friesen, 1976, према Posamentier & Abdi, 2003), за серију фотографија које се често користе у истраживањима, средња вредност успешности препознавања среће достиже чак 100%. Сагледавањем учинка испитаника у препознавању ове емоција примећујемо да се обе групе испитаника најуспешније препознавале срећу, као и да је аритметичка средина резултата приближна максималној вредности, што је слично резултатима неких од претходних студија (нпр. Kline, Smith, & Ellis, 1992; Kohler et al., 2003; Pomarol-Clotet et al., 2010). Колер и сарадници (Kohler et al., 2003) се приликом разматрања добијених резултата осврћу на чињеницу да је срећа једина позитивна базична емоција (аутори не разматрају изненађење као позитивну емоцију, јер валенца изненађења зависи од самог догађаја који изазива ову емоцију), па самим тим испитивање препознавања базичних емоција свакако подразумева и испитивање успешности препознавања среће, што доводи до тога да су резултати блиски максималној вредности у случају ове емоције скоро неизбежни. Ипак, поједини аутори покушавају да „ефекат плафона“ превазиђу усложњавањем стимулуса и скраћивањем времена експозиције фотографија (нпр. Edwards, Pattison, Jackson & Wales, 2001; Wilhelm, Hildebrandt, Manske, Schacht, & Sommer, 2014).

Непостојање разлика у успешности препознавања страха и љутње између испитиваних подузорака представља резултат који је тешко објаснити, с обзиром на то

да већина истраживања извештава о постојању разлика у смислу мање успешности схизофрених у препознавању ових емоција (Bediou et al., 2007; Bigelow et al., 2006; Brüne, 2005b; Derntl et al., 2009; Kucharska-Pietura et al. 2005; Chambon, Baudouin, & Franck, 2006). Ипак, резултати појединих студија не указују на постојање разлика у успешности препознавања љутње (van't Wout et al., 2007; Goghari & Sponheim, 2013; Kohler et al., 2003;; Hall et al. 2008), страха (Namiki et al. 2007; Tsoi et al. 2008), а постоје и истраживања у којима није утврђена разлика у успешности препознавања како љутње, тако и страха између схизофрених и психички здравих испитаника (нпр. Pomarol-Clotet et al., 2010; Hofer et al. 2009).

Увидом у добијене резултате примећујемо да обе групе испитаника имају ниску успешност препознавања страха, при чему су схизофрени испитаници за нијансу успешнији, мада не статистички значајно. Познато је да се страх препознаје са мањом тачношћу у односу на остале примарне емоције (Kirouac, & Doré, према Edwards et al., 2002) и да се најчешће меша са изненађењем (Ekman, 1972, према Edwards et al., 2002). Према томе, могуће је да је овде реч о супротном ефекту у односу на „ефекат плафона“, односно да је реч о „ефекту патоса“ (van der Gaag & Haenen, 1990; Wölwer et al., 1996 према Edwards et al., 2002), тачније да је емоција страха тешка за препознавање, што доприноси негативним резултатима тако што редукује могућност детектовања разлика између испитиваних подузорака.

На овом месту осврнућемо се на резултате логистичке регресије спроведене у циљу провере претпоставке о могућности предвиђања вероватноће припадности подзорку схизофрених, односно психички здравих на основу аспеката емпатије. Резултати показују да је модел статистички значајан и да тачно класификује 83,3% случајева. Успешност испитаника на Тесту препознавања емоција *JACEFEE/JACNeuF*, заједно са успешношћу испитаника на *Тесту необичних прича* има јединствен статистички значајан допринос моделу, односно успех на овом тесту издвојио се као значајан предиктор припадности испитаника подзорку психички здравих. Даља анализа показује да успешност препознавања изненађења и успешност препознавања емоционално неутралних лица представљају значајне предикторе припадности испитаника подзорку психички здравих, односно оболелих од параноидне схизофреније. Дакле, претпоставку о могућности предикције вероватноће припадности испитаника подзорку психички здравих, односно оболелих од параноидне схизофреније на основу успешности испитаника на задацима теорије ума и изражености емоционалне емпатије, резултати логистичке регресије делимично

потврђују. Даље се поставља питање због чега се изненађење и препознавање емоционално неутралних лица издвајају као значајни предиктори вероватноће припадности испитаника испитиваним подузorcима, при чему су моделом обухваћени предиктори – успешност препознавања седам базичних емоција и препознавања емоционално неутралних лица.

Изненађење представља емоцију која је у односу на остале емоције остала запостављена, а о препознавању изненађења сазнајемо углавном из истраживања чији је циљ заправо испитивање препознавања страха, јер је утврђено да се фацијална експресија страха грешком препознаје као експресија изненађења (Ekman & Friesen, 1976, према Johnston, Katsikitis, & Carr, 2001). Такве грешке не изненађују с обзиром на то да експресија изненађења слична експресији страха – широм отворене очи и уста. Изненађење је емоција која траје јако кратко – краће од 1 секунде и ова емоција лако прелази у страх или срећу, у зависности од самог окидача, па се може рећи да изненађење представља прелазну емоцију. Мало је истраживања која се баве испитивањем процеса препознавања изненађења (Posamentier & Abdi, 2003; Hennenlotter & Schroeder, 2006). Психолошке теорије изненађење описују као еволутивно стари и адаптивни механизам намењен реструктурирању и проширењу когнитивних концепата након анализе неочекиваних догађаја, што води ка бољој трансакцији између појединца и окружења (Schützwohl, 1998). Лари и сарадници (Larøiv, Mourad, & Raballo, 2010) подвлаче значај препознавања среће и изненађења као емоција које олакшавају међуљудску сарадњу, упознавање и остваривање интерперсоналних веза и истовремено умањују искуством потврђену комплексност социјалног окружења.

Увидом у успешност испитаника у препознавању појединачних емоција запажамо да учинак психички здравих испитаника потврђује налаз да после среће, изненађење представља емоцију која се са лакоћом препознаје (Toner, 1981, према Edwardsa et al., 2002). Испитаници оболели од параноидне схизофреније успешније препознају љутњу од изненађења, мада је успешност препознавања љутње незнатно виша од успешности препознавања изненађења. Добијена статистички значајна разлика у успешности препознавања изненађења између подузорака сагласна је са резултатима претходних истраживања (нпр. Brüne, 2005б; Johnston et al. 2008; Kline et al., 1992; Kucharska-Pietura et al. 2005; Larøiv et al., 2010; Namiki et al. 2007; Hofer et al. 2009). Добијену разлику и резултате логистичке регресије о доприносу успешности препознавања изненађења у предикцији припадности испитаника подузorkу психички

здравих, односно подузорку оболелих од параноидне схизофреније је тешко објаснити, нарочито из разлога слабијег изучавања препознавања изненађења у односу на остале базичне емоције. У покушају објашњења добијених налаза осврнућемо се на истраживање Барон-Коена и сарадника (Baron-Cohen, Spitz, & Cross 1993 према Ujarevic & Hamilton, 2012), чији резултати указују на нижу успешност деце оболеле од аутизма у препознавању изненађења. Аутори овакав налаз објашњавају разликом између изненађења и осталих базичних емоција. Наиме, изненађење представља емоцију која се базира на уверењу, тачније изненађење је једина базична емоција чије препознавање захтева препознавање менталног стања друге особе – особа је очекивала нешто, десило се нешто супротно, тако да је она сада изненађена. Самим тим немогућност препознавања изненађења представља последицу оштећења теорије ума. До резултата о тешкоћама у препознавању изненађења од стране аутистичних особа долазе и Џонс и сарадници (Jones et al., 2011), који овај налаз образлажу хипотезом о социјалној мотивацији (видети Dawson, Webb, & McPartland, 2005, према Jones et al., 2011) према којој недостатак интересовања аутистичних особа за социјалне сигнале доводи до смањене осетљивости на суптилне елементе комуникације. Самим тим, постоји могућност да избегавање социјалних ситуација доводи до смањене могућности препознавања емоција које се ређе јављају у свакодневном животу и које се јављају у сложенијим социјалним контекстима. Изненађење, по мишљењу аутора, представља емоцију „најугроженију“ социјалним избегавањем. Наведена објашњења не треба занемарити приликом разматрања резултата нашег истраживања, односно наведена објашњења чине се значајним за разумевање добијених резултата када је у питању препознавање изненађења и то потврђује следеће – социјална изолованост и недостатак интересовања за социјалне контакте представљају значајне карактеристике схизофреније; постоје бројни докази о угрожености теорије ума код схизофрених; и у овом истраживању пошло се од претпоставке да је теорија ума угрожена код особа оболелих од параноидне схизофреније – самим тим, овај резултата, представља један од доказа тачности почетне претпоставке.

Успешност препознавања емоционално неутралних лица издвојила се, поред успешности препознавања изненађења, као значајан предиктор вероватноће припадности подузорку психички здравих испитаника, односно подузорку испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Налаз о нижој успешности схизофрених испитаника у препознавању емоционално неутралних лица сагласан је налазима истраживања у којима је задатак испитаника, поред препознавања базичних емоција

био и препознавање емоционално неутралних лица (нпр. Eack et al., 2010; Kohler et al., 2003). Студије које су се бавиле испитивањем процеса обраде емоционално неутралних лица (и стимулуса) код особа оболелих од схизофреније извештавају о повећаној активности у одређеним областима мозга (амигдала, хипокампус, парахипокампус, фузиформни гирус) код ових испитаника у односу на психички здраве испитанике (Lakis & Mendrek, 2013; Surguladze et al., 2006; Hall et al., 2008; Holt, Kunkel et al., 2006). Утврђено је такође да схизофрени пацијенти, имају повишену аутоматску реакцију на емоционално неутрална лица у односу на психички здраве (Williams et al., 2004). Разматрајући тенденцију схизофрених испитаника да приписују емоције емоционално неутралним лицима, поједини аутори (нпр. Lakis & Mendrek, 2013; Hall et al., 2008; Holt et al., 2006а) се позивају на један од утицајнијих модела настанка психоза (Kapur, 2003), који наглашава да психоза представља стање у коме долази до придавања важности иначе неутралним, па самим тим и ирелевантним стимулусима. У контексту тога, емоционално неутрална лица постају заправо емоционално „истакнута“. Интересантно је да су резултати квалитативне анализе такође указали на овакву тенденцију испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Наиме, уочена је тенденција доношења суда о намерама актера приче на основу ирелевантних информација у причи (прича из *Теста препознавања „погрешног корака*), при чему се контекст приче занемарује. Овакву тенденцију особа оболелих од схизофреније Холт и сарадници (Holt, Titone et al., 2006) доводе у везу са настанком делузија.

С обзиром на важност нетачног приписивања емоција емоционално неутралним лицима код особа оболелих од схизофреније, нарочито параноидне форме, интересовала нас је дистрибуција одговора испитаника, тачније дистрибуција грешака на задацима процене емоционално неутралних лица. Дистрибуција грешака психички здравих испитаника и испитаника оболелих од параноидне схизофреније приказана је на графицима 3 и 4. Увидом у графике видимо да психички здрави испитаници најчешће грешком емоционално неутралним лицима приписују срећу (5,71%), па тугу (2,38%) и презир (1,73), што је слично обрасцу нетачних одговора испитаника оболелих од параноидне схизофреније, али је проценат ових грешака већи. Наиме, оболели испитаници најчешће грешком емоционално неутралним лицима приписују срећу (17,44%), па тугу (7,56%) и изненађење (4,11%). Поређењем наших налаза са налазима Колера и сарадника (Kohler et al., 2003) уочавамо да и ови аутори долазе до резултата који показују да су препознавање среће и препознавање туге на емоционално неутралним лицима најчешће грешке, како код испитаника оболелих од схизофреније,

тако и код психички здравих испитаника. Грешке типа препознавање туге на фотографијама емоционално неутралних лица не изненађују, с обзиром на то да резултати указују да се емоционално неутралним лицима најчешће грешком приписује експресија туге (Ekman, 1972, према Edwards et al., 2002). Поставља се питање „Због чега оба подузорка испитаника најчешће приписују срећу емоционално неутралним лицима?“. Увид у тестовни материјал, односно коришћене фотографије у истраживању нуди одговор на ово питање. Наиме, поједине фотографије које, према ауторима теста, представљају фотографије емоционално неутралних лица представљају лица чији поједини елементи делимично одговарају експресији среће (нпр. усне које приказују благи осмех). Важно је напоменути да је коришћење фотографија лица која приказују благу срећу (25% на континууму емоционално неутрално лице – експресија среће) уместо потпуно емоционално неутралних лица у истраживањима веома често (нпр. Blair et al., 2011; Mattavelli et al., 2013; Phillips et al., 1999;), што се оправдава тиме да 100% емоционално неутрална лица могу деловати хладно и претеће (Ekman & Rosenberg, 1997 према Phillips et al., 1999). Међутим, графици показују да је учесталост погрешног препознавања среће на емоционално неутралним лицима процентуално много већа код оболелих од параноидне шизофреније, него код психички здравих. Објашњење овог резултата ослања се на запажања настала током индивидуалног тестирања испитаника. Наиме, стиче се утисак да психички здрави испитаници „уче“ кроз искуство са тестовним материјалом, па тако временом „схватају“ да лица која показују благу срећу заправо представљају емоционално неутрална лица, јер се током тестирања сусрећу са фотографијама лица са експресијом среће и захваљујући поређењу, како тестирање одмиче, праве мањи број грешака, што се, на основу одговора, не може рећи за испитанике оболеле од параноидне шизофреније. Можда би налази о тенденцији шизофрених испитаника да одлуке доносе веома брзо и на основу малог броја доказа, односно да „ускачу у закључак“ и тешкоћама у пробабилистичком резонувању (Garety & Freeman, 1999) могли објаснити одсуство корекције одговора током тестирања код оболелих од параноидне шизофреније. Поред тога, немогућност корекције одговора шизофрених испитаника могла би бити последица проблема интеграције нових података у већ постојећа уверења (Freeman et al., 2002), као и потребе за заокруженошћу која подразумева немогућност толерисања двосмислености и конфузије (нпр. Bentall & Swarbrick, 2003).

Грешка која заузима треће место приликом процене емоционално неутралних лица код психички здравих испитаника је презир, што не изненађује с обзиром на то да,

као што је већ наведено, емоционално неутрална лица могу да делују хладно и претеће (Ekman & Rosenberg, 1997 према Phillips et al., 1999) и да презир представља емоцију која је јако тешка за препознавање (Russell et al., 1993). Чини се, на основу коментара испитаника током тестирања, да испитаници имају најмање искуства са овом емоцијом, па је, сходно томе, очекивано да фацијалним експресијама које изазивају дилеме приписују презир, односно емоцију која им је најмање позната. За разлику од психички здравих испитаника, код испитаника оболелих од параноидне схизофреније грешка која заузима треће место приликом процене емоционално неутралних лица је изненађење. Можда је тенденција ових испитаника да емоционално неутралним фацијалним експресијама које са сигурношћу не препознају приписују изненађење оправдана самом чињеницом да изненађење не спада ни у позитивну ни у негативну емоцију, односно валенца ове емоције зависи од догађаја који изазива ову емоцију (Kohler et al., 2003), па је извесно да изненађење представља најједноставнији и сигурнији избор када је испитаник суочен са тешкоћом препознавања емоције на основу фацијалне експресије.

У уводном делу овог рада било је речи о вези између препознавања базичних емоција и афективне теорије ума, односно разматрано је да ли су у питању различити или слични (идентични) процеси. Поједини аутори сматрају да препознавање базичних емоција представља прекурсор за развој теорије ума (Zald, 2003; Sommer et al., 2008; Wellman & Langutta, 2000), па самим тим и њен саставни део (Ochner, 2008; Mier et al., 2010), што оправдава процену афективне компоненте теорије ума преко задатака препознавања базичних емоција. Други пак аутори сматрају да је у ову сврху неопходно користити задатке који подразумевају процену комплексних емоција (нпр. срам, кривица) (Baron-Cohen et al., 2001). Када је реч о базичним емоцијама, неопходно је поновити тврдњу да се је изненађење једина емоција која се базира на уверењу и да је немогућност препознавања ове емоције последица оштећења теорије ума (Baron-Cohen et al., 1993 према Uljarevic & Hamilton, 2012) О резултатима нашег истраживања који се тичу успешности препознавања ове емоције је већ било речи. Такође, важно је напоменути да Шамај-Тсуријева и Ахарон-Перезова (Shamay-Tsoory & Aharon-Peretz, 2007) у истраживању у коме су испитивале когнитивну и афективну компоненту теорије ума, за процену афективне компоненте користе приче намењене процени успешности препознавања ироније. Увидом у примере прича које ауторке наводе у раду увиђамо да су приче намењене процени афективне ироније, у којима се од испитаника захтева препознавање емоционалног стања актера приче које стоји иза одређене изјаве (нпр. љутња), сличне причама намењеним процени препознавања ироније *Теста чудних*

прича. У претходној дискусији било је речи о разликама између испитиваних подузорака у нашем истраживању у успешности препознавања ироније и резултатима логистичке регресије. Коначно, ова истраживања су наведена како бисмо могли извести закључак да резултати нашег истраживања показују да испитаници оболели од параноидне шизофреније показују извесна „оштећења“ когнитивне и афективне компоненте теорије ума, а да не улазимо у дискусију о томе да ли се афективна компонента теорије ума може проценити на основу успешности препознавања базичних емоција или не.

Следећи испитивани аспект емпатије била је емоционална емпатија. Поређењем испитиваних подузорака добијена је статистички значајна разлика у степену изражености емоционалне емпатије, која је израженија код испитаника оболелих од параноидне шизофреније. Овакав налаз у складу је са резултатима истраживања која су се бавила проблемом емпатије код особа оболелих од шизофреније (Lehmann et al., 2014; Michaels et al., 2014; Horan et al., 2015). Један од могућих објашњења добијених резултата у нашем истраживању је давање социјално пожељних одговора од стране испитаника оболелих од параноидне шизофреније, што треба узети у обзир јер се процена емоционалне емпатије заснивала на упитничком скору. Могуће је да су из жеље да потврде своје добро психичко стање испитаници оболели од параноидне шизофреније претеривали у процени сопствене емоционалне емпатије. Међутим, с обзиром на подударност резултата претходних студија и резултата нашег истраживања извесније је да је овај аспект емпатије не само очуван код особа оболелих од шизофреније, већ да је код ових особа присутна хиперреспонзивност на емоције других људи, што може бити отежавајућа околност у ситуацијама преплављености ових особа негативним емоцијама других људи. Висока осетљивост на емоције других уз смањену могућност разликовања сопствених и туђих емоција доприноси емоционалној преплављености, која омета адаптивно понашање проистекло из емпатијског доживљаја. (адаптивно емпатијско понашање) (Horan et al., 2015). Резултати истраживања МекКормика и сарадника (McCormick et al., 2012) указују на хиперреспонзивну активацију система мирор неурона у одређеним околностима, што се према мишљењу Мајклса и сарадника (Michaels et al., 2014) може повезати са поремећајем разликовања себе од других и проблемом емоционалне регулације, који су у претходним истраживањима регистровани код особа оболелих од шизофреније (Henry et al., 2008; Horan et al., 2013; Liepelt et al., 2012, према Michaels et al., 2014). Област изучавања емоционалне емпатије код шизофрених постаје актуелна последњих

година и захтева даља истраживања и провере већ добијених резултата, уз евентуалну допуну већ коришћеног самоизвештаја поузданијим мерама емоционалне емпатије.

Након разматрања резултата поређења подузорака у различитим аспектима емпатије, уз осврт на претпоставке од којих смо кренули у овом истраживању, можемо рећи да добијени резултати потврђују претпоставку о постојању разлика у аспектима емпатије (когнитивне и афективне теорије ума и емоционалне емпатије) између испитаника оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника.

* * *

Следећа претпоставка коју смо проверили овим истраживањем јесте претпоставка о постојању повезаности између димензија афективне везаности и успешности испитаника на задацима за процену афективне и когнитивне компоненте теорије ума, као и изражености емоционалне емпатије. Испитујући повезаност димензија афективне везаности и успешности испитаника оболелих од параноидне схизофреније на задацима намењеним процени когнитивне и афективне компоненте теорије ума, добијамо резултате који указују на повезаност појединих димензија и успешности испитаника на *Тесту необичних прича* (когнитивна компонента теорије ума) и *Тесту препознавања емоција JACEFEE/JACNeuF* (афективна компонента теорије ума) (Табела 15 и 16). Наиме, димензија афективне везаности Негативан радни модел селфа остварује статистички значајну негативну корелацију са укупним резултатом схизофрених испитаника на наведеним тестовима.

