



UNIVERZITET U NOVOM SADU

FILOZOFSKI FAKULTET
ODSIJEK ZA PSIHOLOGIJU

Karakteristike self-šeme kod unipolarne i
bipolarne depresije i paranoidnih poremećaja

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentori: Prof. Dr Zdenka Novović

Kandidat: Tanja Bošković

Prof. Dr Aleksandra Nedić

Novi Sad, 2015. god.

UNIVERZITET U NOVOM SADU

FILOZOFSKI FAKULTET

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Redni broj: RBR	
Identifikacioni broj: IBR	
Tip dokumentacije: TD	Monografska dokumentacija
Tip zapisa: TZ	Tekstualni štampani materijal
Vrsta rada (dipl., mag., dokt.): VR	Doktorska disertacija
Ime i prezime autora: AU	Tanja Bošković
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje): MN	Dr Zdenka Novović, vanredni profesor, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Novom Sadu Dr Aleksandra Nedić, redovni profesor, Medicinski fakultet u Novom Sadu
Naslov rada: NR	Karakteristike self-šeme kod unipolarne i bipolarne depresije i paranoidnih poremećaja
Jezik publikacije: JP	Srpski (latinica)
Jezik izvoda: JI	Srpski / engleski
Zemlja publikovanja: ZP	Srbija
Uže geografsko područje: UGP	Vojvodina
Godina: GO	2015.
Izdavač: IZ	autorski reprint
Mesto i adresa: MA	Novi Sad, dr Zorana Đinđića 2

Fizički opis rada: FO	(5 poglavlja / 265 stranica / 6 slika / 25 grafikona/ 31 tabela / 282 referenci / 11 priloga)
Naučna oblast: NO	Psihologija
Naučna disciplina: ND	Klinička psihologija
Predmetna odrednica, ključne reči: PO	Self-šema, unipolarna depresija, bipolarni poremećaj, paranoidni poremećaji.
UDK	
Čuva se: ČU	Biblioteka Odsijeka za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu
Važna napomena: VN	
Izvod: IZ	Osnovni cilj ovog istraživanja je bio ispitivanje specifičnosti i stabilnosti depresivne kognitivne šeme. Prema Beckovom modelu psihopatologije (Beck, 1967), self-šema predstavlja latentnu memorijsku strukturu, relativno je stabilna tokom vremena i specifična za različite poremećaje. Željeli smo provjeriti da li postoje razlike kod unipolarne i bipolarne depresije po pitanju self-šeme u samoj epizodi, kao i da li se kod ove dvije grupe pacijenata radi o stabilnoj strukturi koja predstavlja faktor vulnerabilnosti za depresiju. Takođe, željeli smo provjeriti da li je kod paranoidnih pacijenata takođe prisutna depresivna šema. Vodili smo se Bentallovim modelom (Bentall et al., 2001) po kojem paranoidne osobe vrše personalno atribuiranje negativnih događaja, što je odbrambeni manevar od latentno negativne slike o sebi. U istraživanju je učestvovalo 218 ispitanika, 66 iz opšte populacije i 152 ispitanika iz kliničke populacije: 31 aktuelno unipolarno depresivnih pacijenata, 28 aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, 31 aktuelno paranoidnih pacijenata, 33 unipolarno depresivnih osoba, koje se nalaze u remisiji; 29 bipolarnih osoba, koje se nalaze u remisiji. Za

provjeru specifičnosti šeme, poredili smo tri kliničke grupe: aktuelno unipolarno depresivne pacijente, aktuelno bipolarno depresivne pacijente i paranoidne osobe. Za provjeru stabilnosti šeme, poredili smo dvije grupe aktuelno depresivnih pacijenata s dvije grupe pacijenata u remisiji. Šemu smo ispitivali preko njene organizacije i sadržaja (koji se smatraju faktorima vulnerabilnosti za depresiju), ali i preko procesa koji se pobuđuju njenom aktivacijom, kao i preko produkata aktivirane šeme (markeri aktivirane depresivne šeme). Kao mjeru organizacije šeme koristili smo Zadatak skaliranja psiholoških distanci (PDST, Dozois & Dobson, 2001b). Pretpostavili smo da će sve kliničke grupe pokazati više konsolidovanu negativnu self-šemu, a pacijenti u aktuelnoj epizodi i manje konsolidovanu pozitivnu šemu, u poređenju s kontrolnom grupom. Takođe smo kao mjeru organizacije šeme koristili Zadatak procjene pridjeva zasnovan na širini (BART, Karpinski, Steinberg, Versek, & Alloy, 2007), pri čemu smo koristili skor koji se odnosi na implicitnu sliku o sebi. Pretpostavili smo da će kliničke grupe pokazati preferenciju širih negativnih samoopisnih atributa, kao i užih pozitivnih. To je trend suprotan od onog koji pokazuje opšta populacija. Kao mjeru koja nas upućuje na sadržaj šeme, koristili smo Skalu disfunkcionalnih stavova (DAS 24; Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam & Beck, 1994). Pretpostavili smo da će kliničke grupe demonstrirati više disfunkcionalnosti od opšte populacije. Kao mjeru kognitivnih procesa, koristili smo Test ispremetanih rečenica (SST, Wenzlaff, 1993). Pretpostavili smo da će sve kliničke grupe demonstrirati depresivnu pristrasnost prilikom obrade informacija u situaciji sa