Унутрашњи радни модели селфа и значајних других формирају се кроз однос детета са мајком и садрже уверења и очекивања о начину функционисања света и онога што однос афективне везаности пружа (Bowlby, 1981, према Ханак, 2004). Унутрашњи радни модели представљају менталне репрезентације које могу бити мање или више прецизне и тачне. Према Болбију, унутрашњи радни модел селфа чине „представе“ о томе колико је особа прихватљива или неприхватљива у очима фигуре везивања (Bowlby, 1973, према Allen, 2013). Однос између детета и значајних других (најчешће мајке) обликује ове унутрашње радне моделе. Па тако, дословно респонзивна мајка, која је осетљива на дететове потребе омогућава детету да развије слику о себи као о бићу вредном пажње, па самим тим обезбеђује развој сигурне афективне везаности (Ainswort & Eichberg, 1989; 1991, према Стефановић-Станојевић, 2004). Везаност детета за значајне друге представља контекст у коме се развија ментализација. Сигурна

везаност детета са мајком неопходна је за развоје рефлексивне функције, јер захваљујући сигурној вези не долази до честе активације система везаности, што повећава могућност „вежбања“ способности ментализације у контексту односа са неговатељем (Fonagy, 2008). Фонаги и сарадници (Fonagy et al., 1995, према Slade, 2008) долазе до резултата који указују да одрасли који су током интервјуа за процењивање афективне везаности одраслих (Adult Attachment Interview, George, Kaplan & Main, 1985) показивали високу рефлексивност, чешће припадају сигурном обрасцу афективног везивања (што подразумева позитиван радни модел селфа и других). Везу између унутрашњих радних модела и ментализације подвлаче и Марвин и Бритнер (Marvin & Britner, 2008) набрајајући пет вештина које су повезане са унутрашњим радним моделима – способност препознавања менталних стања као што су осећања и намере фигуре везивања; способност разликовања сопствених менталних стања од менталних стања других; способност сагледавања фактора који утичу на планове и циљеве фигуре везивања; и способност вршења утицаја на планове, циљеве и акције фигуре везивања. Резултати студије Шнајдер-Хаслофа и сарадника (Schneider-Hassloff, Straube, Nuscheler, Wemken, & Kircher, 2015) показују да је висока анксиозност у везивању, у чијој основи је негативни радни модел селфа, у негативној корелацији са активношћу неуралних зона које улазе у састав неуралне мреже која чини основу когнитивне компоненте теорије ума. Аутори извештавају да су неуронске мреже значајне за афективну компоненту теорије ума биле активније код особа са израженом димензијом одбацивања у афективном везивању, са напоменом да овај резултат треба проверити у будућим истраживањима уз препоруку да би било добро користити друге инструменте за процену афективне компоненте теорије ума (нпр. инструмената који подразумевају приказивање људских лица или дела људских лица). Резултати о негативној повезаности успешности испитаника на задацима теорије ума и високе анксиозности у везивању добијени су и у истраживању спроведеном на адолесцентима, у коме је за процену теорије ума коришћен *Reading the Mind in the Eyes* (Baron-Cohen et al., 1997), који се заправо сматра типичним тестом за процену афективне компоненте теорије ума (Hünefeldt, Laghi, Ortu, & Belardinelli, 2013).

Истраживања која су се бавила испитивањем везе између афективне везаности и препознавања емоција указују да би афективна везаност могла утицати на пажњу усмерену на емоционалне стимулусе и њихово декодирање (Tucker & Anders, 1999; Feeney et al., 1994). Постоје докази да су особе са повишеном анксиозношћу у везивању „осетљивије“ на фацијалне експресије емоција, било позитивних или негативних

(Niedenthal et al., 2002; Chris Fraley, Niedenthal, Marks, Brumbaugh, & Vicary, 2006), што би указивало не само на њихову повишену осетљивост на одобравање и прихватање, већ и на одбацивање и губитак (Mikulincer & Shaver, 2007). Гутерман (Guterman, 2006, према Mikulincer & Shaver, 2007) извештава о нижем учинку особа са повишеном анксиозношћу и повишеним избегавањем у везивању на тестовима препознавања емоција (у једном истраживању аутор је користио MSCEIT – The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test, док је у другом користио JACBART - Japanese and Caucasian Brief Affect Recognition Test). Крис Фрејли и сарадници (Chris Fraley et al., 2006) на основу добијених резултата који указују да особе анксиозне у везивању детектују брже емоције (на лицима која су скоро емоционално неутрална) и греше у препознавању емоција, износе претпоставку да повећана „осетљивост“ може утицати да ове особе брзоплето доносе закључке и „ускачу у емоционално закључивање“, што наравно умањује тачност препознавања емоција. Резултат до кога смо дошли у овом истраживању о вези између димензије Негативан радни модел селфа са једне стране и успеха на *Тесту необичних прича* и Тесту препознавања емоција *JACEFEE/JACNeuF* са друге, сагласан је наведеним резултатима истраживања. Међутим, напомињемо да је оваква веза добијена само на подузорку оболелих од параноидне схизофреније. Сличне резултате добијају Пос и сарадници (Pos et al., 2014), о мањој успешности психотичних испитаника са израженом анксиозношћу у везивању на задацима намењеним процени когнитивне компоненте теорије ума. У циљу објашњења добијених резултата аутори се позивају на тврдњу Фонагија и Лојтена (Fonagy & Luyten, према 2009, Pos et al., 2014) да висока анксиозност у везивању подразумева нижи праг активације система везивања, при чему аутоматски долази до деактивације ментализације. Па тако, високо анксиозне особе, приликом решавања задатака за процену теорије ума, могу лако бити преплављене социјалним информацијама и превише „побуђене“ задацима који подразумевају емоционално ангажовање, што ће их ометати у препознавању менталних стања других људи.

На подузорку оболелих од параноидне схизофреније добијена је негативна статистички значајна корелација између димензије афективне везаности Слаба регулација беса и успеха на Тесту препознавања емоција *JACEFE/ JACNeuF* (Табела 16). Уколико пођемо од дефиниције емоционалне интелигенције, по којој емоционална интелигенција представља композит четири вештине – вештине регулације емоција, вештине препознавања сопствених и туђих емоција, вештине разумевања емоција и вештине коришћења осећања у циљу олакшавања мишљења (Mayer, Salovey, Caruso, &

Sitarenios, 2001), можемо рећи да је добијена корелација очекивана у случају да димензији Слаба контрола беса приступимо као показатељу слабе емоционалне регулације. Наиме, препознавање емоција представља на неки начин услов за регулацију емоција, њен прекурсор, јер је регулација могућа тек након препознавања (Yoo, Matsumoto, & LeRoux, 2006). Према теоретичарима афективне везаности, регулација афекта представља капацитет модулације емоционалних стања и блиско је повезана са ментализацијом, односно представља „увод“ у ментализацију, при чему појава ментализације повратно утиче на афективну регулацију (Fonagy & Target, 2006). Резултати појединих истраживања указују на постојање позитивне везе између регулације и препознавања емоција (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009; Yoo et al., 2006), што је потврђено и у нашем истраживању.

Када је реч о подзорку психички здравих испитаника, статистички значајне негативне везе утврђене су између успешности испитаника на *Тесту препознавања „погрешног корака“* и појединих димензија афективне везаности. Наиме, резултати указују на постојање негативне корелације између димензија Капацитет за ментализацију и Коришћење спољашње базе сигурности и успешности испитаника на делу теста који је намењен процени когнитивне компоненте теорије ума. Успешност психички здравих испитаника на делу *Теста препознавања „погрешног корака“* намењеном процени афективне компоненте теорије ума у негативној је корелацији са димензијом афективне везаности Капацитет за ментализацију. Може се рећи да су резултати неочекивани, тачније неочекивана је негативна корелација, нарочито уколико се осврнемо на одређење димензија афективне везаности. Наиме, капацитет за ментализацију подразумева могућност разумевања и способност антиципације сопствених менталних стања и менталних стања других људи, па се очекује да ова димензија позитивно корелира са успешношћу испитаника на задацима за процену теорије ума. Такође, димензија коришћење спољашње базе сигурности односи се на постојање фигура за које је особа везана, на које може да се ослони и које је чине сигурном, па је неочекивано да ће и ова димензија остварити негативну корелацију са делом теста препознавања „погрешног корака“ намењеном процени когнитивне компоненте. Тешко је образложити добијене корелације. Пар напомена које можемо навести, могле би евентуално допринети разумевању добијених резултата. Најпре је важно напоменути да су димензије афективне везаности процењене путем самоизвештаја, док *Тест препознавања „погрешног корака“* пред испитаника ставља задатак процене намера и емоција актера приче које су блиске свакодневним

ситуацијама. Сасвим је извесно да испитаници приликом давања одговора на упитнику претерују у позитивној самопроцени ментализације и процени подршке коју препознају у блиским особама. Немогућност људи да на адекватан начин процене сопствене способности није непознаница. Заправо, у многим доменима функционисања, људи показују тенденцију погрешног процењивања сопствених компетенција и способности. Данинг и сарадници (Dunning, Johnson, Ehrlinger, & Kruger, 2003) су у истраживању на ову тему идентификовали типичан образац везе између самопроцене и учинка – испитаници који постижу нижи учинак на тесту, процењују сопствени учинак као изнадпросечан, док је самопроцена оних са високим учинком нижа од учинка. Дакле, могуће је да је само присуство способности потребно да би се адекватно проценио степен изражености те способности код себе, тако да они који су мање компетентни у одређеном домену нису у могућности да препознају шта значи добар учинак у том домену (Ames & Kammrath, 2004; Dunning et al., 2003). Захваљујући овој тврдњи резултати у нашем истраживању о негативној вези појединих димензија афективне везаности и учинка на *Тесту препознавања „погрешног корака“* постају разумљиви. Слични резултати добијају се и када је у питању интерперсонална осетљивост. Истраживања указују на слабу везу или чак на непостојање везе између самопроцене сопствених емпатијских способности и учинка на задацима процене менталних стања других људи (Ames & Kammrath, 2004; Zaki, Bolger, & Ochsner, 2008; Ickes, 1993; Realo et al., 2003; Hogan et al., 2015). Коначно, у оквиру напомена важних за разматрање резултата, подвлачимо да је поузданост скале Капацитет за ментализацију у нашем истраживању на подзорку психички здравих испитаника ниска ($\alpha=0,463$), што свакако не треба занемарити.

Добијена статистички значајна негативна корелација између успешности на тесту препознавања емоција на основу фацијалне експресије и димензије Негативан радни модел других на подзорку психички здравих испитаника је очекивана. Истраживачи из области афективног везивања препознавање лица и емоција на основу фацијалне експресије третирају као адаптивну стратегију која се развија код детета кроз однос са фигуром везивања. Уколико дете одраста у непријатељском или непредвидивом окружењу, оно ће развити стратегије које ће заправо представљати стратегије преживљавања. У складу са тим, деца са избегавајућим обрасцем везивања могу научити да дистанцирањем у односу на фигуру везивања минимизирају очекиване непријатне или болне исходе (Bowlby, 1969, 1982, према Sheaffer, Golden, & Averett, 2009). Самим тим, избегавајући образац, кога карактерише негативан радни модел

других, може се повезати са минимизирањем, односно смањеном пажњом када су у питању негативне емоције других изражене пре свега фацијалном експресијом (Sheaffer et al., 2009). Потврда тога долази из истраживања у коме је утврђено да испитаници код којих у афективном везивању доминира избегавање показују тенденцију избегавања декодирања емоционалних стимулуса (Niedenthal et al., 2002). Мегај са сарадницима (Magai, Distel, & Liker, 1995, према Sheaffer, et al., 2009) извештава о резултатима који указују да је код одраслих особа сигурна афективна везаност повезана са већом успешношћу препознавања емоција на основу фацијалне експресије, избегавајући образац је у вези са општим дефицитом у препознавању емоција на основу фацијалне експресије, док је анксиозност у везивању повезана са тешкоћом препознавања страха.

Следећа веза коју смо испитали јесте повезаност између емоционалне емпатије и димензија афективне везаности. Добијене корелације на оба подузорка су позитивне (осим у случају корелације димензије Капацитет за ментализацију и емоционалне емпатије код психички здравих испитаника, која је негативна; поред тога реч је о јако ниској корелацији), међутим, статистички значајне корелације добијене су само на подузорку оболелих од параноидне шизофреније. Добијена позитивна статистички значајна корелација између Капацитета за ментализацију и емоционалне емпатије је очекивана, са напоменом да добијена корелација није висока. Ипак, уколико узмемо у обзир да су димензије афективне везаности и емоционална емпатија операционализоване скором на упитницима, односно да се мере заснивају на самоизвештају, уколико узмемо у обзир поузданост скале Капацитет за ментализацију на оба подузорка и уколико сагледамо корелацију између ове димензије и емоционалне емпатије на подузорку психички здравих, која је негативна и скоро једнака нули, морамо напоменути да је неопходна провера овог резултата на већем узорку и уз разматрање фактора који би могли утицати на или посредовати ову везу. Сагледавање осталих корелација наводи на следећи закључак – димензије које позитивно корелирају са емоционалном емпатијом представљају оне које су израженије код преокупираног обрасца (страх од губитка спољашње базе сигурности, коришћење спољашње базе сигурности и негативна радни модел селфа), дакле код оног обрасца код којег доминира повишена анксиозност у везивању. Већа израженост ових димензија указује на већу анксиозност, а познато је да индивидуе са повећаном анксиозношћу у везивању показују хиперактивацију система везаности, односно показују повећану усмереност пажње на сигнале везивања, заокупљеност менталним стањима повезаних са афективном везаношћу и преминацију емоционално обојене комуникације

(Mikulincer & Shaver, 2007; Hünefeldt et al., 2013), што може допринети повећаној осетљивости на емоције других људи (самим тим и емоционалне емпатије) или макар процени себе као повишено осетљиве особе на емоције других. Образложење позитивне везе између димензије Негативни радни модел других и емоционалне емпатије тешко је наћи, нарочито што су налази претходних истраживања супротни нашим, са напоменом да је реч о истраживањима спроведеним на психички здравим испитаницима (нпр. Khodabakhsh, 2012; Trusty, Ng, & Watts, 2005). Евентуално објашњење могло би се наћи у већ поменутој појави да особе које су мање компетентне у одређеном домену заправо имају тенденцију да прецењују своје компетенције, јер, услед мање компетенције, нису у стању да препознају шта значи добар учинак у том домену (Ames & Kammrath, 2004; Dunning et al., 2003).

Сагледавањем добијених корелација на испитиваним подузorcима постаје упадљиво да су добијене корелације између теорије ума и димензија афективне везаности на испитиваним подузorcима не само различитог интензитета (можда не статистички значајно), већ су поједине корелације и различитог смера. Такође, корелације које се издвајају по својој значајности разликују се на испитиваним подузorcима. Из тог разлога проверен је степен слагања добијених структура корелација на испитиваним подузorcима. Као показатељ степена подударности коришћен је Такеров коефицијент конгруентности. Резултати су указали на лоше слагање добијених корелација, према Такеровим критеријумима, осим у случају поређења добијених корелација између димензија афективне везаности и емоционалне емпатије, где је слагање нешто више (0,773), али и даље ниско за разматрање сличности између корелација. Овакви резултати указују на постојање варијабли са евентуалним модераторским и/или медијаторским ефектом на ову везу, при чему би психичко обољење могло бити једна од тих варијабли. У сваком случају добијени резултати отварају теме које би било добро испитати у будућим истраживањима, са напоменом да је пре свега неопходно добијене резултата проверити на већем узорку.

Након разматрања добијених корелација можемо рећи да резултати нашег истраживања делимично потврђују претпоставку о повезаности димензија афективне везаности и аспекта емпатије (теорије ума – когнитивне и афективне компоненте и емоционалне емпатије) на оба подузорка, са напоменом да су статистички значајне корелације релативно ниске, док већина корелације на подузорку психички здравих испитаника не достиже статистичку значајност.

Следећа претпоставка проверена овим истраживањем јесте претпоставка о повезаности емоционалне емпатије и теорије ума. Наиме, почетна претпоставка била је да ће когнитивна и афективна компонента теорије ума бити повезане са емоционалном емпатијом на оба подузорка, при чему се очекивало да ће ова веза бити интензивнија између афективне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије како на подузорку оболелих од параноидне схизофреније, тако и на подузорку психички здравих. Такође, очекивало се да ће добијене корелације бити позитивне. Међутим, резултати показују да на подузорку психички здравих испитаника не постоји статистичка значајна корелација између когнитивне и афективне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије. На подузорку оболелих од параноидне схизофреније утврђена је негативна, статистички значајна корелација између когнитивне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије.

Разматрајући однос између когнитивне (афективна и когнитивна компонента теорије ума) и емоционалне емпатије Шамај-Тсуријева са сарадницима (Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz, & Perry, 2008) наводи две могућности – прва могућност је зависност две компоненте емпатије. Пошто је емоционална зараза која чини основу емоционалне емпатије развојно „старија“, више аутоматизована од когнитивне емпатије, могло би се претпоставити да она претходи и одређује когнитивну емпатију. То би значило да оштећење емоционалне емпатије води у оштећење когнитивне. Друго објашњење било би да је реч о независним процесима, у чијој су основи различите неуронске мреже, тако да оштећење једне, не условљава оштећење друге. Међутим, ова два објашњења не одговарају резултатима добијеним у нашем истраживању. Прегледом истраживања не налазимо сличне резултате, осим студије Себастиана и сарадника (Sebastian et al., 2011) у којој аутори долазе до налаза о негативној вези између самопроцене емоционалне емпатије и неуралне активности током решавања задатака намењених процени афективне теорије ума. У покушају објашњења оваквог налаза аутори се позивају на могућност да особе са мањим скором на упитнику емоционалне емпатије имају већу могућност аутоматске регулације емоција изазваних емоционалним стањем друге особе. Такође, ове особе могу имати израженији когнитивни приступ задатку, па самим тим повећати допринос регија задужених за когнитивну контролу.

Када је реч о схизофренима, треба узети у обзир абнормално процесирање информација о себи и другима, као и измењен доживљај себе и других, који не само да

имају одраза у симптомима, већ су важни и за социјалну когницију, па самим тим и за објашњење смањене социјалне функционалности оболелих. Ово се пре свега односи на тешкоће јасне дистинкције себе од других, детектоване код ових особа већ у раним фазама болести (Amminger et al., 2012; An et al., 2010; Parnas et al., 2011; Thompson et al., 2013, 2012, према van der Weiden, Prikken, & van Haren, 2015), што заправо доводи до појаве конфузије и немогућности јасног разликовања сопствених менталних стања од менталних стања других људи. Слаба интеграција и дистинкција себе и других могла би утицати и на аспекте емпатије, односно теорију ума и емоционалну емпатију. За адекватно разумевање менталних стања других самосвест представља неопходан услов јер „сваки организам који је самосвестан имаће могућност сагледавања сопствених менталних стања, па самим тим и могућност препознавања менталних стања других људи“ (Humphrey, 1990, према Decety & Jackson, 2004, стр. 81). Са друге стране дељење емоција без јасних граница између себе и других приближава се у неку руку емоционалној зарази, која се може одредити као „тотална идентификација без дискриминације сопствених осећања од осећања других људи“ (de Waal, 1996, према Decety & Jackson, 2004, стр 75), при чему је неопходно напоменути да емоционална емпатија представља субјективно стање настало услед емоционалне заразе. Дакле, познато је да је разликовање ја и не-ја, тј. других компромитовано код особа оболелих од шизофреније, што може повећати осетљивост ових особа на емоције других људи и услед тога лако индуковање емоција емоционалним стањима других особа, док би истовремено, овом конфузијом између себе и других, теорија ума (можда чак у већој мери когнитивна компонента) могла бити угрожена, што све заједно узето у обзир чини резултате нашег истраживања разумљивим. Оно што би се могло извести као закључак јесте већ позната чињеница да недовољна интегрисаност особе води у смањену адаптабилност.

Претпоставка о повезаности когнитивне и афективне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије на испитиваним подзорцима је делимично потврђена, односно значајне корелације добијене су само на подзорку оболелих од параноидне шизофреније, уз напомену да је добијени резултати не потврђују очекивање о већем интензитету ове везе између афективне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије, као и да добијени смер корелација није у складу са очекиваним.

* * *

Приликом испитивања повезаности између аспеката емпатије (теорије ума и емоционалне емпатије) и изражености персекуторне идеације код испитаника оболелих од параноидне схизофреније добијени су резултати који указују на постојање негативне статистички значајне корелације између учинка на *Тесту необичних прича* и тесту препознавања емоција на основу фацијалне експресије *JACFEE/JACNeuF* са једне стране и персекуторне идеације са друге. Добијени резултати о негативној корелацији између когнитивне компоненте теорије ума и персекуторне идеације сагласни су налазима појединих истраживања (Harrington et al., 2005; Craig et al., 2004), уз напомену да су у овим истраживањима коришћени задаци сличнији задацима *Теста необичних прича*, него задацима *Теста препознавања „погрешног корака“*. Нижи учинак испитаника са персекуторним суманутим идејама на задацима теорије ума, према Коркорану и Фриту (Corcoran, Cahill, & Frith, 1997; Corcoran, Mercer, & Frith, 1995; Frith, 1992; Frith & Corcoran, 1996, према Walston et al., 2000), указује на нижу способност разумевања намера других људи, што повећава вероватноћу извођења погрешног закључка о намерама особа у окружењу. Према томе, саме персекуторне идеје могле би бити узроковане оштећењем способности закључивања о менталним стањима других људи. Супротно томе, Друри са сарадницима (Drury, Robinson, & Birchwood, 1998) закључује да дефицит теорије ума није узрочник параноидних идеја, нити је специфичан за особе са суманутим идејама, већ може бити последица генералног преоптерећења у процесирању информација код особа са оваквим симптомом. Резултати истраживања која су испитивала везу између теорије ума и симптома схизофреније, па, између осталог и персекуторне идеације, су неконзистентни, а као разлог тога Харингтон са сарадницима (Harrington et al., 2005) наводи следеће – 1) разноликост задатака коришћених за процену теорије ума; 2) различитост метода који истраживачи користе за класификацију симптома схизофреније, који су веома хетерогени; 3) теорија ума би могла бити само један од детерминишућих фактора настанка персекуторних делузија.

Негативна веза између персекуторне идеације и успешности препознавања емоција на основу фацијалне експресије је очекивана и могуће објашњење оваквог налаза могло би се наћи у утврђеном обрасцу посматрања фацијалних експресија и социјалних ситуација од стране суманутих пацијената. Наиме, утврђено је да стимулуси повезани са претњом, као што су фацијална експресија негативних емоција или претеће социјалне ситуације, аутоматски привлаче пажњу ових особа, да би се у каснијој фази усмеравања пажње јавила тенденција свесног избегавања оваквих стимулуса,

највероватније у циљу редукције анксиозности (Green & Phillips, 2004; Green, Williams, & Davidson, 2003), што може негативно утицати на успешност препознавања емоција на основу фацијалне експресије.

Позитивна корелација између емоционалне емпатије и изражености персекуторне идеације јесте неочекивана, али би се са аспекта угрожености теста реалности и дистинкције ја и други могла објаснити, при чему је неопходно осврнути се на дискусију претходних резултата. Наиме, установљено је да особе оболеле од параноидне схизофреније обухваћене овим истраживањем имају израженију емоционалну емпатију у односу на психички здраве и да емоционална емпатија остварује негативну корелацију са осталим аспектима емпатије, тј. са теоријом ума на овом подзору. Објашњење за овакве резултате налазимо у хиперреспонзивности оболелих од схизофреније на емоције других људи, која произилази из смањене могућности разликовања себе од других. Појачана осетљивост уз установљену смањену регулације емоција оболелих особа (Henry et al., 2008; Horan et al., 2013; Liepelt et al., 2012, према Michaels et al., 2014), доводи до преплављености емоцијама других, па самим тим и смањене адаптабилности (Horan et al., 2015). Дакле, смањена могућност дистинкције себе од других повећава емоционалну емпатију. Међутим, са друге стране умањује способност ментализације тј. теорије ума (van der Weiden, et al., 2015). Присуство персекуторне идеације представља доказ угрожености теста реалности, па самим тим и доказ некритичности, као и тешкоћа у очувању јасних граница између себе и других, што доприноси повећању емоционалне респонзивности на емоције других људи. Отуда и добијена позитивна корелација између персекуторне идеације и емоционалне емпатије.

Након разматрања добијених корелација можемо рећи да резултати истраживања делимично потврђују претпоставку о постојању негативне везе између аспеката емпатије и персекуторне идеације.

* * *

Провером повезаности димензија афективне везаности и персекуторне идеације добијамо резултате који указују на позитивну повезаност већине димензија афективне везаности и персекуторне идеације, осим димензија Неразрешена породична трауматизација и Слаба регулација беса. Најинтензивније корелације добијене су између персекуторне идеације и димензија Негативан радни модел других (0,721) и

Негативан радни модел селфа (0,527). Уколико се осврнемо на Мајснеров концепт параноидног процеса, добијене резултате можемо окарактерисати као очекиване. Наиме, према Мајснеру (Meissner, 1981; Meissner, 1979, 1980, према Манојловић & Николић-Поповић, 2009), у основи параноидног процеса леже интројекција и пројекција. Одрастање у породицама које у већини случајева карактерише садомазохистички образац, који подразумева улогу жртву и агресора, доводи до тога да се у унутрашњи простор интројектују агесија и супериорност, али и беспомоћност, страх и невредновање себе. Интеграција оваквих интројеката је спречена супротстављеним емоцијама. Доживљај селфа параноидне особе се организује око интројекта жртве, међутим, овај прави идентитет је заштићен лажним идентитетом организованим око интројекта агресора. Овакав идентитет има заштитну улогу, али је агесија везана за интројект агресора угрожавајућа за самопоштовање, те се она „избацује“ из унутрашњег простора и приписује другима (пројекција). Истовремено захваљујући лажном идентитету, односно захваљујући томе што се пол нарцистичке супериорности налази у патолошком идентитету чиме се развија доживљај посебности, позиција жртве постаје подношљива. Објашњавајући настанак персекуторне идеације Бентал са сарадницима (Bentall et al., 1994; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001) наводи да разлике између ја и идеалног ја, активирани неким претећом информацијом, покрећу експанаторне тенденције које имају за циљ објашњење тј. умањење ових разлика. Персекуторне сумануте идеје настају када особа негативне догађаје приписује спољашњим факторима (најчешће другим људима), односно услед спољашњег стила атрибуције, при чему овакав експанаторни стил има за задатак одржање „блискости“ између идеалног и реалног ја на рачун повећања разлика између реалног ја и уверења о начину на који нас други људи виде, па параноидна особа верује да други људи имају лоше намере. Дакле, персекуторне сумануте идеје заправо штите јединку од осећања ниже вредности, односно персекуторне делузије омогућавају избегавање самооптуживања и одржање самопоштовања на рачун оптуживања других људи за негативне животне догађаје. Бенталово објашњење параноидности одговара једном од два типа параноидности описаних од стране Тровера и Чедвика (Trower & Chadwick, 1995, према Melo, Taylor, & Bentall, 2006), типу названом „јадан ја“ параноја, коју карактерише виђење других као лоших и себе као жртве. Овај тип параноје заправо карактерише несигуран селф, уз потребу сталног тражења сигурности и одобрења од других, што би евентуално могло бити објашњење добијене позитивне везе између персекуторне идеације и димензија

Страх од губитка спољашње базе сигурности и Коришћење спољашње базе сигурности у нашем истраживању. Сходно томе ове особе најчешће припадају преокупираном обрасцу афективног везивања, који у нашем истраживању, представља најзаступљенији несигурни образац афективног везивања на подзорку оболелих од параноидне схизофреније, чија је учесталост на овом подзорку одмах испод учесталости сигурног обрасца (преокупирани – 9 испитаника, сигурни – 10 испитаника). Поред „јадан ја“ параноје, аутори описују и „лош ја“ параноју, која одговара избегавајућем обрасцу афективног везивања (Trower & Chadwick, 1995, према Melo et al., 2006). Мело са сарадницима (Melo et al., 2006) на основу резултата истраживања закључује да највероватније није реч о два типа параноје, већ о две фазе које се међусобно смењују у оквиру параноидног начина мишљења. Аутори наводе да су налази њиховог истраживања сагласни објашњењу параноје од стране Бентала и сарадника (Bentall et al., 2001) који узроке персекуторних идеја налазе у дисфункционалним стратегијама регулације самопоштовања, што у појединим ситуацијама води ка високом самопоштовању и ниском доживљају заслужености казне и самим тим присутности „јадан ја“ параноидних уверења, док у неким другим приликама доводи до појаве присутности „лош ја“ уверења заједно са ниским самопоштовањем и доживљајем заслужености прогона и казне. Наведена објашњења и емпиријски налази дају смисао налазима нашег истраживања о повезаности димензија афективне везаности и персекуторне идеације.

Оно што остаје недовољно јасно јесте добијена позитивна корелација између димензије Капацитет за ментализацију и изражености персекуторне идеације која би се евентуално могла објаснити некритичношћу испитаника у самопроцени овог капацитета, која се повећава са већом угроженошћу теста реалности, те доводи до претеривања у самопроцени, и приписивања себи већег капацитета за ментализацију од реалног, који је очигледно мањкав, при чему се ова очигледност не ослања само на претпоставку проистеклу из сагледавања присутне симптоматологије, већ и на резултате овог истраживања. Како је реч о веома сложеним феноменима добијени резултати захтевају проверу у будућим истраживањима чији би дизајн обезбедио контролу већег броја променљивих, што самим тим повећава генерализабилност резултата.

4.1.1 Дискусија резултата квалитативне анализе

Квалитативна анализа садржаја одговора испитаника на *Тесту препознавања „погрешног корака“* омогућила нам је стицање бољег увида у начине на који испитаници обухваћени овим истраживањем тумаче намере особа у појединим социјалним ситуацијама, односно стицање увида у разлике ових тумачења између оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника. Увидом у теме које смо идентификовали у садржајима одговора можемо рећи следеће:

Тема *Нелогични одговори* појављује се само у одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније, што упућује на закључак да ова група испитаника има извесне тешкоће у разумевању социјалних ситуација. Овакав резултат не изненађује с обзиром на то да разумевање и идентификација „погрешног корака“ захтева способност атрибуције когнитивног и емоционалног стања особе која је починила „погрешан корак“ и особе над којом је почињен „погрешан корак“ (Stone et al., 1998), што може бити у датом тренутку претпоставке о оштећености теорије ума код схизофрених, тако и због немогућности дуже инвестиције и брзог исцрпљивања приликом извршења постављених налога. Тема *Нелогични одговори* појављује се у одговорима оболелих од параноидне схизофреније на причи број 2, 11, 12 и 18.

Поред тога, код схизофрених испитаника уочена је тенденција усмеравања на ирелевантне информације у причи, приликом тумачења намера актера, односно препознавање неважних информација датих у причи као кључних за тумачење интенција (прича број 2, 11, 12, 15 и 18). Такође, уочава се усредсређивање на последњу реченицу у причи уз занемаривање осталог садржаја (прича број 15 и 18). Дакле, стиче се утисак да је код испитаника оболелих од параноидне схизофреније отежана дистинкција релевантних и ирелевантних информација, тачније препознаје се тренд занемаривања самог контекста приликом доношења суда о намерама актера прича, при чему су поједини одговори очигледно детерминисани небитним информацијама.

Извођење закључака о намерама других људи могло би бити суштински одређено капацитетом за обраду контекстуалних информација, па би самим тим нижи учинак на задацима намењеним процени теорије ума заправо био одраз тешкоћа у одржавању представе контекста формиране на основу вербалних информација и/или тешкоћа у формирања представа контекста на основу апстрактних визуелних стимулуса (Green, Uhlhaas, & Coltheart, 2005, стр. 15). Немогућност узимања у обзир контекстуалних информација, што заправо представља основни когнитивни процес,

може имати последице у смислу оштећења теорије ума, јер закључивање о менталним стањима других људи захтева апсорпцију релевантног контекстуалног материјала у циљу обезбеђивања адекватног одговора (Hardy-Baylé, 1994, 1996, према Hardy-Baylé, Sarfati, & Passerieux, 2003). Резултати истраживања Пена и сарадника (Penn, Ritchie, Francis, Combs, & Martin, 2002) указују на смањено коришћење расположивих информација о социјалном контексту од стране испитаника оболелих од схизофреније и схизоафективног поремећаја. Код одраслих са Аспергеровим синдромом утврђено је да дефицит у социјалној когницији подразумева смањену могућност имплицитног тумачења социјално релевантних информација и аутоматске интеграције контекстуалних информација у циљу интерпретације описане социјалне ситуације (између осталог су у истраживању коришћене и приче из *Теста препознавања „погрешног корака“*) (Baez & Ibanez, 2014). На тешкоће интеграције контекстуалних информација код схизофрених испитаника указују резултати истраживања Шанпајн-Лавоа и сарадника (Champagne-Lavau, Charest, Anselmo, Rodriguez & Blouin, 2012), при чему аутори напомињу да испитаници правилно перципирају контекстуалне информације, међутим, показују тешкоће у њиховој интеграцији. Детектовање погрешног корака захтева интеграцију различитих компоненти, као што су чињеница да особа која је починила погрешан корак заправо не зна да није требало да одређен коментар, као и емпатичко разумевање осећања особе над којом је „почињен“ погрешан корак. Дакле, овај тест захтева интеграцију когнитивних и емоционалних информација при чему је неопходно узети у обзир контекст саме приче, па би један од разлога смањеног учинка особа оболелих од схизофреније евентуално могао бити проблем процесирања контекстуалних информација (Riveros et al., 2010). Магаро (Magaro, 1981) наглашава постојање специфичног когнитивног стила код оболелих од параноидне схизофреније. Наиме, за разлику од особа оболелих од непараноидних форми, особе оболеле од параноидне схизофреније карактерише присуство изразито идиосинкратичких конфигурација, које одређују који део перцептивног материјала ће бити препознат и на који начин ће бити тумачен. Самим тим, занемарује се прегршт информација које би могле бити од значаја, што доводи до тога да особа није у стању да размотри контекст из кога потиче стимулус, јер то захтева концептуалну флексибилност, коју ове особе не поседују.

У одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније обухваћених овим истраживањем наслућује се тенденција занемаривања контекста саме приче, што је у складу са наведеним налазима, уз напомену да би ово могло бити само једно од

објашњења регистрованих садржаја одговора, нарочито уколико се осврнемо на све утврђене карактеристике социјалне когниције схизофрених особа. Реч је о веома сложеној области људског функционисања, тако да извођење закључака о факторима пресудним за процену намера других људи очигледно захтева врло комплексну методологију истраживања, сарадњу више научних дисциплина, као и величину узорака која би омогућила генерализацију налаза.

Придавање значаја ирелевантним стимулусима подвлаче модели психоза који се појављују и проверавају у последњих пар деценија (Broome et al. 2005; Garety et al. 2007; Kapur 2003; van der Gaag 2006 према Bortolotti & Broome, 2008) који овакво неодговарајуће процесирање стимулуса објашњавају поремећајем допаминергичног система. Психозе се доводе у везу са повећаним ослобађањем допамина, што доводи до тога да се стимулуси који би били занемарени и којих особа можда и не би била свесна постају значајни. Ова „аберантна истуреност“ може угрозити контекстуалну и темпоралну структуру искуства. Дакле, због повећаног ослобађања допамина ирелевантни стимулуси постају мотивационо важни, привлаче пажњу и одређују понашање (Кариг, 2003), па би се овакви налази евентуално могли довести у везу са уоченом тенденцијом схизофрених испитаника обухваћених овим истраживањем да придају значај неважним информацијама. У циљу интеграције свега наведеног наводимо закључак Сарфатија и сарадника (Sarfati et al., 1997) да би дефицит у когнитивним процесима захваљујући којима се једна акција опажа као значајна у конкретним околностима, могао компромитовати закључивање о менталним стањима других на основу контекста у коме се појављују.

Приликом разматрања налаза осврнућемо се на још један значајан фактор који би могао бити у основи добијених резултата квалитативне анализе – недостатак когнитивне флексибилности. Решавање задатака намењених процени теорије ума захтева извештан степен когнитивне флексибилности, која испитанику омогућава пребацивање из једне у другу перспективу (актера). С обзиром на захтеве које пред нас стављају социјалне ситуације, могуће је да је когнитивна флексибилност неопходна за атрибуцију менталних стања других људи. Резултати једног од истраживања које се бавило испитивањем везе између когнитивне флексибилности и теорије ума потврђују постојање те везе, односно у овом истраживању су се у оквиру подузорка оболелих од схизофреније издвојили они испитаници успешни на задацима теорије ума и они неуспешни, при чему су неуспешни имали и мању когнитивну флексибилност (Champagne-Lavau et al., 2012). Садржаји регистрованих одговора испитаника оболелих

од параноидне схизофреније у оквиру нашег истраживања, донекле указују на нижу когнитивну флексибилност, односно немогућност преузимања перспективе актера, што води у неадекватно тумачење намера актера приче.

У причи број 15 сусрећемо се са одговорима који представљају параноидну елаборацију речи особе која није починила „погрешан корак“, при чему је изјава ове особе последња реченица у причи. Параноидне тенденције могу се уочити и у добијеном одговору у оквиру приче број 13 – *Можда је имао неки осећај да не треба да једе нешто код ње. Он је можда умислио тако, да може да га отрује. Вероватно да је знао.* Такође, упадљив резултат анализе садржаја јесте идентификовање теме **Конспирација** која се појављује у садржају одговора схизофрених испитаника на причи број 2. Приликом тумачења намера актера приче ови испитаници приписују специфично имплицитно значење изјави „Немој никоме да причаш, а нарочито немој да кажеш Јелени.“, коју психички здрави испитаници занемарују, приписујући актерима постојање интерперсоналних односа, који се не наводе у причи. Одговори који представљају параноидну елаборацију намера актера приче не изненађују, с обзиром на то да су истраживањем обухваћени испитаници оболели од параноидне схизофреније. Поред тога, анализа садржаја добијених одговора у оквиру анализираних прича указује да се тема *Лоша намера* појављује чешће у одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Тачније, ова тема се у одговорима психички здравих испитаника појављује само у оквиру приче број 15, при чему је чак чешћа у одговорима психички здравих (психички здрави – 16, оболели од параноидне схизофреније – 12). Евентуално објашњење за овакав резултат могла би бити реч која се појављује у изјави актера који је починио „погрешан корак“. У питању је реч (придев) „ужасне“ у реченици *Све друге приче са такмичења су биле ужасне.* Чини се да ову реч испитаници препознају као „увредљиву“, тако да она провозира закључивање у правцу приписивања лоше намере. У оквиру осталих анализираних прича, у одговорима психички здравих испитаника се не појављује тема *Лоша намера*. О већој заступљености грешака „Лоша намера“ код испитаника оболелих од параноидне схизофреније у односу на здраве испитаника на *Тесту препознавања „погрешног корака“* сведоче и резултати истраживања Шерзера и сарадника (Scherzer et al., 2012). Као једно од евентуалних објашњење добијених одговора који садржајем индикују параноидну елаборацију, наводимо резултате истраживања Фримана и сарадника (Freeman, Evans, & Lister, 2012) и Формнелс-Аброзо и сарадника (Fornells-Ambrojo et al., 2013). У квалитативном истраживању тумачења намера других Формнелс-Аброзо са

сарадницима (Fornells-Ambrojo et al., 2013) добија резултате о већој склоности испитаника код којих је била присутна персекуторна идеација да наводе „афективне аргументе“ како би оправдали своје параноидне мисли, односно као доказ процене намера лика у задатку наводили су сопствене емоције. Овакав резултат аутори, између осталог, доводе у везу са већом употребом искуственог резонавања у односу на рационално. У истраживању Фримана и сарадника (Freeman et al., 2012) добијени су резултати који указују на повезаност персекуторне идеације са већом употребе искуственог и мањом употребом рационалног резонавања. Искуствено резонавање за разлику од рационалног је уско повезано са афектом, па самим тим и теже обориво. При томе емоције представљају кључни извор информација за брзо закључивање, које може превагнути у односу на темељну евалуацију. Овакво резонавање се назива и интуитивним. Поред тога, не треба занемарити да је код ове категорије пацијената утврђена искљученост корективне функције перцепције, која је заправо одређена очекивањима. Параноидна конструкција одређује значења, која потврђују предвиђања, што доводи до појаве суманутих елаборација и удаљавања од реалности. Утврђено је да је когнитивна комплексност параноидних пацијената нижа у односу на психички здраве, па су из тог разлога, процене других униформне, генерализоване и засноване на унутрашњим критеријумима (Манојловић & Николић-Поповић, 2005; Meissner, 1981; Meissner, 1979, 1980, према Манојловић & Николић-Поповић, 2009). Како је реч о веома комплексном процесу, можемо рећи да се наведене теорије и налази допуњују. Уколико узмемо у обзир смањену корективну функцију перцепције, извођење закључака (о интерперсоналним односима) вођено емоцијама и унутрашњим критеријумима, уз повећану тенденцију „ускакања у закључак“ која је утврђена код суманутих пацијената (Garety & Freeman, 1999), односно присутност тешкоћа у пробабилистичком резонавању, добијени одговори, тачније порекло добијених одговора у нашем истраживању постаје разумљивије.