kognitivnim opterećenjem, dok će u situaciji bez kognitivnog opterećenja, depresivnu pristrasnost demonstrirati samo aktualno depresivni pacijenti. Kao mjeru eksplicitnog samopoštovanja, koje smo tretirali kao produkt aktivirane šeme, koristili smo ponovo BART (Karpinski et al., 2007), ali ovog puta skor koji se odnosi na svjesnu procjenu sebe. Pretpostavili smo da će aktualno depresivne osobe, i unipolarno i bipolarno, pokazati negativnije viđenje sebe, u poređenju sa paranoidnim osobama, pacijentima u remisiji i opštom populacijom, koji se neće među sobom razlikovati. Za analizu podataka smo koristili analizu kovarijanse sa kombinovanim faktorima (ANCOVA). Kako bismo ispitali razlike između grupa sa i bez kontrole kontrolnih varijabli – nivoa depresivnosti i starosti, radili smo analizu i sa i bez kovarijata. Naši rezultati su pokazali da je kod aktualno unipolarno depresivnih pacijenata depresivno strukturirana self-šema koja se tiče postignuća, kod bipolarnih pacijenata je pokazana visoko konsolidovana negativna šema, a paranoidne osobe su pokazale značajno manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu od kontrolne grupe. Na osnovu ostalih rezultata, drugi aspekti depresivne kognitivne organizacije – disfunkcionalna uvjerenje, depresivna pristrasnost prilikom procesiranja informacija i negativno viđenje sebe, vezani su za depresivne simptome i variraju zajedno sa njima. Kada je riječ o stabilnosti self-šeme, i kod unipolarno depresivnih i kod bipolarnih pacijenata se pokazala nestabilnom tj. kod pacijenata u remisiji je značajno manje depresivna u odnosu na šemu kod aktualno depresivnih pacijenata. Jedino su se disfunkcionalnosti koje se tiču kontrole pokazale stabilnim

	<p>kod unipolarno depresivnih pacijenata. Ipak, šema kod pacijenata u remisiji jeste više depresivna u odnosu na šemu kod kontrolne grupe. Generalno gledano, naši rezultati ukazuju da i bipolarni i paranoidni pacijenti imaju odlike depresivne šeme te se može zaključiti da ona nije karakteristična, odnosno specifična, samo za unipolarno depresivne pacijente. Organizacija self-šeme se nije pokazala stabilnom kod unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata ali je i dalje više depresivna u odnosu na kontrolnu grupu.</p>
<p>Datum prihvatanja teme od strane NN veća: DP</p>	
<p>Datum odbrane: DO</p>	
<p>Članovi komisije: (ime i prezime / titula / zvanje / naziv organizacije / status) KO</p>	<p>predsednik: član: član:</p>

University of Novi Sad

Key word documentation

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Document type: DT	Monograph documentation
Type of record: TR	Textual printed material
Contents code: CC	PhD thesis
Author: AU	Tanja Bošković
Mentor: MN	Dr Zdenka Novović, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad Dr Aleksandra Nedić, Professor, Medical Faculty, University of Novi Sad
Title: TI	Characteristics of self-schemata in unipolar and bipolar depression and paranoid disorders
Language of text: LT	Serbian
Language of abstract: LA	Serbian/English
Country of publication: CP	Serbia

Locality of publication: LP	AP Vojvodina
Publication year: PY	2015.
Publisher: PU	Author's reprint
Publication place: PP	Novi Sad, dr Zorana Đinđića 2
Physical description: PD	5 chapters / 265 pages / 6 pictures / 25 graphs / 31 tabels / 282 references / 11 appendices
Scientific field SF	Psychology
Scientific discipline SD	Clinical psychology
Subject, Key words SKW	Cognitive self-schemata, unipolar depression, bipolar disorder, paranoid disorders.
UC	
Holding data: HD	Department of Psychology's Library, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad
Note: N	
Abstract: AB	The aim of this research is to investigate the specificity and stability of depressive cognitive schemes. According to Beck's model of psychopathology (1967), self-schemata is a latent memory structure, and it is relatively stable over time and specific to different disorders. We want to verify if there are differences in self-shemata in actual unipolar depression and actual bipolar depression, and if this schemata is a stable structure, and a factor of vulnerability for depression. Also,

we want to verify whether paranoid patients have latent depressive schemata. In his model, Bentall (Bentall et al., 2001) proposes that paranoid patients attribute personal causes to negative events, which is a defensive maneuver due to latent negative self-image. The sample consisted of 218 individuals, 66 from the general population and 152 individuals from the clinical population: 31 individuals with unipolar depression in the depressive episode, 28 individuals with bipolar depression in the depressive episode, 31 currently paranoid individuals, 33 individuals with unipolar depression in remission, and 29 individuals with bipolar depression in remission. To test the specificity of cognitive schemata, we compared three groups: currently depressive patients with unipolar, currently depressive patients with bipolar disorder, and currently paranoid patients. To explore the stability cognitive schemata, we compared two groups of patients in currently depressive episode with two groups of patients in remission. We investigated the schemata by studying its organization and content (which were considered factors of vulnerability for depression), and also on the basis of processes which were activated by active schemata, as well as through products of activated schemata (markers of active depressive schemata). As a measure of organizational aspects of schemata, we used the *The Psychological Distance Scaling Task* (PDST, Dobson & Dozois, 2001b). We assumed that all clinical groups would show more consolidated negative self-schemata; patients in actual episode would show and less consolidated positive self-schemata, compared with the general population. As a measure of organization of the schema, we also used *Breadth-Based Adjective Rating Task* (BART, Karpinski, Steinberg, Versek, & Alloy, 2007), where we calculated the score referring to the implicit self-image. We assumed that the clinical groups would show a preference of wider negative self-attributes, as well as narrower positive, which was the trend opposite to that in the general population. As a measure of the schemata content, we used the *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS 24; Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam & Beck, 1994). We assumed that the clinical groups would demonstrate more dysfunctional beliefs

than the general population. As a measure of cognitive processes, we used the *Scrambled Sentences Test* (SST, Wenzlaff, 1993). We assumed that all clinical groups would demonstrate negative processing of information in the situation with the cognitive load, while in the situation without cognitive load, this bias would demonstrate only currently depressive patients. As a measure of explicit self-esteem, which we treated as a product of self-schema, we used BART again (Karpinski et al., 2007), but this time we used the score which referred to the conscious self-image. We assumed that the currently depressive individuals, unipolar and bipolar, would show a more negative view of themselves, compared to paranoid people, patients in remission and the general population, while those groups would not differentiate among themselves. For data analysis we used Analysis of Covariance with Mixed Design (ANCOVA). To explore the effect of covariates (the level of depression and age) on the results, we performed analysis with and without covariates. Our results showed that active depressive self-schemata referred to the achievements in the currently depressive patients with unipolar depression, bipolar patients demonstrated highly consolidated negative self-schemata, while paranoid patients showed significantly lower consolidation of the positive self-schemata than general population. On the basis of other results, other aspects of depressive cognitive organization - dysfunctional beliefs, negative processing of information and the person's negative view of themselves are related to depressive symptoms and vary with them. Results for the stability of self-schemata in unipolar and bipolar depressive patients showed that depressive schemata were not stable, i.e. patients in remission showed less depressed schemata than currently depressive individuals. Only the dysfunctionality about control showed stable in patients with unipolar depression. However, the schemata in patients in remission showed more depressed than the schemata in control group. Overall, our results suggest that bipolar and paranoid patients have depressive characteristics of schemata which indicate that it is not typical, or specific, only for unipolar depressed patients. Organization of self-

	schemata has not proved stable in unipolar and bipolar depressive patients, but it is still more depressed than in control group.
Accepted on Scientific Board on: AS	
Defended: DE	
Thesis Defend Board: DB	<p>president:</p> <p>member:</p> <p>member:</p>

SADRŽAJ

REZIME	18
ABSTRACT	20
1. TEORIJSKI DIO	22
1. 1. Kognitivni modeli u psihopatologiji	22
1. 2. Beckov model depresije	23
1. 3. Kognitivna (self) šema	25
1. 3. 1. Struktura (organizacija) kognitivne (self) šeme	26
1. 3. 1. 1. Metodi i nalazi ispitivanja strukture depresivne kognitivne self šeme	28
1. 3. 1. 1. 1. Mjerenje interstimulusne distance	28
1. 3. 1. 1. 2. Mjerenje širine samoopisnih pridjeva	30
1. 3. 2. Sadržaj kognitivne (self) šeme	34
1. 3. 2. 1. Sociotropna i autonomna ličnost	37
1. 3. 2. 2. Metodi i nalazi ispitivanja sadržaja kognitivne (self) šeme	39
1. 3. 3. Produkti aktivirane depresivne kognitivne (self) šeme	39
1. 3. 4. Kognitivno procesiranje informacija	42
1. 3. 4. 1. Dualni proces obrade informacija	42
1. 3. 4. 1. 1. Uloga dualnih procesa u regulaciji raspoloženja	43
1. 3. 4. 1. 2. Dualni procesi kod depresije	44
1. 3. 4. 2. Kognitivne pristrasnosti kod depresije	45
1. 3. 5. Aktivacija/deaktivacija depresivne kognitivne (self) šeme	47
1. 3. 5. 1. Aktivacija kognitivne depresivne (self) šeme	47
1. 3. 5. 2. Deaktivacija kognitivne depresivne (self) šeme	48
1. 3. 5. 2. 1. Supresija misli i Teorija ironičnih procesa	50