Најзначајнија запажања до којих смо дошли квалитативном анализом су:

- тема *Нелогични одговори* јавља се само у одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније;
- У одговорима испитаника оболелих од параноидне схизофреније уочена је тенденција занемаривања контекста приче и доношења суда на основу ирелевантних информација;
- Може се рећи да су поједини одговори оболелих од параноидне схизофреније продукт приписивања имплицитног значења изјавама актера приче, односно

параноидне елаборације и тако формулисани, подразумевају историју интерперсоналних односа који се не наводе у причи.

4.2 ЗАКЉУЧАК

Према когнитивистичкој школи, основу социјалне функционалности чини социјална когниција, која обезбеђује кодирање и декодирање социјалних стимулуса, при чему је крајњи резултата свих ових процеса формирање „заједничког света“ у коме се одвијају социјалне интеракције. Успешна интеракција не подразумева само делити емоције са другим људима, већ делити и репрезентације света који нас окружује. Социјалну когницију чине теорија ума, социјална перцепција, атрибуциони стилови и препознавања емоција.

Схизофренија представља веома сложено психичко обољење које, између осталог, подразумева и социјалну дисфункционалност, која не само да је присутна током болести, већ се њене назнаке веома често јављају и пре појаве прве епизоде болести. Како теорија ума подразумева способност препознавања менталних стања других људи, што омогућава сналажење у социјалним ситуацијама, интересовало нас је да ли је ова способност компромитована код испитаника оболелих од параноидне схизофреније. Поред тога, узимајући у обзир тврдње истраживача из области афективне везаности о значају афективне везаности за развој теорије ума, испитали смо повезаност ових конструката, као и разлике у афективној везаности између оболелих од параноидне схизофреније и психички здравих испитаника.

Резултати су указали на постојање разлика у афективној везаности између испитиваних подузорака. Разлике су утврђене како у димензијама афективне везаности, тако и у учесталости сигурног и групе несигурних образаца. Дакле, можемо рећи да је сигурни образац мање заступљен код оболелих од параноидне схизофреније, да су код ових особа присутнија веровања о негативној људској природи, веровања о сопственој неадекватности, као и веровања о ненадокнадивости губитка фигуре везивања. Може се рећи да резултати индиректно указују на повећану анксиозност у везивању и хиперактивацију система афективне везаности. Већа присутност негативних ставова према својој породици и детињству, као и негативних сећања и осећања везаних за породицу код оболелих од параноидне схизофреније захтевају подробнија испитивања присутности и евентуалних последица трауматског догађаја. При томе, треба бити нарочито обазрив с обзиром на то да је реч о ретроактивном прикупљању података од особа код којих је тест реалности компромитован. Код ових особа присутност делузија би могла угрозити веродостојност добијених података.

Резултати логистичке регресије указују на значај димензија афективне везаности у предикцији вероватноће припадности испитаника подузорку здравих, односно

оболелих од параноидне схизофреније. Модел тачно класификује чак 76,7% случајева, што није занемарљив резултат. Међутим, само се једна променљива издваја као значајан предиктор – Негативан радни модел других, што представља очекиван резултат када је реч о оболелима од параноидне схизофреније. Када је реч о димензији Негативан радни модел селфа, ова димензија се не издваја као значајан предиктор вероватноће припадности подзорку оболелих, односно психички здравих, мада разлике на овој димензији између испитиваних подзорака постоје. Овакви резултати доводе до формирања претпоставке о постојању варијабли са евентуалним модераторским ефектом, па би провера ове претпоставке могла бити тема будућих истраживања. Овакав резултат може се повезати са описом два типа параноидности – „јадан ја“ и „лош ја“, при чему први тип параноидности карактерише несигуран селф, уз потребу сталног тражења сигурности и одобрења од других, што генерално одговара преокупираном обрасцу афективне везаности, док други тип параноидности подразумева виђење себе као лошег, што оправдава прогањање ове особе од стране других људи. Чини се да резултати добијени у нашем истраживању могу, у контексту оваквог одређења параноидности, указати да наши испитаници припадају „јадан ја“ типу параноидности, уз напомену да се на основу емпиријских налаза закључује да је реч о две фазе параноидности, које се међусобно смеђују у оквиру параноидног начина мишљења, па сходно томе можемо рећи да су испитаници оболели од параноидне схизофреније обухваћени нашим истраживањем тренутно у „јадан ја“ фази параноидности.

Постојање везе између димензија афективне везаности и изражености персекуторне идеације потврђена је резултатима нашег истраживања, при чему су се корелације између димензија које се тичу унутрашњих радних модела и персекуторне идеације издвојиле као најинтензивније. Добијени резултат је у складу са већ поменути типом „јадан ја“ параноидности и тврдњом да настанак суманутих идеја представља последицу дисфункционалне регулације самопоштовања, односно, персекуторне сумануте идеје омогућавају одржавање самопоштовања на рачун оптуживања других људи за негативне животне догађаје, што временом води до удаљавања појединца од реалности.

Дакле, сигурност афективног везивања је компромитована код испитаника оболелих од параноидне схизофреније, уз присуство негативних радних модела себе и других, од којих се негативни радни модел других издваја као нарочито значајан. Ови

унутрашњи радни модели повезани су са психопатолошким испољавањима, односно са персекуторним суманутим идејама.

Упоређивањем учинка испитаника на задацима намењеним процени когнитивне и афективне компоненте теорије ума, закључујемо да код оболелих постоји дефицит теорије ума, при томе је примена различитих тестова омогућила ближе сагледавање овог дефицита. Наиме, резултати показују да оболели од параноидне шизофреније постижу нижи резултат на тестовима намењеним процени когнитивне компоненте теорије ума у односу на психички здраве испитанике. Поред отежане адекватне идентификације и разумевања социјално непријатних ситуација, испитаници оболели од параноидне шизофреније имају тешкоћа и у препознавању дуплог блефа, персуазије и ироније. Поступком бинарне логистичке регресије идентификовани су задаци који представљају значајне предикторе припадности испитаника подузорку оболелих од параноидне шизофреније, односно подузорку психички здравих. Реч је о причама које подразумевају препознавање дуплог блефа и ироније. Дакле, испитаници оболели од параноидне шизофреније имају тешкоће у интерпретацији порука које нису експлицитне, тј. порука које садрже значење супротно значењу изреченог, па их из тог разлога не треба дословно тумачити. Када је реч о препознавању социјално непријатних ситуација, у регресионом моделу, ова варијабла не представља значајан предиктор, а статистички показатељу указују на могућност постојања варијабле која модерира везу између успеха препознавања социјално непријатних ситуација и присуства/одсуства болести.

Као значајан предиктор вероватноће припадности подузорку оболелих односно психички здравих издвојио се и тест препознавања емоција на основу фацијалне експресије *JACEFEE/JACNeuF*. Наиме, испитивањем разлика утврђено је да су оболели од параноидне шизофреније мање успешни у препознавању следећих базичних емоција: изненађење, презир, туга, одвратност, као и у препознавању емоционално неутралних лица, при чему су се применом логистичке регресије препознавање изненађења и емоционално неутралних лица издвојили као значајни предиктори. На резултат који индикује тешкоће препознавања емоционално неутралних лица од стране оболелих од параноидне шизофреније, који се објашњава тенденцијом придавања важности иначе неутралним и ирелевантним стимулусима, надовезују се резултати квалитативне анализе одговора испитаника на *Тесту препознавања „погрешног корака“*. Наиме, уочено је да особе оболеле од параноидне шизофреније чешће доносе судове о намерама актера приче на основу потпуно ирелевантних информација у причи

у односу на психички здраве, при чему се контекст приче очигледно занемарује. Налази упућују на закључак да особе оболеле од параноидне схизофреније имају проблем са селекцијом релевантних информација, као и да у социјално комплекснијим ситуацијама имају проблем са интеграцијом контекстуалних информација, што све заједно отежава правилно тумачење намера и емоција других људи.

Када је реч о емоционалној емпатији резултати указују да испитаници оболели од параноидне схизофреније имају израженију емоционалну емпатију у односу на психички здраве испитанике. Повећана респонзивност оболелих испитаника на емоције других сагледана у контексту добијене позитивне корелације емоционалне емпатије и изражености персекуторне идеације, може указивати на то да оболели услед угрожености теста реалности и тешкоћа у очувању јасних граница између себе и других постају „осетљивији“ на емоције других људи, које их преплављују, што умањује адаптациону улогу емпатије. Истовремено, негативна веза персекуторне идеације и учинка испитаника на појединим задацима намењеним процени теорије ума указује да угроженост теста реалности смањује способност ментализације тј. теорије ума. Потврду овог закључка добијамо и приликом испитивања везе између теорије ума и емоционалне емпатије, при чему негативне корелације између учинка на задацима намењеним процени когнитивне компоненте теорије ума и емоционалне емпатије достиже статистичку значајност само на подзорку оболелих од параноидне схизофреније. То би значило да успешно препознавање намера и мисли других људи захтева јасно разликовање сопствених менталних стања од менталних стања других људи, што услед повећане емоционалне емпатије, односно тенденције лаког преплављивања емоцијама других људи може бити угрожено. На подзорку психички здравих нису добијене значајне корелације између емоционалне емпатије и теорије ума. Како је реч о малом узорку, добијене резултата би било добро проверити у будућим истраживањима.

Овим истраживањем утврђена је повезаност између димензија афективне везаности и аспеката емпатије на оба подзорка. Међутим, упадљиво је да се добијене корелације на два подзорка разликују, при чему је провером степена слагања структуре корелација утврђено лоше и ниско слагање (према Такеровим критеријумима). Овакви резултати указују на постојање варијабли са евентуалним модераторским и/или медијаторским ефектом, при чему би психичко обољење (параноидна схизофренија) могло представљати варијаблу са таквим ефектом. Добијене резултате било би добро проверити на већем узорку, као и спровести истраживања

чијим би се дизајном обезбедила контрола већег броја променљивих, па самим тим и испитале могуће интеракције.

Приликом разматрања налаза овог истраживања, потребно је указати и на њихове практичне импликације. Наиме, добијени резултати би могли послужити у осмишљавању програма намењених поспешивању теорије ума особа оболелих од параноидне шизофреније чији би циљ заправо био умањење социјалне дисфункционалности, која је једна од истакнутих карактеристика свих типова шизофреније, па и параноидне форме.

На крају, неопходно је осврнути се на ограничења овог истраживања. Ограничења се пре свега тичу величине узорка, што са собом носи нужност провере добијених резултата на већем узорку. Такође, како је испитивање било индивидуално, уочен је проблем задавања упитника испитаницима оболелим од параноидне шизофреније. Наиме, сам контакт са овим испитаницима, а касније и добијени резултати иду у прилог претпоставци да се добијени резултат на упитнику, који при томе не региструје прикривајуће стилове упитничког понашања испитаника, могу довести у питање, с обзиром на то да је током испитивање уочена тенденција давања социјално пожељних одговора, односно прилагођавања одговора процени да ли је конкретна особина прихватљива или није. Даље, резултати кластер анализе не омогућавају јасно одређење образаца афективне везаности, чиме се релативизује припадност испитаника обрасцима афективног везивања и поређење учесталости образаца на два подузорка. Поред тога, јавио се проблем поузданости скале Капацитет за ментализацију УПИПАВ-Р упитника, како на подузорку оболелих од параноидне шизофреније, тако и на подузорку психички здравих испитаника.

Коначно, не треба занемарити тешкоће које су се јавиле у самом поступку прикупљања података. Тешкоће се тичу обимне и амбициозне батерије тестова, чије задавање особама које болују од психозе доноси низ потешкоћа у смислу брзог умарања и исцрпљивања, негодовања, без обзира на потписани информативни пристанак и претходно упознавање са тестовима, па и одустајање. На крају, сва ограничења и потешкоће могли би бити добре смернице за будућа истраживања.

ЛИТЕРАТУРА

- Abu-Akel, A., & Bailey, A. L. (2000). The possibility of different forms of theory of mind impairment in psychiatric and developmental disorders. *Psychological Medicine*, 30(3), 735-738.
- Abu-Akel, A., & Bo, S. (2013). Superior mentalizing abilities of female patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(3), 794-799.
- Abuín, M. R., & de Rivera, L. (2015). Dependency, detachment and psychopathology in a nonclinical sample: General relations and gender differences. Is there a new line of inquiry on paranoid pathology?. *Clínica y Salud*, 26(2), 65-72.
- Адамовић, С. (2012). *Афективна везаност код жена које су биле изложене физичком насиљу у партнерском односу*. Београд: Министарство рада и социјалне политике, Управа за родну равноправност, Пројекат Борба против сексуалног и родно заснованог насиља.
- Adolphs, R. (1999). Social Cognition and the Human Brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(12), 469-479.
- Adolphs, R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 1(1), 21-62.
- Aleman, A., Hijman, R., de Haan, E. H., & Kahn, R. S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1358-1366.
- Allen, J. (2013) *Mentalising in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ames, D. R., & Kammrath, L. K. (2004). Mind-reading and metacognition: Narcissism, not actual competence, predicts self-estimated ability. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28(3), 187-209.
- Ang, G. K., & Pridmore, S. (2009). Theory of mind and psychiatry: an introduction. *Australas Psychiatry*, 17 (2), 117-122.
- Apperly, I. A. (2008). Beyond simulation–theory and theory–theory: why social cognitive neuroscience should use its own concepts to study “Theory of Mind”. *Cognition*, 107(1), 266-283.
- Arango de Montis, I., Brüne, M., Fresán, A., Ortega Font, V., Villanueva, J., Saracco, R., & Muñoz-Delgado, J. (2013). Recognition of facial expression of the emotions and their relation to attachment styles and psychiatric symptoms: Preliminary study on Psychiatric Residents. *Salud Mental*, 36(2), 95-100.

- Arranz, E., Artamendi, J., Olabarrieta, F., & Martín, J. (2002). Family context and theory of mind development. *Early Child Development and Care*, 172(1), 9-22.
- Astington, J. W., & Edward, M. J. (2010). The development of theory of mind in early childhood. *Social Cognition in Infancy*, 5, 16-20.
- Baez, S., & Ibanez, A. (2014). The effects of context processing on social cognition impairments in adults with Asperger's syndrome. *Frontiers in Neuroscience*, 8:270 doi: 10.3389/fnins.2014.00270.
- Baez, S., Marengo, J., Perez, A., Huepe, D., Font, F. G., Rial, V., Gonzales-Gadea, M. L., Manes, F., & Ibanez, A. (2014). Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *Journal of Neuropsychology*, 9(2), 203-218.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263.
- Bänziger, T., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2009). Emotion recognition from expressions in face, voice, and body: the Multimodal Emotion Recognition Test (MERT). *Emotion*, 9(5), 691-704.
- Baron-Cohen, S. (1989) The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 285-297.
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34(1), 74-183.
- Baron-Cohen, S. (2011). *Psihologija zla*. Beograd: Clio.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(5), 407-418.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241-251.

- Barrera, M. E., & Maurer, D. (1981). The perception of facial expressions by the three-month-old. *Child Development*, 203-206.
- Башић, Д. (2005). Епидемиологија и генетика шизофреније. У: Николић-Поповић, Ј. & Манојловић, С. (ур.), *Шизофренија: савремени теоријски концепти и клиничка пракса*, (стр. 19-42), Ниш: Медицински факултет.
- Башић, Д. & Тошић-Голубовић, С. (2009). Параноидност и други ментални поремећаји. У: Николић-Поповић Ј. & Манојловић, С. (ур.), *Параноидни поремећаји: интегративни приступ*, (стр. 53-88), Ниш: Медицински факултет.
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: a review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 740-747.
- Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G. & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 185(3), 220-226.
- Bebbington, P., & Kuipers, E. (2008). Psychosocial factors. In: Mueser, K.T. & Jeste, D.V. (Eds), *Clinical handbook of schizophrenia*, (pp. 74-81) New York: Guilford Press.
- Bediou, B., Asri, F., Brunelin, J., Krolak-Salmon, P., D'amato, T., Saoud, M., & Tazi, I. (2007). Emotion recognition and genetic vulnerability to schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191(2), 126-130.
- Bediou, B., Krolak-Salmon, P., Saoud, M., Henaff, M., Burt, M., Dalery, J., & D Amato, T. (2005). Facial expression and sex recognition in schizophrenia and depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), 525-533.
- Bediou, B., Franck, N., Saoud, M., Baudouin, J. Y., Tiberghien, G., Daléry, J., & d'Amato, T. (2005). Effects of emotion and identity on facial affect processing in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133(2), 149-157.
- Beer, J. S., & Ochsner, K. N. (2006). Social cognition: A multi level analysis. *Brain Research*, 98-105.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T., & Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 331-341.
- Bentall, R. P., & Swarbrick, R. (2003). The best laid schemas of paranoid patients: autonomy, sociotropy and need for closure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 163-171.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.

- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: a framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1275-1282.
- Berry, K., Wearden, A., & Barrowclough, C. (2007). Adult attachment styles and psychosis: an investigation of associations between general attachment styles and attachment relationships with specific others. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 972-976.
- Bigelow, N. O., Paradiso, S., Adolphs, R., Moser, D. J., Arndt, S., Heberlein, A., Napoulos, P., & Andreasen, N. C. (2006). Perception of socially relevant stimuli in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 83(2), 257-267.
- Billeke, P., & Aboitiz, F. (2013). Social cognition in schizophrenia: from social stimuli processing to social engagement. *Frontiers in Psychiatry*, 4:4.
doi: 10.3389/fpsy.2013.00004
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, 14(4), 698-718.
- Blair, K. S., Geraci, M., Korelitz, K., Otero, M., Towbin, K., Ernst, M., Leibenluft, E., Blair, R. J. R., & Pine, D. S. (2011). The pathology of social phobia is independent of developmental changes in face processing. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1202-1209.
- Bodenhausen, G. V., Kang, S. K., & Peery, D. (2012). Social categorization and the perception of social groups. In: Fiske, S.T. & Macrea, C.N. (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Cognition*, (pp. 318-336), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bora, E., Gökçen, S., & Veznedaroglu, B. (2008). Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry research*, 160(1), 23-29.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1), 1-9.
- Bortolotti, L., & Broome, M. R. (2008). Delusional beliefs and reason giving. *Philosophical Psychology*, 21(6), 821-841.
- Bottlender, R., Strauß, A., & Möller, H. J. (2010). Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15years after first admission. *Schizophrenia Research*, 116(1), 9-15.
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531-536.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brazo, P., Beaucousin, V., Lecardeur, L., Razafimandimby, A., & Dollfus, S. (2014). Social cognition in schizophrenic patients: the effect of semantic content and emotional prosody in the comprehension of emotional discourse. *Frontiers in Psychiatry*, 5:120. doi: 10.3389/fpsy.2014.00120
- Bryers, C. The Role of Adult Attachment Style in Psychosis (Unpublished doctoral dissertation). University of Edinburg.
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(1), 57-64.
- Brüne, M. (2005a). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42.
- Brüne, M. (2005b). Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry research*, 133(2), 135-147.
- Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 437–455.
- Bruce, V., Campbell, R. N., Doherty-Sneddon, G., Langton, S., McAuley, S., & Wright, R. (2000). Testing face processing skills in children. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(3), 319-333.
- Buitelaar, J. K., & van der Wees, M. (1997). Are deficits in the decoding of affective cues and in mentalizing abilities independent?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(5), 539-556.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Van der Mark, I. L., M. H. van IJzendoorn, and M. J. Bakermans-Kranenburg. (2002). Development of empathy in girls during the second year of life: Associations with parenting, attachment, and temperament. *Social Development*, 11(4), 451-468.
- Van der Weiden, A., Prikken, M., & van Haren, N. E. (2015). Self–other integration and distinction in schizophrenia: A theoretical analysis and a review of the evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57, 220-237.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans–Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225-250.
- Van't Wout, M., Aleman, A., Kessels, R. P., Cahn, W., de Haan, E. H., & Kahn, R. S. (2007). Exploring the nature of facial affect processing deficits in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(3), 227-235.
- Völlm, B. A., Taylor, A. N., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S., Deakin, J.F. & Elliott, R.. (2006). Neuronal correlates of theory of mind and empathy: A functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *Neuroimage*, 29, 90-98.

- Вукчевић, Б. (2010). Деловање компоненти афективне везаности на развој формално-операционалног мишљења; *Психологија*, 43(3), 315-327.
- Galaverna, F. S., Morra, C. A., & Bueno, A. M. (2012). Attention in patients with chronic schizophrenia: Deficit in inhibitory control and positive symptoms. *European Journal of Psychiatry*, 26(3), 185-195.
- Gallagher, H. L., Happé, F., Brunswick, N., Fletcher, P. C., Frith, U., & Frith, C. D. (2000). Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*, 38(1), 11-21.
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(12), 493-501.
- Galuppi, A., Turola, M. C., Nanni, M. G., Mazzoni, P., & Grassi, L. (2010). Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), 1-8.
- Gambini, O., Barbieri, V., & Scarone, S. (2004). Theory of Mind in schizophrenia: First person vs third person perspective. *Consciousness and Cognition*, 13(1), 39-46.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 113-154.
- Gelder, M., Mayor, R. & Geddes, J. (2009). *Психијатрија*. Београд: Data Status.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). The Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Geraci, A., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2012). Reading the mind: a comparative study of out-and inpatients. *Journal of Psychopathology*, 18, 247-250.
- Goghari, V. M., & Sponheim, S. R. (2013). More pronounced deficits in facial emotion recognition for schizophrenia than bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 388-397.
- Goldman, A. I. (2012). "Theory of Mind," In E. Margolis, R. Samuels & S. Stich. (Eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy of Cognitive Science*, (pp. 402-424). New York: Oxford University Press.
- Голубовић, Г. З. (2009). *Основи опште психопатологије*. Ниш: Униграф.
- Голубовић Г. З. (2011). *Психијатрија за психологе*. Ниш: Униграф.
- Gosselin, P., Kirouac, G., & Doré, F. Y. (1995). Components and recognition of facial expression in the communication of emotion by actors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 83-96.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.
- Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72(1), 41-51.

- Green, M. J., & Phillips, M. L. (2004). Social threat perception and the evolution of paranoia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(3), 333-342.
- Green, M. J., Uhlhaas, P. J., & Coltheart, M. (2005). Context processing and social cognition in schizophrenia. *Current Psychiatry Reviews*, 1(1), 11-22.
- Green, M. J., Williams, L. M., & Davidson, D. (2003). Visual scanpaths to threat-related faces in deluded schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119(3), 271-285.
- Green, M.J., Williams, L.M., & Hemsley, D.R. (2000). Cognitive theories of delusion formation: the contribution of visual scanpath research. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5(1), 63-74.
- Grimshaw, G. M., Bulman-Fleming, M. B., & Ngo, C. (2004). A signal-detection analysis of sex differences in the perception of emotional faces. *Brain and Cognition*, 54(3), 248-250.
- Gumley, A. I., Schwannauer, M., Macbeth, A., Fisher, R., Clark, S., Rattrie, L., Fraser, G., McCabe, R., Blair, A., Davidson, K., & Birchwood, M. (2014). Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 205(1), 60-67.
- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257-274.
- Gur, R. E., McGrath, C., Chan, R. M., Schroeder, L., Turner, T., Turetsky, B. I., Kohler, C., Alsop, D., Maldjian, J., Ragland J. D., & Gur, R. C. (2014). An fMRI study of facial emotion processing in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1992–1999.
- Гутвајн, Н., & Шевкушић, С. (2011). Како стручни сарадници доживљавају школски неуспех ученика. *Зборник Института за педагошка истраживања*, 45(2), 342-362.
- Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 826-838.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-126.
- Davis, P. J., & Gibson, M. G. (2000). Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 445-450.
- Darves-Bornoz, J. M., Lemperiere, T., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(2), 78-84.
- De Achával, D., Costanzo, E. Y., Villarreal, M., Jáuregui, I. O., Chiodi, A., Castro, M. N., Fahrner R. D., Leiguarda, R. C., Chu E.M., & Guinjoan, S. M. (2010). Emotion

- processing and theory of mind in schizophrenia patients and their unaffected first-degree relatives. *Neuropsychologia*, 48(5), 1209-1215.
- De Jaegher, H., Di Paolo, E., & Gallagher, S. (2010). Can social interaction constitute social cognition? *Trends in Cognitive Sciences*, 14 (10), 441-447.
- De Ruiter, C., & van IJzendoorn, M. H. (1993). Attachment and cognition: A review of the literature. *International Journal of Educational Research*, 19(6), 525-540.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Derntl, B., Finkelmeyer, A., Toygar, T. K., Hülsmann, A., Schneider, F., Falkenberg, D. I., & Habel, U. (2009). Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 108(1), 197-206.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13–28.
- Diamond, D., & Kernberg, O. (2008). Discussion. In F. N. Busch. (Ed), *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, Theoretical Considerations, Research Findings*, (pp. 235-260). New York, USA: The Analytic Press, Taylor & Francis Group.
- Didehbani, N., Shad, M. U., Tamminga, C. A., Kandalaf, M. R., Allen, T. T., Chapman, S. B., & Krawczyk, D. C. (2012). Insight and empathy in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 142(1), 246-247.
- Dill, D. L., Chu, J. A., Grob, M. C., & Eisen, S. V. (1991). The reliability of abuse history reports: A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry*, 32(2), 166-169.
- Димитријевић, А., Ханак, Н. & Милојевић, С. (2011). Психолошке карактеристике будућих помагача: емпатичност и везаност студената психологије. *Психологија*, 44 (2), 97-115.
- Dozier, M. & Lee, S. W. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7, 217-226.
- Dozier, M., Lomax, L., Tyrrell, C. L., & Lee, S. W. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment & Human Development*, 3(1), 62-76.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition*, (pp. 497-519). New York: Guilford.
- Dolan, M., & Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34(06), 1093-1102.

- Doody, G., Gotz, M., Johnstone, E., Frith, C., & Owens, D. (1998). Theory of mind and psychoses. *Psychological Medicine*, 28(2), 397-405.
- Doughty, O. J., & Done, D. J. (2009). Is semantic memory impaired in schizophrenia? A systematic review and meta-analysis of 91 studies. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(6), 473-509.
- Drury, V. M., Robinson, E. J., & Birchwood, M. (1998). 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine*, 28(05), 1101-1112.
- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). Age effects on different components of theory of mind. *Consciousness and Cognition*, 20, 627-642.
- Dunn, J. (1996). Family conversations and the development of social understanding. In: B. Bernstein & J. Brannen, (Eds.) *Children, Research and Policy*, (pp.81-95), London, UK: Taylor & Francis.
- Dunn, J., Brown, J., & Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*, 27(3), 448-455.
- Dunning, D., Johnson, K., Ehrlinger, J., & Kruger, J. (2003). Why people fail to recognize their own incompetence. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 83-87.
- Durand, K., Gallay, M., Seigneuric, A., Robichon, F., & Baudouin, J. Y. (2007). The development of facial emotion recognition: The role of configural information. *Journal of Experimental Child Psychology*, 97(1), 14-27.
- Dyck, M. J., Piek, J. P., Hay, D., Smith, L., & Hallmayer, J. (2006). Are abilities abnormally interdependent in children with autism?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 20-33.
- Eack, S. M., Mermon, D. E., Montrose, D. M., Miewald, J., Gur, R. E., Gur, R. C., Sweeney, J. A., & Keshavan, M. S. (2010). Social cognition deficits among individuals at familial high risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1081-1088.
- Edwards, J., Jackson, H. J., & Pattison, P. E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clinical Psychology Review*, 22(6), 789-832.
- Edwards, J., Pattison, P. E., Jackson, H. J., & Wales, R. J. (2001). Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(2), 235-253.
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., Shepard, S. A., Cumberland, A., & Carlo, G. (1999). Consistency and development of prosocial dispositions: A longitudinal study. *Child Development*, 70(6), 1360-1372.
- Eisenberg, N., & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94(1), 100-131.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1986). A new pan-cultural facial expression of emotion. *Motivation and Emotion*, 10(2), 159-168.

- Ellman, L. M., & Cannon, T. D. (2008). Environmental pre-and perinatal influences in etiology. In: K.T. Mueser, & D.V. Jeste, (Eds), *Clinical handbook of schizophrenia*, (pp. 65-73), New York & London: Guilford Press.
- Erol, A., Putgul, G., Kosger, F., & Ersoy, B. (2013). Facial emotion recognition in schizophrenia: the impact of gender. *Psychiatry investigation*, 10(1), 69-74.
- Zaki, J., Bolger, N., & Ochsner, K. (2008). It takes two the interpersonal nature of empathic accuracy. *Psychological Science*, 19(4), 399-404.
- Zald, D. H. (2003). The human amygdala and the emotional evaluation of sensory stimuli. *Brain Research Reviews*, 41(1), 88-123.
- Zalewski, C., Johnson-Selfridge, M. T., Ohriner, S., Zarrella, K., & Seltzer, J. C. (1998). A review of neuropsychological differences between paranoid and nonparanoid schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 127-145.
- Inoue, Y., Tonooka, Y., Yamada, K., & Kanaba, S. (2004). Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82 (3), 403-409.
- Ioannidou, F., & Konstantikaki, V. (2008). Empathy and emotional intelligence: What is it really about. *International Journal of Caring Sciences*, 1(3), 118-123.
- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28(3), 325-341.
- Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., Isohanni, I., Kemppainen, L., Koponen, H., Miettunen, J., Maki, P., Rasanen, S., Veijola J., Tienari, P., Wahlberg K. E., & Murray, G. K. (2005). Predictors of schizophrenia Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s4-s7.
- Ickes, W. (1993). Empathic accuracy. *Journal of Personality*, 61(4), 587-610.
- Ickes, W., & Schmid Mast, M. (2007). Empathic accuracy. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Encyclopedia of social psychology* (Vol. 1), (pp. 294-296). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J., & van Os, J. (2003). Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 110-117.
- Jarrold, C., Butler, D. W., Cottington, E. M., & Jimenez, F. (2000). Linking theory of mind and central coherence bias in autism and in the general population. *Developmental Psychology*, 36(1), 126-138.
- Jenkins, J. M., & Astington, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental Psychology*, 32(1), 70-78.
- Jones, C. R., Pickles, A., Falcaro, M., Marsden, A. J., Happé, F., Scott, S. K., Sauter, D., Tregay, J., Philips, R. J., Baird, G., Simonoff, E., & Charman, T. (2011). A

- multimodal approach to emotion recognition ability in autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(3), 275-285.
- Johnston, P. J., Enticott, P. G., Mayes, A. K., Hoy, K. E., Herring, S. E., & Fitzgerald, P. B. (2010). Symptom correlates of static and dynamic facial affect processing in schizophrenia: evidence of a double dissociation?. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 680-687.
- Johnston, P. J., Katsikitis, M., & Carr, V. J. (2001). A generalised deficit can account for problems in facial emotion recognition in schizophrenia. *Biological Psychology*, 58(3), 203-227.
- Jungbauer, J., Stelling, K., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). Schizophrenia: problems of separation in families. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 605-613.
- Kaland, N., Møller-Nielsen, A., Smith, L., Mortensen, E. L., Callesen, K., & Gottlieb, D. (2005). The strange stories test. *European child & adolescent psychiatry*, 14(2), 73-82.
- Kalbe, E., Schlegel, M., Nowak, D. A., Dafotaksi, M., Bangard, M., Shamy-Tsoory, S., et al. (2010). Dissociating cognitive from affective theory of mind: A TMS study. *Cortex*, 46, 769-780.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K., & Bentall, R. P. (1999). Persecutory delusions and autobiographical memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 97-102.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13-23.
- Kerr, N., Dunbar, R. I., & Bentall, R. P. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73, 253-529.
- Kilcommons, A. M., & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351-359.
- Klein, K. J., & Hodges, S. D. (2001). Gender differences, motivation, and empathic accuracy: When it pays to understand. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(6), 720-730.
- Kline, J. S., Smith, J. E., & Ellis, H. C. (1992). Paranoid and nonparanoid schizophrenic processing of facially displayed affect. *Journal of Psychiatric Research*, 26(3), 169-182.
- Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Van Hulle, C., Robinson, J. L., & Rhee, S. H. (2008). The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion*, 8(6), 737-752.
- Koelkebeck, K., Pedersen, A., Suslow, T., Kueppers, K. A., Arot, V., & Ohrmann, P. (2010). Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: Correlations with cognition and personality traits. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 115-123.

- Kolb, B., Wilson, B., & Taylor, L. (1992). Developmental changes in the recognition and comprehension of facial expression: Implications for frontal lobe function. *Brain and Cognition*, 20(1), 74-84.
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C., de Haan, L., & Ponizovsky, A. M. (2015). Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry Research*, 228(1), 83-88.
- Korkmaz, B. (2011). Theory of mind and neurodevelopmental disorders of childhood. *Pediatric Research*, 69, 101R-108R.
- Костић, А. (1995). Опажање примарних емоција на основу спонтаних фацијалних експресија. *Психологија*, 28(1-2), 101-108.
- Костић, А. (2010). *Говор лица: Значење фацијалних понашања*. Ниш: Филозофски факултет.
- Kohler, C. G., Turner, T. H., Bilker, W. B., Brensinger, C. M., Siegel, S. J., Kanes, S. J., Gur, R. E., & Gur, R. C. (2003). Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1768-1774.
- Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healey, K. M., & Moberg, P. J. (2009). Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, -36(5), 1009-1019.
- Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., Hardy, A. & Garety, P. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 173-179.
- Kucharska-Pietura, K., David, A. S., Masiak, M., & Phillips, M. L. (2005). Perception of facial and vocal affect by people with schizophrenia in early and late stages of illness. *The British Journal of Psychiatry*, 187(6), 523-528.
- Khodabakhsh, R. M. (2012). Relationship of Attachment Styles With Empathy and Interpersonal Problems, *Global Journal of Guidance & Counselling*, 2, 14-20.
- Kyziridis, T. C. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8(3), 8-42.
- Lavoie, M.A., Plana, I., Lacroix, J.B., Godmaire-Duhaime, F., Jackson, P.L., & Achim, A. M. (2014). Performance in multiple domains of social cognition in parents of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(1), 118-124.
- Laible, D. J., & Thompson, R. A. (2000). Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*, 1424-1440.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of adolescence*, 27(6), 703-716.
- Lakis, N., & Mendrek, A. (2013). Individuals diagnosed with schizophrenia assign emotional importance to neutral stimuli: an FMRI study. *ISRN psychiatry*, 2013. doi.org/10.1155/2013/965428

- Langdon, R., & Coltheart, M. (1999). Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition*, 71(1), 43-71.
- Langdon, R., Siegert, R. J., McClure, J., & Harrington, L. (2005). Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(2), 87-104.
- Larøi, F., Fonteneau, B., Mourad, H., & Raballo, A. (2010). Basic emotion recognition and psychopathology in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(1), 79-81.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(04), 959-986.
- Lee, S. Y., Kim, K. R., Park, J. Y., Song, Y. Y., Kang, J. I., Lee, E., & An, S. K. (2013). 1342–Deficits and biases of facial emotion recognition in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia. *European Psychiatry*, 28(S1), 1.
- Lee, J., & Park, S. (2005). Working memory impairments in schizophrenia: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 599-611.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of" theory of mind.". *Psychological review*, 94(4), 412-426.
- Lehmann A., Bahçesular K., Brockmann E. M., Biederbick S. E., Dziobek I, Gallinat J, Montag C. (2014). Subjective experience of emotions and emotional empathy in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(3), 825-33
- Lewis, C., Freeman, N. H., Kyriakidou, C., Maridaki-Kassotaki, K., & Berridge, D. M. (1996). Social influences on false belief access: specific sibling influences or general apprenticeship?. *Child Development*, 67(6), 2930-2947.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 472-486.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 232-252.
- Liotti, G., & Gumley, A. (2008). An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. In A. Moskowitz, I. Schafer, & M. J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, trauma, and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, (pp. 117-133). London: Wiley.
- Lorenzo-Seva, U., & Ten Berge, J. M. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*, 2(2), 57-64.
- Ludemann, P. M., & Nelson, C. A. (1988). Categorical representation of facial expressions by 7-month-old infants. *Developmental Psychology*, 24(4), 492-501.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 64-73.

- Lysaker, P. H., & Davis, L. W. (2004). Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health Qual Life Outcomes*, 2(1), 15-20.
- Lysaker, P. H., Leonhardt, B. L., Brüne, M., Buck, K. D., James, A., Vohs, J., Francis, M., Hamm, J. A., Salvatore, G., Ringer, J. M., & Dimaggio, G. (2014). Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 219(1), 79-85.
- Ma, K. (2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(6), 440-449.
- Magaro, P. A. (1981). The paranoid and the schizophrenic: The case for distinct cognitive style. *Schizophrenia Bulletin*, 7(4), 632-661.
- Mazza, M., De Risio, A., Surian, L., Roncone, R., & Casacchia, M. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 47(2-3), 299-308.
- Main, M. and Hesse, E. D. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant Disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings, (Eds), *Attachment in the Preschool Years*, (pp.161-182). Chicago: Chicago University Press.
- Manglam, M. K., Ram, D., Praharaj, S. K., & Sarkhel, S. (2010). Working memory in schizophrenia. *Age*, 16, 6-34.
- Mandal, M. K., Pandey, R., & Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 399-412.
- Манојловић, С. (2005). Схизофрена когниција – актуелни концепт. У: Николић-Поповић, Ј. & Манојловић, С. (ур.), *Схизофренија: савремени теоријски концепти и клиничка пракса*, (стр. 63-84), Ниш: Медицински факултет.
- Manojlović, S. & Nikolić-Popović, J. (2005). Cognitive complexity of paranoid patients. *Facta Universitatis, Series: Medicine and Biology* 12 (2), 113 – 117.
- Манојловић, С. & Николић-Поповић, Ј. (2009). Параноидни процес и механизми параноидног процеса. У: Николић-Поповић Ј. & Манојловић, С. (ур.), *Параноидни поремећаји: интегративни приступ*, (стр. 13-28), Ниш: Медицински факултет.
- Marvin, R. S. & Britner, P. A. (2008). Normative Development: The Ontogeny of Attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition*, (pp. 269-294). New York: Guilford.
- Марић, Ј. (2005). *Клиничка психијатрија*. Београд: Меграф.
- Matsumoto, D. & Ekman, P. (1988). Japanese and Caucasian facial expressions of emotion (JACFEE) [Slides]. San Francisco, CA: Intercultural and Emotion Research Laboratory, Department of Psychology, San Francisco State University.