1. 3. 5. 2. 2. Metodi i nalazi ispitivanja kognitivne obrade informacija	52
1. 3. 6. Stabilnost depresivne kognitivne šeme	54
1. 3. 7. Istraživanja specifičnosti i stabilnosti depresivne self-šeme kod različitih poremećaja	55
1. 3. 7. 1. Unipolarna depresija	56
1. 3. 7. 1. 1. Istraživanja specifičnosti i stabilnosti depresivne self-šeme kod unipolarne depresije	57
1. 3. 7. 2. Bipolarni poremećaj	60
1. 3. 7. 2. 1. Teorija nastanka i razvoja bipolarnog poremećaja	64
1. 3. 7. 2. 2. Istraživanja specifičnosti i stabilnosti kognitivne self-šeme kod bipolarnog poremećaja	64
1. 3. 7. 3. Paranoidni poremećaji	69
1. 3. 7. 3. 1. Self-šema kod paranoidnih pacijenata prema savremenima teorijama persekucija	70
1. 3. 7. 3. 2. Istraživanja kognitivne self-šeme kod paranoidnih osoba	73
2. EMPRIJSKI DIO	80
2. 1. Problemi istraživanja	80
2. 2. Uzorak	84
2. 3. Instrumenti	91
2. 3. 1. Instrumenti za procjenu kognitivnih konstrukata	91
2. 3. 2. Instrumenti za kontrolu nivoa simptoma	96
2. 4. Hipoteze	98
2. 5. Postupak analize podataka	105
2. 6. Procedura	107

3. REZULTATI	108
3. 1. Deskriptivna analiza	108
3. 2. Provjera kontrolnih varijabli	112
3. 2. 1. Razlike u depresivnosti među grupama	112
3. 2. 2. Razlike u simptomima mentalnih poremećaja kod grupa	113
3. 2. 3. Razlike u psihotičnim simptomima kod grupa	114
3. 3. Provjera psihometrijskih karakterisitika testova	115
3. 3. 1. Koeficijenti pouzdanosti	115
3. 3. 2. Korelacije između zavisnih varijabli	117
3. 3. 3. Korelacije između zavisnih varijabli i simptomatskih mjera	120
3. 4. Specifičnost depresivne self-šeme	123
3. 4. 1. Specifičnost organizacije self-šeme	123
3. 4. 1. 1. Provjera specifičnosti organizacije self-šeme uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)	123
3. 4. 1. 1. 1. Interakcija sadržaja i valence atributa i vrste i prisustva poremećaja	124
3. 4. 1. 1. 2. Interakcija valence i vrste i prisustva poremećaja	129
3. 4. 1. 2. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	129
3. 4. 1. 2. Provjera specifičnosti organizacije self-šeme bez kontrole starosti i depresivnosti (ANOVA)	130
3. 4. 1. 2. 1. Interakcija sadržaja i valence atributa i vrste i prisustva porećaja	131
3. 4. 1. 2. 2. Interakcija valence i vrste i prisustva poremećaja	135
3. 4. 1. 2. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	137

3. 4. 2. Specifičnost implicitnog samopoštovanja	138
3. 4. 2. 1. Provjera specifičnosti implicitnog samopoštovanja uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)	138
3. 4. 2. 2. Provjera specifičnosti implicitnog samopoštovanja bez kontrole starosti i depresivnosti (ANOVA)	139
3. 4. 2. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	140
3. 4. 3. Specifičnost eksplicitnog samopoštovanja	141
3. 4. 3. 1. Provjera specifičnosti eksplicitnog samopoštovanja uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)	141
3. 4. 3. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	142
3. 4. 3. 3. Provjera specifičnosti eksplicitnog samopoštovanja bez kontrole nivoa depresivnosti (ANCOVA)	143
3. 4. 3. 4. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	145
3. 4. 4. Specifičnost disfunkcionalnih stavova	145
3. 4. 4. 1. Provjera specifičnosti disfunkcionalnih stavova uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)	145
3. 4. 4. 2. Provjera specifičnosti disfunkcionalnih stavova bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)	147
3. 4. 4. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	149
3. 4. 5. Specifičnost depresivne pristrasnosti	150
3. 4. 5. 1. Provjera specifičnosti depresivne pristrasnosti uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)	150
3. 4. 5. 2. Provjera specifičnosti depresivne pristrasnosti bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)	152
3. 4. 5. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	153
3. 5. Stabilnost depresivne self-šeme	154
3. 5. 1. Stabilnost organizacije self-šeme	154