- Mattavelli, G., Sormaz, M., Flack, T., Asghar, A. U., Fan, S., Frey, J., Manssuer, L., Usten, D., Young, A. W., & Andrews, T. J. (2013). Neural responses to facial expressions support the role of the amygdala in processing threat. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, nst162. doi:10.1093/scan/nst162
- MacPherson, S. E., Phillips, L. H., & Della Sala, S. (2002). Age, executive function and social decision making: a dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging. *Psychology and Aging*, 17(4), 598-609.
- Macrae, C.N., & Bodenhausen, G.V. (2001). Social cognition: Categorical person perception. *British Journal of Psychology*, 92(1), 239-255.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1-24.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74(4), 1194-1211.
- Melo, S. S., Taylor, J. L., & Bentall, R. P. (2006). Poor me versus bad me paranoia and the instability of persecutory ideation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(2), 271-287.
- Meltzoff, A.N. (1999). Origins of theory of mind, cognition and communication. *Journal of communication disorders*, 32(4), 251-269.
- Mier, D., Lis, S., Neuthe, K., Sauer, C., Esslinger, C., Gallhofer, B., & Kirsch, P. (2010). The involvement of emotion recognition in affective theory of mind. *Psychophysiology*, 47(6), 1028-1039.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of personality and social psychology*, 89(5), 817-839.
- Милошевић, Д., Димитријевић, А. и Ханак, Н. (2010). Карактеристике афективне везаности особа које болују од шизофрене психозе. Саопштење на Емпиријским истраживањима у психологији, Београд, Књига резимеа, стр.137-138.
- Миљковић С. (2005). Концепт шизофреније. У: Николић-Поповић, Ј. & Манојловић, С. (ур.), *Шизофренија: савремени теоријски концепти и клиничка пракса*, (стр. 7-17), Ниш: Медицински факултет.

- Minzenberg, M. J., Laird, A. R., Thelen, S., Carter, C. S., & Glahn, D. C. (2009). Meta-analysis of 41 functional neuroimaging studies of executive function in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 811-822.
- Mitchley, N. J., Barber, J., Gray, J. M., Brooks, D. N., & Livingston, M. G. (1998). Comprehension of irony in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 3(2), 127-138.
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2011). Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 42-57.
- MacDonald, H. Z., Beeghly, M., Grant-Knight, W., Augustyn, M., Woods, R. W., Cabral, H., Rose-Jacobs, R., Saxe, G. N., & Frank, D. A. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Development and Psychopathology*, 20(02), 493-508.
- Michaels, T. M., Horan, W. P., Ginger, E. J., Martinovich, Z., Pinkham, A. E., & Smith, M. J. (2014). Cognitive empathy contributes to poor social functioning in schizophrenia: Evidence from a new self-report measure of cognitive and affective empathy. *Psychiatry Research*, 220(3), 803-810.
- Michlmayr, M. (2002). *Simulation Theory versus Theory Theory: Theories concerning the Ability to Read Minds*. Unpublished master's thesis, University of Innsbruck.
- Mondloch, C. J., Geldart, S., Maurer, D., & Le Grand, R. (2003). Developmental changes in face processing skills. *Journal of Experimental Child Psychology*, 86(1), 67-84.
- Montag, C., Dziobek, I., Richter, I. S., Neuhaus, K., Lehmann, A., Sylla, R., et al. (2011). Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: Evidence from a video-based assessment. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 203-209.
- Montag, C., Heinz, A., Kunz, D., & Gallinat, J. (2007). Self-reported empathic abilities in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 92(1), 85-89.
- Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3-10.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 193-207.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(03), 257-276.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.
- Morrison, R. L., Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1988). Deficits in facial-affect recognition and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(1), 67-83.

- Mohr, C., Rowe, A. C., & Blanke, O. (2010). The influence of sex and empathy on putting oneself in the shoes of others. *British Journal of Psychology*, 101(2), 277-291.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 67-76.
- McDonald, N., & Messinger, D. (2011). The development of empathy: How, when, and why. In A. Acerbi, J. A. Lombo, & J. J. Sanguineti (Eds.), *Free will, Emotions, and Moral Actions: Philosophy and Neuroscience in Dialogue*. (pp. 189-205), London: IF-Press.
- McElwain, N. L., & Volling, B. L. (2004). Attachment security and parental sensitivity during infancy: Associations with friendship quality and false belief understanding at age four. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(5), 639-667.
- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2006). Need for closure, jumping to conclusions, and decisiveness in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(6), 422-426.
- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2006). The Persecutory Ideation Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(8), 628-631.
- McFarlane, W. R., & Cook, W. L. (2007). Family expressed emotion prior to onset of psychosis. *Family process*, 46(2), 185-197.
- McCabe, R., Leudar, I., & Antaki, C. (2004). Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions?. *Psychological Medicine*, 34(3), 401-412.
- McCormick, L. M., Brumm, M. C., Beadle, J. N., Paradiso, S., Yamada, T., & Andreasen, N. (2012). Mirror neuron function, psychosis, and empathy in schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(3), 233-239.
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., & Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1111-1123.
- Namiki, C., Hirao, K., Yamada, M., Hanakawa, T., Fukuyama, H., Hayashi, T., & Murai, T. (2007). Impaired facial emotion recognition and reduced amygdalar volume in schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 156(1), 23-32.
- Nandrino, J. L., Gandolphe, M. C., Alexandre, C., Kmiecik, E., Yguel, J., & Urso, L. (2014). Cognitive and affective theory of mind abilities in alcohol-dependent patients: The role of autobiographical memory. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 65-73.
- Nelson, C. A., Parker, S. W., Guthrie, D., & Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2006). The discrimination of facial expressions by typically developing infants and toddlers and those experiencing early institutional care. *Infant Behavior and Development*, 29(2), 210-219.
- Niedenthal, P. M., Brauer, M., Robin, L., & Innes-Ker, Å. H. (2002). Adult attachment and the perception of facial expression of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(3), 419-433.

- Николић-Поповић, Ј. & Манојловић, С. (2010) Параноидни поремећај личности. У: Ерић, Јб. (ур.), *Психодинамичка психијатрија, четврти том – поремећају личности*, (стр. 107-123), Београд: Службени гласник.
- Ontai, L. L., & Thompson, R. A. (2008). Attachment, Parent–Child Discourse and Theory- of- Mind Development. *Social Development*, 17(1), 47-60.
- Orellana, G., & Slachevsky, A. (2013). Executive functioning in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 4:35. doi: 10.3389/fpsy.2013.00035
- Ochsner, K. N. (2008). The social-emotional processing stream: five core constructs and their translational potential for schizophrenia and beyond. *Biological Psychiatry*, 64(1), 48-61.
- Panfile, T. M., & Laible, D. J. (2012). Attachment security and child's empathy: The mediating role of emotion regulation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 58(1), 1-21.
- Pardini, M., & Nichelli, P. F. (2009). Age-related decline in mentalizing skills across adult life span. *Experimental Aging Research*, 35(1), 98-106.
- Pedersen, A., Koelkebeck, K., Brandt, M., Wee, M., Kueppers, K. A., Kugel, H., et al. (2012). Theory of mind in patients with schizophrenia: Is mentalizing delayed? *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 224-229.
- Penn, D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D., & Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*, 109(2), 149-159.
- Penn, D., Roberts, D., Combs, D., & Sterne, A. (2007). Best practices: the development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2003). The Diagnosis of Schizophrenia: Old Wine in New Bottles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 141-152.
- Perner, J., Ruffman, T., & Leekam, S. R. (1994). Theory of mind is contagious: You catch it from your sibs. *Child Development*, 65(4), 1228-1238.
- Perner, J., & Wimmer, H. (1985). 'John thinks that Mary thinks that...': Attribution of second-order beliefs by 5- to 10-year-old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39(3), 437– 471.
- Péron, J., Vicente, S., Leray, E., Drapier, S., Drapier, D., Cohen, R., ... & Vérin, M. (2009). Are dopaminergic pathways involved in theory of mind? A study in Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, 47(2), 406-414.
- Perris, C., Frank, N., Gusmao, R., Henry, L., Lundberg, M., Schaub, A., Simos, G., Richter, J., Rognoni, R., Ruchkin, V., & Valls, J. (2000). Assessment of dysfunctional working models of self and others in schizophrenic patients: a summary of data collected in nine nations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 336-341.
- Peters, E., & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 481-514.

- Peterson, C., Semmel, A., Von Bayer, C., Abramson, L., Metalsky, G., & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), 287-300.
- Peterson, C., & Slaughter, V. (2003). Opening windows into the mind: Mothers' preferences for mental state explanations and children's theory of mind. *Cognitive Development*, 18(3), 399-429.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others?. *Review of General Psychology*, 4(2), 155-175.
- Pinkham, A. E., Brensinger, C., Kohler, C., Gur, R. E., & Gur, R. C. (2011). Actively paranoid patients with schizophrenia over attribute anger to neutral faces. *Schizophrenia Research*, 125(2), 174-178.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O., & Lieberman, J. (2003). Implications for the Neural Basis of Social Cognition. *American Journal of Psychiatry*, 160, 815-824.
- Picardi, A., Martinotti, G., Paci, M., Simi, C., & Caroppo, E. (2011). Reliability of self-reported attachment style in patients with severe psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 93(5), 491-499.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: are they linked?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 332-348.
- Poletti, M., Enrici, I., & Adenzato, M. (2012). Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: Neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 2147-2164.
- Половина, Н. (2005). Теорија осећајног везивања: преглед истраживања. *Зборник института за педагошка истраживања*, 37(2), 57-81.
- Pomarol-Clotet, E., Hynes, F., Ashwin, C., Bullmore, E. T., McKenna, P. J., & Laws, K. R. (2010). Facial emotion processing in schizophrenia: a non-specific neuropsychological deficit?. *Psychological Medicine*, 40(06), 911-919.
- Ponizovsky, A. M., Nechamkin, Y., & Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 324-331.
- Pos, K., Bartels-Velthuis, A. A., Simons, C. J., Korver-Nieberg, N., Meijer, C. J., de Haan, L., & GROUP (2014). Theory of Mind and attachment styles in people with psychotic disorders, their siblings, and controls. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 171-180.
- Posamentier, M. T., & Abdi, H. (2003). Processing faces and facial expressions. *Neuropsychology Review*, 13(3), 113-143.
- Pousa, E., Duñó, R., Brébion, G., David, A. S., Ruiz, A. I., & Obiols, J. E. (2008). Theory of mind deficits in chronic schizophrenia: Evidence for state dependence. *Psychiatry Research*, 158(1), 1-10.

- Preston, S. D., & De Waal, F. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1-20.
- Purcell, A. L., Phillips, M., & Gruber, J. (2013). In your eyes: Does theory of mind predict impaired life functioning in bipolar disorder?. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 1113-1119.
- Phillips, M. L., Williams, L., Senior, C., Bullmore, E. T., Brammer, M. J., Andrew, C., Williams, S. C. R., & David, A. S. (1999). A differential neural response to threatening and non-threatening negative facial expressions in paranoid and non-paranoid schizophrenics. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 92(1), 11-31.
- Radke-Yarrow, M., Zahn-Waxler, C., Richardson, D. T., Susman, A., & Martinez, P. (1994). Caring behavior in children of clinically depressed and well mothers. *Child Development*, 65(5), 1405-1414.
- Rajkumar, R. P. (2014). Childhood attachment and schizophrenia: the “attachment-developmental-cognitive”(ADC) hypothesis. *Medical Hypotheses*, 83(3), 276-281.
- Read, J., & Gumley, A. (2008). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 2(1), 1-35.
- Read, J., Os, J. V., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64(4), 319-345.
- Realo, A., Allik, J., Nõlvak, A., Valk, R., Ruus, T., Schmidt, M., & Eilola, T. (2003). Mind-reading ability: Beliefs and performance. *Journal of Research in Personality*, 37(5), 420-445.
- Riveros, R., Manes, F., Hurtado, E., Escobar, M., Reyes, M. M., Cetkovich, M., & Ibañez, A. (2010). Context-sensitive social cognition is impaired in schizophrenic patients and their healthy relatives. *Schizophrenia Research*, 116(2), 297-298.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.*, 27, 169-192.
- Richell, R. A., Mitchell, D. G. V., Newman, C., Leonard, A., Baron-Cohen, S., & Blair, R. J. R. (2003). Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the ‘language of the eyes’?. *Neuropsychologia*, 41(5), 523-526.
- Rueckert, L., Branch, B., & Doan, T. (2011). Are gender differences in empathy due to differences in emotional reactivity?. *Psychology*, 2(6), 574-578.
- Russell, T. A., Rubia, K., Bullmore, E. T., Soni, W., Suckling, J., Brammer, M. J., et al. (2000). Exploring the Social Brain in Schizophrenia: Left Prefrontal Underactivation

- During Mental State Attribution. *American Journal of Psychiatry* , 157(12), 2040-2042.
- Russell, J. A., Suzuki, N., & Ishida, N. (1993). Canadian, Greek, and Japanese freely produced emotion labels for facial expressions. *Motivation and Emotion*, 17(4), 337-351.
- Ruffman, T., Perner, J., Naito, M., Parkin, L., & Clements, W. A. (1998). Older (but not younger) siblings facilitate false belief understanding. *Developmental Psychology*, 34(1), 161-174.
- Ruffman, T., Slade, L., & Crowe, E. (2002). The relation between children's and mothers' mental state language and theory-of-mind understanding. *Child Development*, 73(3), 734-751.
- Salvatore, G., Lysaker, P. H., Popolo, R., Procacci, M., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2012). Vulnerable self, poor understanding of others' minds, threat anticipation and cognitive biases as triggers for delusional experience in schizophrenia: a theoretical model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 247-259.
- Salokangas, R. K., Heinimaa, M., Svirskis, T., Laine, T., Huttunen, J., Ristkari, T., Ilonen, T., Korkeila, J., Vaskelainen, L., Rekola, J., Hietala, J., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Graf von Reventlow, H., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M., Patterson, P.; EPOS Group. Perceived negative attitude of others as an early sign of psychosis. *European Psychiatry*, 24(4), 233-238.
- Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M. C., Besche, C., & Widlöcher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: a non-verbal exploration with comic strips. *Schizophrenia Research*, 25(3), 199-209.
- Saxe, R., Carey, S., & Kanwisher, N. (2004). Understanding other minds: linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 87-124.
- Svetska zdravstvena organizacija (1992). *ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostička uputstva*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Sebastian, C. L., Fontaine, N. M., Bird, G., Blakemore, S. J., De Brito, S. A., McCrory, E. J., & Viding, E. (2011). Neural processing associated with cognitive and affective Theory of Mind in adolescents and adults. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7(1), 53-63.
- Sergi, M. J., Rassovsky, Y., Nuechterlein, K. H., & Green, M. F. (2006). Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 448-454.
- Slade, A. (2008). The Implications of Attachment Theory and Research for Adult Psychotherapy: Research and Clinical Perspectives. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition*, (pp. 762-782). New York: Guilford.

- Slessor, G., Phillips, L. H., & Bull, R. (2007). Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks. *Psychology and Aging*, 22(3), 639-643.
- Smith, A. (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *Psychological Record*, 56(1), 3-21.
- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: A prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 38(10), 1427-1434.
- Sommer, M., Döhnel, K., Meinhardt, J., & Hajak, G. (2008). Decoding of affective facial expressions in the context of emotional situations. *Neuropsychologia*, 46(11), 2615-2621.
- Song, L. & Singer, M. (2001). The Social Functioning of Persons with Chronic Mental Illness: An Empirical Typology of Consumers and Correlates of Social Functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (1), 36-51.
- Sosa, J. T., Ojeda, M. A., & del Rosario, L. R. (2011). Theory of mind, facial recognition and emotional processing in schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* , 4 (1), 28-37.
- Sosa, J.T.R., Santiago, H.G., Cubas, A.T., Navarro, M.W., Pérez P.L., Cazorla, L.M.G., & Jiménez, J.M.M. (2012). Social cognition in patients with schizophrenia, their unaffected first degree relatives and healthy controls. Comparison between groups and analysis of associated clinical and sociodemographic variables. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 6(4), 160-167.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
- Stanghellini, G., & Ballerini, M. (2002). Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. *World Psychiatry* , 1 (2), 102-107.
- Steele, H., Steele, M., & Croft, C. (2008). Early attachment predicts emotion recognition at 6 and 11 years old. *Attachment & Human Development*, 10(4), 379-393.
- Стефановић Станојевић, Т. (2002). Блиске партнерске везе. *Психологија* , 35 (1-2), 3-23.
- Стефановић-Станојевић, Т. (2004). *Емоционални развој личности*. Ниш: Просвета.
- Стефановић-Станојевић, Т. (2006). Партнерска афективна везаност и васпитни стилови. *Годишњак за психологију* , 4(4-5), 71-90.
- Стефановић Станојевић, Т. (2011). Афективна везаност: Развој, модалитети и процена. Ниш: Филозофски факултет.
- Stefanović Stanojević, T., & Nedeljković, J. (2009). Attachment in the students from the towns of the former SFRY. *Facta Universitatis* , 8 (1), 93-104.
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 219-228.

- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656.
- Strayer, J., & Roberts, W. (2004). Empathy and Observed Anger and Aggression in Five-Year-Olds. *Social Development*, 13(1), 1-13.
- Sulejmanpašić Arslanagić, G. (2013). Procena učestalosti pojave bolesti kod prvostepenih srodnika obolelih od shizofrenije u odnosu na pol i dijagnostičke kategorije. *Medicinski pregled*, 66(1-2), 19-23.
- Surguladze, S., Russell, T., Kucharska-Pietura, K., Travis, M. J., Giampietro, V., David, A. S., & Phillips, M. L. (2006). A reversal of the normal pattern of parahippocampal response to neutral and fearful faces is associated with reality distortion in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 60(5), 423-431.
- Shaver, P. R. & Mikulicer, M. (2009). An Overview of Adult Attachment Theory. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*, (pp. 17-45). New York: Guilford Press.
- Sham, P., Woodruff, P. W. R., Hunter, M. D., & Leff, J. (2007). The aetiology of schizophrenia. In S. George & G. Wilkinson. (Eds.), *Seminars in General Adult Psychiatry, 2nd edition*, (pp. 202-237). London:Gaskell Press.
- Shamay-Tsoory, S. G., & Aharon-Peretz, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study. *Neuropsychologia*, 45(13), 3054-3067.
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2008). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617-627.
- Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., and Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149, 11-23.
- Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Berger, B. D., Goldsher, D., & Aharon-Peretz, J. (2005). Impaired “affective theory of mind” is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(1), 55-67.
- Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aharon-Peretz, J., & Levkovitz, Y. (2010). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex*, 46(5), 668-677.
- Shannon, C., Douse, K., McCusker, C., Feeney, L., Barrett, S., & Mulholland, C. (2011). The Association Between Childhood Trauma and Memory Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 531-537.
- Shanton, K., & Goldman, A. (2010). Simulation theory. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 1(4), 527-538.
- Sharp, H. M., Fear, C. F., & Healy, D. (1997). Attributional style and delusions: An investigation based on delusional content. *European Psychiatry*, 12(1), 1-7.

- Sheaffer, B. L., Golden, J. A., & Averett, P. (2009). Facial expression recognition deficits and faulty learning: Implications for theoretical models and clinical applications. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(1), 31-54.
- Schenkel, L. S., & Silverstein, S. M. (2004). Dimensions of Premorbid Functioning in Schizophrenia: A Review of Neuromotor, Cognitive, Social, and Behavioral Domains. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 130 (3), 241-270.
- Scherzer, P., Leveillé, E., Achim, A., Boisseau, E., & Stip, E. (2012). A study of theory of mind in paranoid schizophrenia: a theory or many theories? *Frontiers in Psychology*, 3:432. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00432
- Schick, B., De Villiers, P., De Villiers, J., & Hoffmeister, R. (2007). Language and theory of mind: A study of deaf children. *Child Development*, 78(2), 376-396.
- Schmidt, S. J., Mueller, D. R., & Roder, V. (2011). Social Cognition as a Mediator Variable Between Neurocognition and Functional Outcome in Schizophrenia: Empirical Review and New Results by Structural Equation Modeling. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (2), S41-S54.
- Schneider-Hassloff, H., Straube, B., Nuscheler, B., Wemken, G., & Kircher, T. (2015). Adult attachment style modulates neural responses in a mentalizing task. *Neuroscience*, 303, 462-473.
- Scholten, M. R., Aleman, A., Montagne, B., & Kahn, R. S. (2005). Schizophrenia and processing of facial emotions: sex matters. *Schizophrenia Research*, 78(1), 61-67.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 54-63.
- Schützwohl, A. (1998). Surprise and schema strength. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 24(5), 1182-1199.
- Symons, D. K., & Clark, S. E. (2000). A Longitudinal Study of Mother-Child Relationships and Theory of Mind in the Preschool Period. *Social Development*, 9(1), 3-23.
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), 675-691.
- Toomey, R., Schuldberg, D., Corrigan, P., & Green, M. F. (2002). Nonverbal social perception and symptomatology in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 53(1), 83-91.
- Toussaint, L., & Webb, J. R. (2005). Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness. *Journal of Social Psychology*, 145(6), 673-685.
- Trusty, J., Ng, K. M., & Watts, R. E. (2005). Model of effects of adult attachment on emotional empathy of counseling students. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 66-77.