3. 5. 1. 1. Provjera stabilnosti organizacije self-šeme bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti(ANOVA)	154
3. 5. 1. 1. 1. Interakcija sadržaja i valence atributa i vrste i prisustva poremećaja	155
3. 5. 1. 1. 2. Interakcija valence i vrste i prisustva poremećaja	159
3. 5. 1. 1. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	161
3. 5. 2. Stabilnost implicitnog samopoštovanja	162
3. 5. 2. 1. Provjera stabilnosti implicitnog samopoštovanja bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)	162
3. 5. 2. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	163
3. 5. 3. Stabilnost eksplicitnog samopoštovanja	164
3. 5. 3. 1. Provjera stabilnosti eksplicitnog samopoštovanja bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)	164
3. 5. 3. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	165
3. 5. 4. Stabilnost disfunkcionalnih stavova	166
3. 5. 4. 1. Provjera stabilnosti disfunkcionalnih stavova bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)	166
3. 5. 4. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	169
3. 5. 5. Stabilnost depresivne pristrasnosti	170
3. 5. 5. 1. Provjera stabilnosti depresivne pristrasnosti bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)	170
3. 5. 5. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata	174
 4. DISKUSIJA	 176
4. 1. Specifičnost kognitivne self-šeme	176
4. 1. 1. Organizacija kognitivne self-šeme	176

4. 1. 1. 1. Organizacija kognitivne self-šeme kod unipolarne depresije	178
4. 1. 1. 2. Organizacija kognitivne self-šeme kod bipolarne depresije	180
4. 1. 1. 3. Organizacija kognitivne self-šeme kod paranoidnih poremećaja	181
4. 1. 2. Implicitno samopoštovanje	184
4. 1. 3. Eksplicitno samopoštovanje	186
4. 1. 4. Disfunkcionalna uvjerenja	188
4. 1. 5. Depresivna pristrasnost	191
4. 2. Stabilnost kognitivne self-šeme	194
4. 2. 1. Organizacija kognitivne self-šeme	194
4. 2. 1. 1. Organizacija kognitivne self-šeme kod unipolarne depresije	195
4. 2. 1. 2. Organizacija kognitivne self-šeme kod bipolarnih pacijenata	198
4. 2. 2. Implicitno samopoštovanje	201
4. 2. 3. Eksplicitno samopoštovanje	202
4. 2. 4. Disfunkcionalna uvjerenja	204
4. 2. 5. Depresivna pristrasnost	208
4. 3. Prednosti, ograničenja istraživanja i preporuke za buduće studije	212
5. ZAKLJUČCI	216
5. 1. Specifičnost kognitivne self-šeme	216
5. 2. Stabilnost kognitivne self-šeme	218
LITERATURA	220
PRILOG	249

REZIME

Osnovni cilj ovog istraživanja je bio ispitivanje specifičnosti i stabilnosti depresivne kognitivne šeme. Prema Beckovom modelu psihopatologije (Beck, 1967), self-šema predstavlja latentnu memorijsku strukturu, relativno je stabilna tokom vremena i specifična za različite poremećaje. Željeli smo provjeriti da li postoje razlike kod unipolarne i bipolarne depresije po pitanju self-šeme u samoj epizodi, kao i da li se kod ove dvije grupe pacijenata radi o stabilnoj strukturi koja predstavlja faktor vulnerabilnosti za depresiju. Takođe, željeli smo provjeriti da li je kod paranoidnih pacijenata takođe prisutna depresivna šema. Vodili smo se Bentallovim modelom (Bentall et al., 2001) po kojem paranoidne osobe vrše personalno atribuiranje negativnih događaja, što je odbrambeni manevar od latentno negativne slike o sebi. U istraživanju je učestvovalo 218 ispitanika, 66 iz opšte populacije i 152 ispitanika iz kliničke populacije: 31 aktuelno unipolarno depresivnih pacijenata, 28 aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, 31 aktuelno paranoidnih pacijenata, 33 unipolarno depresivnih osoba, koje se nalaze u remisiji; 29 bipolarnih osoba, koje se nalaze u remisiji. Za provjeru specifičnosti šeme, poredili smo tri kliničke grupe: aktuelno unipolarno depresivne pacijente, aktuelno bipolarno depresivne pacijente i paranoidne osobe. Za provjeru stabilnosti šeme, poredili smo dvije grupe aktuelno depresivnih pacijenata s dvije grupe pacijenata u remisiji. Šemu smo ispitivali preko njene organizacije i sadržaja (koji se smatraju faktorima vulnerabilnosti za depresiju), ali i preko procesa koji se pobuđuju njenom aktivacijom, kao i preko produkata aktivirane šeme (markeri aktivirane depresivne šeme). Kao mjeru organizacije šeme koristili smo Zadatak skaliranja psiholoških distanci (PDST, Dozois & Dobson, 2001b). Pretpostavili smo da će sve kliničke grupe pokazati više konsolidovanu negativnu self-šemu, a pacijenti u aktuelnoj epizodi i manje konsolidovanu pozitivnu šemu, u poređenju s kontrolnom grupom. Takođe smo kao mjeru organizacije šeme koristili Zadatak procjene pridjeva zasnovan na širini (BART, Karpinski, Steinberg, Versek, & Alloy, 2007), pri čemu smo koristili skor koji se odnosi na implicitnu sliku o sebi. Pretpostavili smo da će kliničke grupe pokazati preferenciju širih negativnih samoopisnih atributa, kao i užih pozitivnih. To je trend suprotan od onog koji pokazuje opšta populacija. Kao mjeru koja nas upućuje na sadržaj šeme, koristili smo Skalu disfunkcionalnih stavova (DAS 24; Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam & Beck, 1994). Pretpostavili smo da će kliničke grupe

demonstrirati više disfunkcionalnosti od opšte populacije. Kao mjeru kognitivnih procesa, koristili smo Test ispremetanih rečenica (SST, Wenzlaff, 1993). Pretpostavili smo da će sve kliničke grupe demonstrirati depresivnu pristrasnost prilikom obrade informacija u situaciji sa kognitivnim opterećenjem, dok će u situaciji bez kognitivnog opterećenja, depresivnu pristrasnost demonstrirati samo aktuelno depresivni pacijenti. Kao mjeru eksplicitnog samopoštovanja, koje smo tretirali kao produkt aktivirane šeme, koristili smo ponovo BART (Karpinski et al., 2007), ali ovog puta skor koji se odnosi na svjesnu procjenu sebe. Pretpostavili smo da će aktuelno depresivne osobe, i unipolarne i bipolarne, pokazati negativnije viđenje sebe, u poređenju sa paranoidnim osobama, pacijentima u remisiji i opštom populacijom, koji se neće među sobom razlikovati. Za analizu podataka smo koristili analizu kovarijanse sa kombinovanim faktorima (ANCOVA). Kako bismo ispitali razlike između grupa sa i bez kontrole kontrolnih varijabli – nivoa depresivnosti i starosti, radili smo analizu i sa i bez kovarijata. Naši rezultati su pokazali da je kod aktuelno unipolarne depresivnih pacijenata depresivno strukturirana self-šema koja se tiče postignuća, kod bipolarnih pacijenata je pokazana visoko konsolidovana negativna šema, a paranoidne osobe su pokazale značajno manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu od kontrolne grupe. Na osnovu ostalih rezultata, drugi aspekti depresivne kognitivne organizacije – disfunkcionalna uvjerenje, depresivna pristrasnost prilikom procesiranja informacija i negativno viđenje sebe, vezani su za depresivne simptome i variraju zajedno sa njima. Kada je riječ o stabilnosti self-šeme, i kod unipolarne depresivnih i kod bipolarnih pacijenata se pokazala nestabilnom tj. kod pacijenata u remisiji je značajno manje depresivna u odnosu na šemu kod aktuelno depresivnih pacijenata. Jedino su se disfunkcionalnosti koje se tiču kontrole pokazale stabilnim kod unipolarne depresivnih pacijenata. Ipak, šema kod pacijenata u remisiji jeste više depresivna u odnosu na šemu kod kontrolne grupe. Generalno gledano, naši rezultati ukazuju da i bipolarni i paranoidni pacijenti imaju odlike depresivne šeme te se može zaključiti da ona nije karakteristična, odnosno specifična, samo za unipolarne depresivne pacijente. Organizacija self-šeme se nije pokazala stabilnom kod unipolarne i bipolarne depresivnih pacijenata ali je i dalje više depresivna u odnosu na kontrolnu grupu.