- Tsoi, D. T., Lee, K. H., Khokhar, W. A., Mir, N. U., Swalli, J. S., Gee, K. A., Pluck, G., & Woodruff, P. W. (2008). Is facial emotion recognition impairment in schizophrenia identical for different emotions? A signal detection analysis. *Schizophrenia Research*, 99(1), 263-269.
- Tucker, J. S., & Anders, S. L. (1999). Attachment style, interpersonal perception accuracy, and relationship satisfaction in dating couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(4), 403-412.
- Thomas, L. A., De Bellis, M. D., Graham, R., & LaBar, K. S. (2007). Development of emotional facial recognition in late childhood and adolescence. *Developmental Science*, 10(5), 547-558.
- Thomas, G., & Maio, G. R. (2008). Man, I feel like a woman: when and how gender-role motivation helps mind-reading. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1165-1179.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschläger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. (2007). Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(5), 396-405.
- Uljarevic, M., & Hamilton, A. (2013). Recognition of emotions in autism: a formal meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1517-1526.
- Usall, J., Haro, J. M., Ochoa, S., Marquez, M., & Araya, S. (2002). Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 337-342.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.) *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. (pp. 128-152). New York: Guilford.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Callan, V. J. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*, Vol. 5., (pp. 269-308). London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Feldman, R. (2007). Mother-Infant Synchrony and the Development of Moral Orientation in Childhood and Adolescence: Direct and Indirect Mechanisms of Developmental Continuity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 582-597.
- Fett, A.K.J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.D.G., Penn, D.L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588.
- Fiske, S. T., Neuberg, S. L., Beattie, A. E., & Milberg, S. J. (1987). Category-based and attribute-based reactions to others: Some informational conditions of stereotyping and individuating processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 23(5), 399-427.

- Fischer, A. H. (2011). Contempt: A hot feeling hidden under a cold jacket. In R. Trnka, K. Balcar, & M. Kuska (Eds.), *Re-constructing Emotional Spaces: From Experience to Regulation* (pp.77-89). Prague: Prague College of Psychosocial Studies Press.
- Flavell, J. H. (2004). Theory-of-mind development: Retrospect and prospect. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 274-290.
- Fletcher, P. C., Happe, F., Frith, U., Baker, S. C., Dolan, R. J., Frackowiak, R. S., & Frith, C. D. (1995). Other minds in the brain: a functional imaging study of “theory of mind” in story comprehension. *Cognition*, 57(2), 109-128.
- Fonagy, P. (2008). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. In F. N. Busch. (Ed), *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, Theoretical Considerations, Research Findings*, (pp. 3-56). New York, USA: The Analytic Press, Taylor & Francis Group.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). Attachment, mentalization and borderline personality disorder. *European Psychotherapy*, 8(1), 35-47.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.
- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*, 15(1), 51-61.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576.
- Forbes, N. F., Carrick, L. A., McIntosh, A. M., & Lawrie, S. M. (2009). Working memory in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(6), 889-905.
- Fornells-Ambrojo, M., Freeman, D., Slater, M., Swapp, D., Antley, A., & Barker, C. (2015). How do people with persecutory delusions evaluate threat in a controlled social environment? A qualitative study using virtual reality. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(01), 89-107.
- Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G., ... & Lis, S. (2011). Superior ‘theory of mind’ in borderline personality disorder: an analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry Research*, 187(1), 224-233.

- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331-347.
- Freeman, D., Evans, N., & Lister, R. (2012). Gut feelings, deliberative thought, and paranoid ideation: a study of experiential and rational reasoning. *Psychiatry Research*, 197(1), 119-122.
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine*, 34(3), 385-389.
- Frith, C. D., & Frith, U. (1991). Elective affinities in schizophrenia and childhood autism. In: P. Bebbington. (Ed.), *Social psychiatry: Theory, methodology and practice*, (pp.65-88). Brunswick, NJ: Transactions.
- Frith, C. D., & Frith, U. (1999). Interacting minds--a biological basis. *Science*, 286(5445), 1692-1695.
- Frith, C. D., & Frith, U. (2007). Social cognition in humans. *Current Biology*, 17(16), R724-R732.
- Frith, U., & Frith, C. D. (2001). The biological basis of social interaction. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 151-155.
- Frith, U., & Happé, F. (1994). Autism: Beyond "theory of mind". *Cognition*, 50(1), 115-132.
- Haviland, J. M., & Lelwica, M. (1987). The induced affect response: 10-week-old infants' responses to three emotion expressions. *Developmental Psychology*, 23(1), 97-104.
- Haker, H., & Rössler, W. (2009). Empathy in schizophrenia: impaired resonance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259(6), 352-361.
- Hall, J. A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*, 85(4), 845-857.
- Hall, J. A., & Matsumoto, D. (2004). Gender differences in judgments of multiple emotions from facial expressions. *Emotion*, 4(2), 201-206.
- Hall, J., Harris, J. M., Sprengelmeyer, R., Sprengelmeyer, A., Young, A. W., Santos, I. M., & Lawrie, S. M. (2004). Social cognition and face processing in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 185(2), 169-170.
- Hall, J., Whalley, H. C., McKirdy, J. W., Romaniuk, L., McGonigle, D., McIntosh, A. M., Baig, B.J., Gountouna, V-E., Job, D. E., Donaldson, D. I., Sprengelmeyer, R., Young, A. W. Johnstone, E. C., & Lawrie, S. M. (2008). Overactivation of fear systems to neutral faces in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 64(1), 70-73.
- Ханак, Н. (2004). Конструисање новог инструмента за процену афективног везивања код адолесцената и одраслих. *Психологија*, 37 (1), 123-142.
- Ханак, Н. (2011). Снаге, слабости и могући правци даљег развоја скале УПИПАВ-Р. Саопштење на скупу Савремени трендови у психологији, Нови Сад. Књига резимеа, стр. 275-276.

- Happé, F. G. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 129-154.
- Happé, F. G., Winner, E., & Brownell, H. (1998). The getting of wisdom: theory of mind in old age. *Developmental Psychology*, 34(2), 358-362.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175(3), 277-279.
- Harder, S. (2014). attachment in Schizophrenia—implications for research, prevention, and Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1189-1193.
- Hardy-Baylé, M. C., Sarfati, Y., & Passerieux, C. (2003). The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: toward a pathogenetic approach to disorganization. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 459-471.
- Harrington, L., Langdon, R., Siegert, R. J., & McClure, J. (2005). Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(2), 87-104.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348-356.
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 45(4), 530-540.
- Hennenlotter, A., & Schroeder, U. (2006). Partly dissociable neural substrates for recognizing basic emotions: a critical review. *Progress in Brain Research*, 156, 443-456.
- Henninghausen, K. & Lyons-Ruth, K. (2005). Disorganization of attachment strategies in infancy and childhood. In: *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Centre of Excellence for Early Childhood Development Website, 2005. http://www.excellence-earlychildhood.ca/liste_theme.asp?lang=EN&act=32
- Henry, J. D., Phillips, L. H., Crawford, J. R., Ietswaart, M., & Summers, F. (2006). Theory of mind following traumatic brain injury: The role of emotion recognition and executive dysfunction. *Neuropsychologia*, 44(10), 1623-1628.
- Hepach, R., & Westermann, G. (2013). Infants' sensitivity to the congruence of others' emotions and actions. *Journal of Experimental Child Psychology*, 115(1), 16-29.
- Herba, C., & Phillips, M. (2004). Annotation: Development of facial expression recognition from childhood to adolescence: Behavioural and neurological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1185-1198.
- Herold, R., Tenyi, T., Lenard, K., & Trixler, M. (2002). Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32(06), 1125-1129.
- Hertenstein, M. J., & Campos, J. J. (2004). The retention effects of an adult's emotional displays on infant behavior. *Child Development*, 75(2), 595-613.

- Hesse, E., and Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127.
- Hiatt, L. M., & Trafton, J. G. (2010). A cognitive model of theory of mind. In D. Salvucci & G. Gunzelmann (Eds.), *Proceedings of the 10th International Conference on Cognitive Modeling* (pp. 91–96). Philadelphia: Drexel University.
- Hoe, M., Nakagami, E., Green, M. F., & Brekke, J. S. (2012). The causal relationships between neurocognition, social cognition and functional outcome over time in schizophrenia: a latent difference score approach. *Psychological Medicine*, 42(11), 2287-2299.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2), 181-190.
- Holmes, J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: An attachment perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 524-531.
- Holt, D. J., Kunkel, L., Weiss, A. P., Goff, D. C., Wright, C. I., Shin, L. M., Rauch, S. L., Hootnick, J., & Heckers, S. (2006). Increased medial temporal lobe activation during the passive viewing of emotional and neutral facial expressions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 82(2), 153-162.
- Holt, D. J., Titone, D., Long, L. S., Goff, D. C., Cather, C., Rauch, S. L., Judge, A., & Kuperberg, G. R. (2006). The misattribution of salience in delusional patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 83(2), 247-256.
- Horan, W. P., Reise, S. P., Kern, R. S., Lee, J., Penn, D. L., & Green, M. F. (2015). Structure and correlates of self-reported empathy in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 66-67, 60-65.
- Hofer, A., Benecke, C., Edlinger, M., Huber, R., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Schleich, G., & Fleischhacker, W. W. (2009). Facial emotion recognition and its relationship to symptomatic, subjective, and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(1), 27-32.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84(4), 712-722.
- Hoffman, M. (2003). *Empatija i moralni razvoj – Značaj za brigu i pravdu*. Beograd: Dereta.
- Hoffmann, H., Kessler, H., Eppel, T., Rukavina, S., & Traue, H. C. (2010). Expression intensity, gender and facial emotion recognition: Women recognize only subtle facial emotions better than men. *Acta Psychologica*, 135(3), 278-283.
- Huang, C. L. C., Hsiao, S., Hwu, H. G., & Howng, S. L. (2013). Are there differential deficits in facial emotion recognition between paranoid and non-paranoid schizophrenia? A signal detection analysis. *Psychiatry Research*, 209(3), 424-430.

- Hughes, C., Deater-Deckard, K., & Cutting, A. L. (1999). 'Speak roughly to your little boy'? Sex Differences in the Relations Between Parenting and Preschoolers' Understanding of Mind. *Social Development*, 8(2), 143-160.
- Hughes, C., & Dunn, J. (1998). Understanding mind and emotion: longitudinal associations with mental-state talk between young friends. *Developmental Psychology*, 34(5), 1026-1037.
- Hünefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F., & Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between 'theory of mind' and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *Journal of adolescence*, 36(3), 613-621.
- Hutton, S.B., Puri, B.K., Duncan, L.J., Robbins, T. W., Barnes, T.R.E., & Joyce, E.M. (1998). Executive function in first-episode schizophrenia. *Psychological Medicine*, 28(02), 463-473.
- Hynes, C. A., Baird, A. A., & Grafton, S. T. (2006). Differential role of the orbital frontal lobe in emotional versus cognitive perspective-taking. *Neuropsychologia*, 44(3), 374-383.
- Call, J., & Tomasello, M. (2008). Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends in cognitive sciences*, 12(5), 187-192.
- Cannon, M., Jones, P., Gilvarry, C., Rifkin, L., McKenzie, K., Foerster, A., et al. (1997). Premorbid Social Functioning in Schizophrenia and Bipolar Disorder: Similarities and Differences. *American Journal of Psychiatry*, 154 (11), 1544-1550.
- Cannon, M., Walsh, E., Hollis, C., Kargin, M., Taylor, E., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2001). Predictors of later schizophrenia and affective psychosis among attendees at a child psychiatry department. *The British Journal of Psychiatry*, 178(5), 420-426.
- Carpendale, J. I., & Lewis, C. (2004). Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(1), 79-96.
- Caruso, D.R., & Mayer, J.D. (1998). *A measure of emotional empathy for adolescents and adults*. Unpublished manuscript, University of New Hampshire, Durnham.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, Second Edition*, (pp.3-22). New York: Guilford Press.
- Castle, D.J. & Murray R.M. (1991). The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 21, 565-575.
- Цветић, Т. Когнитивни дефицит у шизофренији: компаративна анализа позитивног и негативног подтипа шизофреније. *Енграми*, 26 (3-4), 35-44.
- Cechnicki, A., Bielańska, A., Hanuszkiewicz, I., & Daren, A. (2013). The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 208-214.

- Çıtak, S., Cakıcı, E. T., Çakıcı, M., & Köse, S. (2013). Neuropsychological assessment in patients with paranoid and non-paranoid schizophrenia. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(4), 294-304.
- Cole, K., & Mitchell, P. (2000). Siblings in the development of executive control and a theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(2), 279-295.
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 69-77.
- Coonrod, E. E. (2005). *Theory of mind, executive function, and social skills in high-functioning children with autism spectrum disorders* Unpublished doctoral dissertation. Vanderbilt University, Nashville, Tennessee.
- Coricelli, G. (2005). Two-levels of mental states attribution: from automaticity to voluntariness. *Neuropsychologia*, 43(2), 294-300.
- Corcoran, R., & Frith, C. D. (2003). Autobiographical memory and theory of mind: evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33(5), 897-905.
- Cosman, D., Nemes, B., Nica, S., & Herla, D. C. (2009). Verbal, visuo-spatial and face working memory impairment in multiple episode schizophrenia patients. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 21-32.
- Courtin, C. (2000). The Impact of Sign Language on the Cognitive Development of Deaf Children The Case of Theories of Mind. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(3), 266-276.
- Couture, S. M., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (S1), S44–S63.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.
- Craig, J. S., Hatton, C., Craig, F. B., & Bentall, R. P. (2004). Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 69(1), 29-33.
- Crisp, R.J. & Turner, R.N. (2007). *Essential Social Psychology*. London: Sage.
- Cutting, A. L., & Dunn, J. (1999). Theory of mind, emotion understanding, language, and family background: Individual differences and interrelations. *Child Development*, 70(4), 853-865.
- Chambon, V., Baudouin, J. Y., & Franck, N. (2006). The role of configural information in facial emotion recognition in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 44(12), 2437-2444
- Champagne-Lavau, M., Charest, A., Anselmo, K., Rodriguez, J. P., & Blouin, G. (2012). Theory of mind and context processing in schizophrenia: the role of cognitive flexibility. *Psychiatry Research*, 200(2), 184-192.
- Chan, R. C., Li, H., Cheung, E. F., & Gong, Q. Y. (2010). Impaired facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 178(2), 381-390.

- Chris Fraley, R., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74(4), 1163-1190.
- Chronaki, G., Hadwin, J. A., Garner, M., Maurage, P., & Sonuga-Barke, E. J. (2015). The development of emotion recognition from facial expressions and non-linguistic vocalizations during childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 218-236.
- Chung, Y. S., Barch, D., & Strube, M. (2014). A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 602-616.
- Chung, Y. S., Kang, D. H., Shin, N. Y., Yoo, S. Y., & Kwon, J. S. (2008). Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 99(1), 111-118.
- Quijada, Y., Kwapil, T. R., Tizón, J., Sheinbaum, T., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research*, 228(3), 849-856.
- Quijada, Y., Tizón, J. L., Artigue, J., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2012). Attachment style predicts 6-month improvement in psychoticism in persons with at-risk mental states for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 442-449.
- Quinn, K. A., Macrae, C. N., & Bodenhausen, G. V. (2003). Stereotyping and impression formation. In M. Hogg & J. Cooper (Eds.), *Sage handbook of social psychology* (pp. 87-109). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological Bulletin*, 124(3), 283-307.
- Walker-Andrews, A. S. (1997). Infants' perception of expressive behaviors: differentiation of multimodal information. *Psychological Bulletin*, 121(3), 437-456.
- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104(4), 667-685.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A. & K.M. Hochman. (2004). Schizophrenia: Etiology and Course. *Annual Review of Psychology*, 55, 401-430.
- Walston, F., Blennerhassett, R. C., & Charlton, B. G. (2000). "Theory of mind", persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5(3), 161-174.
- Walshe, M., Taylor, M., Schulze, K., Bramon, E., Frangou, S., Stahl, D., Kravariti, E., Daly, E., Fearon, P., Murray R. M., & McDonald, C. (2007). Familial liability to schizophrenia and premorbid adjustment. *The British Journal of Psychiatry*, 191(3), 260-261.
- Webster, D. M., & Kruglanski, A. W. (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1049-1062.

- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C., Doreau, R. H., & Hennen, J. A. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 100-107.
- Wellman, H. M. & Langutta, K. H. (2000). Developing Understanding of Minds, In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, D. J. Cohen (Eds.), *Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*, (pp. 21-49). Oxford: University Press.
- West, M., Rose, M. S., & Sheldon, A. (1993). Anxious attachment as a determinant of adult psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(7), 422-427.
- Widen, S. C., & Russell, J. A. (2003). A closer look at preschoolers' freely produced labels for facial expressions. *Developmental Psychology*, 39(1), 114-128.
- Wilhelm, O., Hildebrandt, A., Manske, K., Schacht, A., & Sommer, W. (2014). Test battery for measuring the perception and recognition of facial expressions of emotion. *Frontiers in psychology*, 5:404. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00404
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40(3), 655-664.
- Wykes, T., & van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis—cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1227-1256.
- Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological Bulletin*, 124(3), 283-307.
- Yoo, S. H., Matsumoto, D., & LeRoux, J. A. (2006). The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(3), 345-363.
- Young-Browne, G., Rosenfeld, H. M., & Horowitz, F. D. (1977). Infant discrimination of facial expressions. *Child Development*, 48, 555-562.
- Yu, S. H., Zhu, J. P., Xu, Y., Zheng, L. L., Chai, H., He, W., Li, H. C., & Wang, W. (2012). Processing Environmental Stimuli in Paranoid Schizophrenia: Recognizing Facial Emotions and Performing Executive Functions. *Biomedical and Environmental Sciences*, 25(6), 697-705.

БИОГРАФИЈА

Милица Митровић рођена је 1980. године у Нишу. Основну школу и гимназију завршила је у Нишу са одличним успехом. Студије психологије на Филозофском факултету уписала је 1999. године. Дипломирала је 2006. године са просечном оценом у току студија 9,10. Одбранила је дипломски рад са темом „Димензије селф-концепта и карактеристике породичног функционисања хероиномана“ са оценом 10 (десет).

Докторске академске студије психологије на Филозофском факултету у Нишу уписала је школске 2008/09. године. Све испите успешно је положила са просечном оценом 9,92.

Од 2011. године запослена је на Филозофском факултету у Нишу, на Департману за психологију, најпре као сарадник, а затим као асистент на предметима Увод у клиничку психологију и Клиничка психодијагностика.

Клиничко искуство стекла је током две године стажа (волонтерског и радног) у Специјалној психијатријској болници у Горњој Топоници. Након годину дана волонтерског стажа положила је државни испит у Министарству здравља у Београду.

Аутор је и коаутор више научних радова. Учествовала је на бројним научним скуповима у земљи и иностранству.

Више пута била је члан организационог одбора научно-стручног скупа Дани примењене психологије.

Члан је Друштва бихевиоралне теорије и прексе. Сертификовани је когнитивно-бихевиорални психотерапеут од 2015. године.

Волонтер је у Психолошком саветовалишту за студенте при Студентском културном центру Ниш од 2011. године.