ABSTRACT

The aim of this research is to investigate the specificity and stability of depressive cognitive schemes. According to Beck's model of psychopathology (1967), self-schemata is a latent memory structure, and it is relatively stable over time and specific to different disorders. We want to verify if there are differences in self-schemata in actual unipolar depression and actual bipolar depression, and if this schemata is a stable structure, and a factor of vulnerability for depression. Also, we want to verify whether paranoid patients have latent depressive schemata. In his model, Bentall (Bentall et al., 2001) proposes that paranoid patients attribute personal causes to negative events, which is a defensive maneuver due to latent negative self-image. The sample consisted of 218 individuals, 66 from the general population and 152 individuals from the clinical population: 31 individuals with unipolar depression in the depressive episode, 28 individuals with bipolar depression in the depressive episode, 31 currently paranoid individuals, 33 individuals with unipolar depression in remission, and 29 individuals with bipolar depression in remission. To test the specificity of cognitive schemata, we compared three groups: currently depressive patients with unipolar, currently depressive patients with bipolar disorder, and currently paranoid patients. To explore the stability cognitive schemata, we compared two groups of patients in currently depressive episode with two groups of patients in remission. We investigated the schemata by studying its organization and content (which were considered factors of vulnerability for depression), and also on the basis of processes which were activated by active schemata, as well as through products of activated schemata (markers of active depressive schemata). As a measure of organizational aspects of schemata, we used the *The Psychological Distance Scaling Task* (PDST, Dobson & Dozois, 2001b). We assumed that all clinical groups would show more consolidated negative self-schemata; patients in actual episode would show and less consolidated positive self-schemata, compared with the general population. As a measure of organization of the schema, we also used *Breadth-Based Adjective Rating Task* (BART, Karpinski, Steinberg, Versek, & Alloy, 2007), where we calculated the score referring to the implicit self-image. We assumed that the clinical groups would show a preference of wider negative self-attributes, as well as narrower positive, which was the trend opposite to that in the general population. As a measure of the schemata content, we used the *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS 24; Power,

Katz, McGuffin, Duggan, Lam & Beck, 1994). We assumed that the clinical groups would demonstrate more dysfunctional beliefs than the general population. As a measure of cognitive processes, we used the *Scrambled Sentences Test* (SST, Wenzlaff, 1993). We assumed that all clinical groups would demonstrate negative processing of information in the situation with the cognitive load, while in the situation without cognitive load, this bias would demonstrate only currently depressive patients. As a measure of explicit self-esteem, which we treated as a product of self-schema, we used BART again (Karpinski et al., 2007), but this time we used the score which referred to the conscious self-image. We assumed that the currently depressive individuals, unipolar and bipolar, would show a more negative view of themselves, compared to paranoid people, patients in remission and the general population, while those groups would not differentiate among themselves. For data analysis we used Analysis of Covariance with Mixed Design (ANCOVA). To explore the effect of covariates (the level of depression and age) on the results, we performed analysis with and without covariates. Our results showed that active depressive self-schemata referred to the achievements in the currently depressive patients with unipolar depression, bipolar patients demonstrated highly consolidated negative self-schemata, while paranoid patients showed significantly lower consolidation of the positive self-schemata than general population. On the basis of other results, other aspects of depressive cognitive organization - dysfunctional beliefs, negative processing of information and the person's negative view of themselves are related to depressive symptoms and vary with them. Results for the stability of self-schemata in unipolar and bipolar depressive patients showed that depressive schemata were not stable, i.e. patients in remission showed less depressed schemata than currently depressive individuals. Only the dysfunctionality about control showed stable in patients with unipolar depression. However, the schemata in patients in remission showed more depressed than the schemata in control group. Overall, our results suggest that bipolar and paranoid patients have depressive characteristics of schemata which indicate that it is not typical, or specific, only for unipolar depressed patients. Organization of self-schemata has not proved stable in unipolar and bipolar depressive patients, but it is still more depressed than in control group.