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Изјављујем да је докторска дисертација, под насловом

ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА АФЕКТИВНЕ И КОГНИТИВНЕ КОМПОНЕНТЕ
ТЕОРИЈЕ УМА, ЕМОЦИОНАЛНЕ ЕМПАТИЈЕ И АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ КОД
ПАРАНОИДНЕ СХИЗОФРЕНИЈЕ

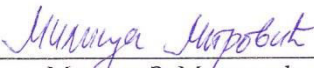
која је одбрањена на Филозофском факултету Универзитета у Нишу:

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да ову дисертацију, ни у целини, нити у деловима, нисам пријављивао/ла на другим факултетима, нити универзитетима;
- да нисам повредио/ла ауторска права, нити злоупотребио/ла интелектуалну својину других лица.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци, који су у вези са ауторством и добијањем академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада, и то у каталогу Библиотеке, Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Нишу, као и у публикацијама Универзитета у Нишу.

У Нишу, 27.06.2016. године

Потпис аутора дисертације:


Милица З. Митровић

**ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ И ШТАМПАНОГ ОБЛИКА
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

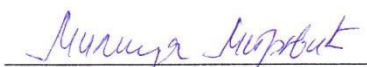
Наслов дисертације:

ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА АФЕКТИВНЕ И КОГНИТИВНЕ КОМПОНЕНТЕ
ТЕОРИЈЕ УМА, ЕМОЦИОНАЛНЕ ЕМПАТИЈЕ И АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ КОД
ПАРАНОИДНЕ СХИЗОФРЕНИЈЕ

Изјављујем да је електронски облик моје докторске дисертације, коју сам предао/ла
за уношење у **Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу**, истоветан штампаном
облику.

У Нишу, 27.06.2016. године

Потпис аутора дисертације:


Милица З. Митровић

ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Никола Тесла“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу унесе моју докторску дисертацију, под насловом:

ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА АФЕКТИВНЕ И КОГНИТИВНЕ КОМПОНЕНТЕ ТЕОРИЈЕ УМА, ЕМОЦИОНАЛНЕ ЕМПАТИЈЕ И АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ КОД ПАРАНОИДНЕ СХИЗОФРЕНИЈЕ


Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском облику, погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију, унету у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу, могу користити сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons), за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
- 3. Ауторство – некомерцијално – без прераде (CC BY-NC-ND)**
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прераде (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

У Нишу, 27.06.2016. године

Потпис аутора дисертације:


Милица З. Митровић

УНИВЕРЗИТЕТ У НИШУ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ИЗВЕШТАЈ О ОЦЕНИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ
-обавезна садржина – свака рубрика мора бити попуњена-

1. ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ
Датум и орган који је именовео комисију: Наставно-научно веће Филозофског факултета у Нишу, 17. фебруар 2016. године
Састав комисије са назнаком имена и презимена сваког члана, звања, назива уже научне области за коју је изабран у звање, датума избора у звање и назив факултета, установе у којој је члан комисије запослен: 1. Др Бојана Димитријевић, редовни професор Филозофског факултета у Нишу, УНО Психологија, 07.06.2011. године 2. Др Марина Хаџи Пешић, редовни професор Филозофског факултета у Нишу, УНО Психологија, 20.04.2015. године 3. Др Ивана Мухић, ванредни професор Филозофског факултета у Новом Саду, УНО Психологија, 03.03.2016. године
2. ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ
Име, име једног родитеља, презиме: Милица, Зоран, Митровић
Датум рођења, општина, република: 17.11.1980. године, Ниш, Србија
Датум и место одбране, назив мастер рада (или магистарске тезе): 17.01.2006, Филозофски факултет Ниш <i>Димензије селф концепта и карактеристике породичног функционисања код херошомана</i>
Научна област из које је стечено академско звање мастер (или магистар наука): Психологија
Објављени научни радови (са категоријом публикације М): Randelović, D., Mitrović, M. , & Krstić, M. (2015). Aggressiveness, Depression and Academic Achievement of Students. <i>Теме</i> , 39(3), 701-714. (M24) Randelović, D., Mitrović, M. , & Todorović, D. (2015). Psychological Counseling Center for Students – Need, Desire, Necessity. <i>Collection of Papers of the Faculty of Philosophy, University of Priština, Faculty of Philosophy Kosovska Mitrovica</i> , Vol. 45 (3), 143-164. (M51) Mitrovic, M. , Hadzi Pesic, M., Stojanovic, D., & Milicevic, N. (2014). Personality Traits and Global Self-esteem of Alcohol Addicts. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i> , Volume 127, 255–259. (M33) Hadzi Pesic, M., Mitrovic, M. , Brajovic Car, K., & Stojanovic, D. (2014). Personality of Alcohol Addict According to the Theory of Transactional Analysis. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i> , Volume 127, 230-234. (M33) Рањеловић, Д., Митровић, М. , и Димитријевић, Б. (2014). Агресивност и задовољство животом у условима друштвене кризе. <i>Теме</i> , 38(4), 1629-1646. (M24)

- Милојевић, М. и Митровић, М. (2013). Ставови према ментално оболелим особама и процена особина личности на основу фотографија лица. *Годишњак за психологију*, 10(12), 102-114. (M53)
- Митровић, М., Хаџи Пешић, М., и Митић, П. (2013). Стратегије суочавања са стресом и субјективно благостање студената. *Настава и васпитање*, (62)2, 318-330. (M24)
- Mitrović M., Mitić P., Belić M., & Zubić I. (2013) Comparison of dimension of self-concept among students of sport and physical education, psychology and mechanical engineering. *Research in Kinesiology, Federation of the Sports Pedagogues of the Republic of Macedonia*. 41(1). 61-68. M(33)
- Митровић, М., Хаџи Пешић, М., и Димитријевић, Б. (2013). Анксиозност, учесталост негативних аутоматских мисли и склоност ка психосоматици код студената. Тематски зборник радова *Комуникација и људско друштво*. Ниш: Филозофски факултет, 305-314. (M45)
- Милојевић, М., Митровић, М. и Ранђеловић, К. (2013). Обрасци афективног везивања адолесцената и њихових родитеља, у: Милосављевић, В. (ур.) Зборник радова *Наука и традиција*. Филозофски факултет, Универзитет у Источном Сарајеву, 973-990. (M14)
- Митровић, М., Милојевић, М., и Ранђеловић, К. (2012). Партнерска афективна везаност, самопоштовање и емоционална компетентност. *Радови Филозофског факултета*. Источно Сарајево: Филозофски факултет, 14, 445-459. (M51)
- Хаџи Пешић, М., Брајовић-Цар, К., и Митровић М. (2012). Комуникацијски модел у приступу персоналним адаптацијама личности. Тематски зборник радова *Личност и образовно-васпитни рад*, Ниш: Филозофски факултет, 108-118. (M45)
- Mitrović, M., Todorović, D., & Marković, Z. (2012). Anxiety and Self-esteem in Students of Sport and Physical Education. *Research in Kinesiology, International Journal of Kinesiology and Other Related Sciences*, 40(2), 33-139. M(33)
- Mitić, P., Mitrović, M., Bratić, M., & Nurkić, M. (2011). Emotional competence, styles of coping with stressful situations, anxiety and personality traits in judokas. *Serbian Journal of Sports Sciences*, 5 (3), 163-169. (M52)
- Милојевић, М. и Тасић, М. (2011). Неки од приступа проучавања личности у политичкој психологији. *Годишњак за психологију*. 8(10), 55-67. (M53)
- Милојевић, М. и Тасић, М. (2011). Основне психометријске карактеристике инвентара за мерење анксиозности као црте и као стања. Сабор психолога Србије 2011, Сокобања, Књига резимеа, стр. 80.
- Милојевић, М., и Митровић, М. (2013). Задовољство социјалном подршком мушкараца и жена различитих старосних категорија. Научни скуп *Наука и глобализација*. Пале: Филозофски факултет, 334-335. (M34)
- Saveljić, B. S., Hadži Pešić, M., Mitrović, M., Brajović Car, K., & Kocić, B. (2013). Dependent personality in patients with coronary disease. European Society of Cardiology Congress, Amsterdam, 31. Aug – 4. Sept. *European Heart Journal*, 34 (Abstract Supplement), 957. ISSN 0195-668X (Print) ISSN 1522-9645 (Online) (M34)
- Hadzi-Pesic, M., Pesic, Z., Saveljic, S., Stojanovic, M., & Mitrovic, M. (2014). Health-related Quality of Life (HRQOL) in Patients with Fractured Facial Bones Pilot Study. Third Balkan Congress for Maxillofacial Surgery. Ohrid, 24-27 April, Book of Abstracts, pp.11 (M34)
- Hadži Pešić, M., Mitrović, M. & Ristić, M. (2014). Stress Coping Strategies of Alcoholic Addicts. International Conference on Theory and Practice in Psychology. Skopje, 30.10. – 1.11.2014., Book of Abstracts, pp.167 (M34)

3. ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Наслов (на српском и енглеском језику):

Дијагностичка процена афективне и когнитивне компоненте теорије ума,
емоционалне емпатије и афективне везаности код параноидне схизофреније

Diagnostic evaluation of affective and cognitive component of theory of mind, emotional
empathy and attachment in paranoid schizophrenia

ПРЕГЛЕД ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ:

Садржај докторске дисертације Милице Митровић изложен је на 231 страни. Састоји се из шест делова: *Увод*, *Теоријски оквир истраживања*, *Приказ методологије истраживања*, *Резултати истраживања*, *Дискусија и закључак* и *Литература*. На почетку рада налази се апстракт на српском и енглеском језику. Рад садржи 30 табела, 5 слика и 4 графика. У делу *Литература*, који заузима 32 стране текста, наводи се 467 коришћених референци.

ВРЕДНОВАЊЕ ПОЈЕДИНИХ ДЕЛОВА ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ:

Кратак приказ сваког релевантног дела докторске дисертације.

Резиме рада на српском и енглеском језику у коме су укратко приказани најважнији налази истраживања прате делови рада под називом *Увод* и *Теоријски оквир истраживања*. У делу *Увод* указано је на значај социјалне функционалности, као једног од критеријума значајних за дистинкцију психичког здравља и менталне болести, нарочито у случају тежих психичких обољења као што је схизофренија. Подвлачећи неопходност испитивања фактора који леже у основи социјалне функционалности у циљу ближег разумевања ове тешке болести, кандидаткиња у први план ставља теорију ума и емоционалну емпатију, осврћући се на претпостављене „корене“ ових способности – афективну везаност, чиме нуди објашњење мотивације за избор конструката и узорка истраживања.

Следи поглавље *Теоријски оквир истраживања* у коме су на темељан и обухватан начин представљени не само феномени обухваћени истраживањем, већ и њихова повезаност. У овом делу рада дефинисани су сви конструкт, почев од схизофреније, преко теорије ума, емоционалне емпатије и афективне везаности. Полазећи најпре од одређења схизофреније, кандидаткиња кроз навођење дијагностичких критеријума и различитих концепата о етиологији и патогенези ове болести у први план ставља њену сложеност. У даљем разматрању издваја се параноидна форма схизофреније, при чему се кроз опис њене симптоматологије и специфичне социјалне нефункционалности подстакнуте, између осталог, параноидним елаборацијама социјалних сигнала, на индиректан начин образлажу разлози избора узорка. Даље су у тексту представљена теорија ума, као једна од важних елемената социјалне когниције. Упознавање са теоријом ума започиње одређењем феномена, образложењем оправданости разликовања когнитивне и афективне компоненте теорије ума, затим разматрањем начина процене овог феномена. У даљем тексту понуђена су објашњења начина функционисања теорије ума и опис њеног развоја. Интересовање за теорију ума пре свега је подстакнуто налазима истраживања спроведених на узорцима испитаника оболелих од различитих психичких поремећаја, при чему налази бројних истраживања, наведени у раду, представљају доказ оправданости препознатог потенцијала теорије ума од стране многих аутора за боље разумевање социјалне дисфункционалности психички оболелих, нарочито оболелих од схизофреније. У даљем тексту кандидаткиња разматра феномен емпатије, однос емпатије и теорије ума и карактеристике емпатије особа оболелих од схизофреније. На овај део надовезује се текст о препознавању емоција на основу фацијалне експресије у коме се кандидаткиња најпре осврће на одређење и развој ове способности, затим разматра способност тачног препознавања емоција на основу фацијалне експресије код особа оболелих од схизофреније и на крају однос између препознавања емоција и теорије ума. Следи део о афективној везаности и њеном односу са теоријом ума чиме се поглавље *Теоријски оквир истраживања*, који јасно илуструје сложеност области истраживања докторске дисертације, завршава. Ово поглавље праћено је поглављем *Приказ методологије*

истраживања у коме су изложени поступци и методе коришћене у реализацији истраживања. Део *Резултати истраживања* приказује добијене разлике у изражености испитиваних конструката између психички здравих испитаника и испитаника оболелих од параноидне шизофреније, као и њихове повезаности на испитиваним подзорцима. У овом делу приказани су и резултати квалитативне анализе, која је подразумевала анализу садржаја добијених одговора на Тесту препознавања „погрешног корака“ и идентификовање доминантних тема у одговорима испитаника, те упоређивање идентификованих тема на два подзорка. Следи Дискусија и закључак у коме кандидаткиња разматра добијене резултате, пореди их и повезује са резултатима претходних истраживања. На дискусију се надовезује закључак у коме се кандидаткиња осврће на главне налазе истраживања. Последњи део докторске дисертације јесте *Литература* у коме се наводи 467 коришћених референци.

Митровић, М., Милојевић, М., и Ранђеловић, К. (2012). Партнерска афективна везаност, самопоштовање и емоционална компетентност. Радови Филозофског факултета. Источно Сарајево: Филозофски факултет, 14, 445-459.

Милојевић, М. и Митровић, М. (2013). Ставови према ментално оболелим особама и процена особина личности на основу фотографија лица. *Годишњак за психологију*, 10(12), 102-114.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ЗАКЉУЧЦИ

Кратак приказ

Докторска дисертација Милице Митровић имала је следеће циљеве – утврђивање разлика у погледу афективне везаности и аспеката емпатије – теорије ума и емоционалне емпатије између психички здравих особа и особа оболелих од параноидне шизофреније, као и утврђивање доприноса наведених варијабли у предикцији припадности испитаника испитиваним подзорцима; проверу повезаности ових конструката на испитиваним подзорцима. Кандидаткиња најпре представља и касније разматра разлике између подзорака добијене поређењем тестовних параметара. Резултати указују да је већина димензија афективне везаности израженија код испитаника оболелих од параноидне шизофреније. У питању су следеће димензије Неразрешена породична трауматизација, Страх од губитка спољашње базе сигурности Негативан радни модел селфа, Негативна радни модел других, при чему се применом поступка логистичке регресије димензија Негативан радни модел других издвојила као најдистинктивнија. Када је реч о обрасцима афективне везаности, резултати показују да је сигурни образац заступљенији на подзорку психички здравих. Даље су поређени резултати испитаника на тестовима намењеним процени когнитивне и афективне компоненте теорије ума. Резултати указују на мањи учинак шизофрених испитаника на појединим задацима, при чему су нарочито упадљиве тешкоће разумевања дуплог блефа и ироније, као и тешкоће тачног препознавања изненађења и емоционално неутралних лица. Ови резултати допуњени су резултатима квалитативне анализе која је резултирала запажањима о тенденцији особа оболелих од параноидне шизофреније да занемарују социјални контекст и доносе закључке на основу ирелевантних података, који нису пресудни за тумачење намера; о тенденцији ових испитаника да приписују имплицитна значења појединим изјавама и неоправдано претпостављају историју интерперсоналних односа. Даље резултати показују да је емоционална емпатија израженија на подзорку оболелих испитаника и да једина од аспеката емпатије остварује позитивну корелацију са израженошћу персекуторне идеације. Испитивањем повезаности између димензија афективне везаности и аспеката емпатије на оба подзорка утврђене су корелације, које се по интензитету, па чак и по смеру разликују на испитиваним подзорцима, уз напомену да су статистички значајне корелације релативно ниске, док већина корелације на подзорку психички здравих испитаника не достиже статистичку значајност.

Кандидаткиња закључује да је сигурност афективног везивања компромитована код испитаника оболелих од параноидне шизофреније, уз присуство негативних радних модела себе и других, при чему се негативан радним модел других издваја као посебно значајан. Психопатолошка испољавања, односно персекуторна идеација повезана је са овим унутрашњим радним моделима. Испитаници оболели од параноидне шизофреније имају тешкоће у интерпретацији порука које нису експлицитне, тј. садрже значење супротно значењу изреченог, па их не треба дословно тумачити. Такође, ови испитаници имају проблем у селекцији релевантних информација, као и са интеграцијом контекстуалних информација у социјално комплексним ситуацијама. Повећана респонзивност шизофрених испитаника на емоције других, на шта указује израженија емоционална емпатија код ових испитаника, уз уважавање позитивне корелације емоционалне емпатије и персекуторне идеације, може указати на појаву да услед угрожености теста реалности и тешкоћа очувања граница између себе и других особа постаје осетљивија на емоције других, које је преплављују, па је адаптациона улога емпатије угрожена. При томе остали резултати указују да угроженост теста

реалности умањује способност ментализације тј. теорије ума. На крају, освртањем на добијене корелације између димензија афективне везаности и аспеката емпатије изводи се претпоставка о постојању променљивих које остварују модераторски и медијаторски ефекат на ову везу. Закључак се завршава навођењем ограничења истраживања.

ОЦЕНА НАЧИНА ПРИКАЗА И ТУМАЧЕЊА РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА

Експлицитно навести позитивну или негативну оцену

Докторска дисертација је урађена сагласно поднетој пријави.

Резултати истраживања су приказани прегледно и методолошки исправно и доследно.

Тумачење резултата је исцрпно, информативно и представља логичну и кохерентну целину.

Имајући ово у виду комисија даје **ПОЗИТИВНУ** оцену докторске дисертације кандидаткиње Милице Митровић.

КОНАЧНА ОЦЕНА ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ:

Комисија констатује:

- Да је дисертација написана у складу са образложењем у пријави теме
- Да дисертација садржи све битне елементе
- Да је докторска дисертација оригинални допринос науци јер даје податке о карактеристикама афективне везаности и карактеристикама елемената емпатије (теорије ума и емоционалне емпатије), као и о њиховој међусобној повезаности код особа оболелих од параноидне шизофреније.
- Да недостаци дисертације произилазе из недостатака коришћених метода (тестови самопроцене).

Главни научни допринос дисертације (до 100 речи)-на српском и енглеском језику

Резултати добијени у истраживању потврдили су постојање тешкоћа у теорији ума код испитаника оболелих од параноидне шизофреније, при чему је примена обимне батерије тестова омогућила сагледавање конкретнијих проблема у функционисању теорије ума и карактеристика емоционалне емпатије код ових испитаника. Потврђена је и компромитованост сигурности афективног везивања код испитаника оболелих од параноидне шизофреније уз сагледавање разлика у димензијама афективне везаности између оболелих и психички здравих, што омогућава ближе упознавање специфичности афективног везивања ове групе пацијената. Коначно, испитивање корелација између аспеката емпатије и димензија афективног везивања тестира претпоставку о постојању и значају ове везе уз напомену да резултати потврђују постојање корелација које су различите по интензитету и смеру на испитиваним подзорцима и у оба случаја не тако високе, док већина не достиже статистичку значајност. Може се рећи да ово истраживање остварује допринос разумевању појединих проблема у социјалном функционисању особа оболелих од параноидне шизофреније.

The results obtained in the research have confirmed that there are difficulties in the theory of mind in the respondents suffering from paranoid schizophrenia, whereas the use of the extensive battery of tests enables the insight into more specific problems in the functioning of the theory of mind and the characteristics of emotional empathy in these respondents. The results have also confirmed the compromise of security of attachment in the respondents suffering from paranoid schizophrenia with consideration of the difference in dimensions of attachment between the mentally ill and healthy, enabling better understanding of specificity of attachment of this group of patients. Finally, the examination of correlations between aspects of empathy and dimensions of attachment tests the assumption of the existence and importance of this correlation, noting that the results confirm that there are correlations which vary in intensity and direction in studied sub-samples and in both cases are not so high, while the most of them are not statistically significant. It can be noted that this research contributes to the understanding of individual problems in the social functioning of individuals suffering from paranoid schizophrenia.

ПРЕДЛОГ КОМИСИЈЕ:


На основу укупне оцене дисертације, комисија предлаже:

- да се докторска дисертација прихвати, а кандидату одобри одбрана

Чланови комисије:


проф. др Бојана Димитријевић


проф. др Марина Хаци Пешић


проф. др Ивана Микић