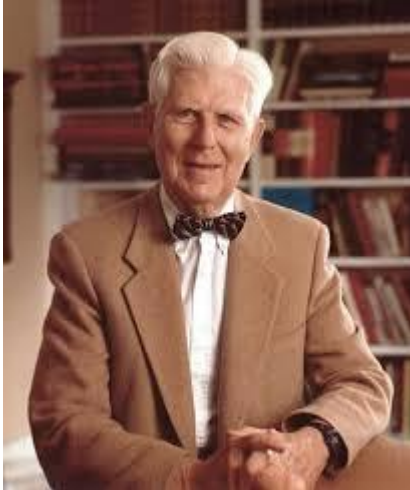
1. TEORIJSKI DIO

1. 1. Kognitivni modeli u psihopatologiji

Kognitivni modeli u psihopatologiji kreću od premise da maladaptivna uvjerenja i negativna procjena životnih okolnosti dovode do razvoja emocionalnih poremećaja (Miller, 2003). Radi se o dijateza-stres modelima jer se psihički poremećaj posmatra kao posledica interakcije kognitivne vulnerabilnosti (dijateze) i specifičnih životnih događaja (stresora). Dakle, emocionalno stanje i ponašanje je posledica toga kako osoba razmišlja i donosi zaključke o sebi, drugima i svijetu koji je okružuje. Zaključak o određenom životnom događaju (npr. neuspjehu u poslu) može biti racionalan (npr. Nije mi drago što nisam uspio/la u ovom poslu ali to ne znači da sam gubitnik.) i tada je praćen zdravim emocijama (npr. tuga) i funkcionalnim ponašanjem (npr. rad na poboljšanju vještina potrebnih za bolje izvođenje određenog posla). U tom slučaju je prisutna zdrava reakcija na negativan događaj. Sa druge strane, kod različitih poremećaja postoji sklonost ka iracionalnom tumačenju negativnih životnih događaja. Pa tako, ako imamo isti životnih događaj (neuspjeh u poslu), depresivna osoba će izvršiti procjenu pri čemu će staviti akcenat na neuspjeh i izvesti negativan zaključak o događaju i sebi (npr. To što nisam uspio/la u ovom poslu me čini potpunim gubitnikom.) što će rezultirati nezdravom emocijom (depresija) i disfunkcionalnim ponašanjem (npr. davanje otkaza, izolacija). Neko ko je sklon anksioznosti će isti događaj takođe protumačiti iracionalno, stavljajući akcenat na opasnost u budućnosti (npr. Nikada neću uspjeti u ovom poslu, biće sve gore i gore!) što će rezultirati nezdravom emocijom (anksioznost) i disfunkcionalnim ponašanjem (npr. izbjegavanjem ili povlačenjem iz posla, pojačanim pravljenjem grešaka i sl.)

Prvi i najpoznatiji kognitivni model jeste Beckov (Aaron Beck) model depresije, koji je poslužio kao osnova većine naknadno nastalih modela. Kao što se iz samog naziva modela može zaključiti, fokus je stavljen na objašnjenje nastanka, razvoja i održavanje depresije (Beck, 1967). Ovaj model je, uz neke izmjene, a više uz dopune do dan danas ostao vodeći kognitivni model pa će u narednom tekstu biti detaljno predstavljen. Ovaj model je i osnova ove teze.

1. 2. Beckov model depresije

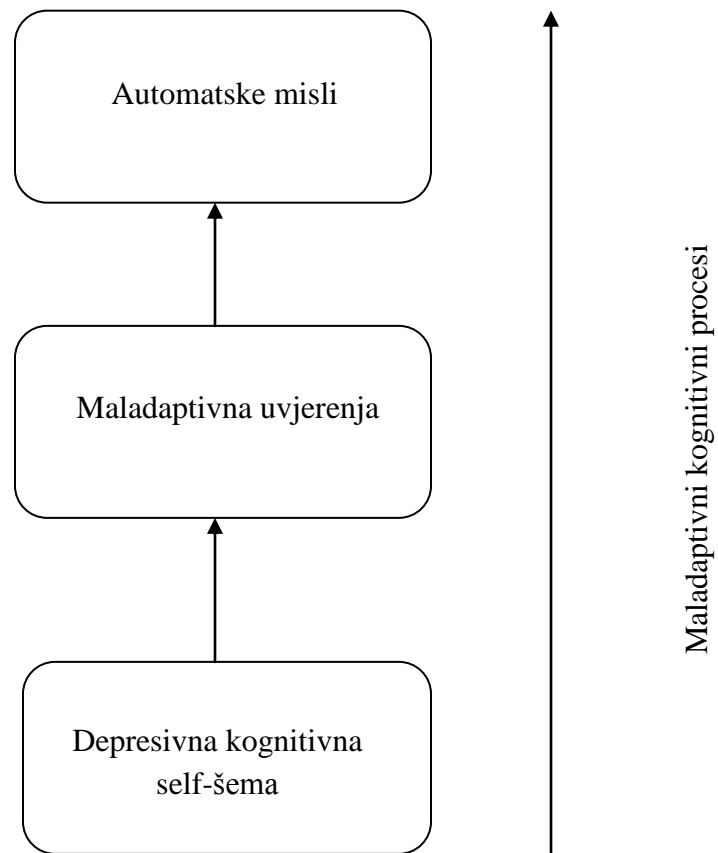


Slika 1. Aaron Beck

Aaron Beck (1967) je ponudio svoj model depresije, gdje se naročito ističe važnost *depresivne kognitivne šeme*. Ova šema sadrži teme koje se tiču neuspjeha, neadekvatnosti, gubitka i bezvrijednosti i osoba ih prihvata kao a priori istine što značajno povećava šanse za javljanje nezdravih emocija i disfunkcionalnog ponašanja (Gladstone & Parker, 2001). Osim depresivne šeme, koja predstavlja osnovni i najvažniji kognitivni konstrukt, u okviru modela se govori o još dva nivoa depresogenih kognicija, koji su u funkciji depresivne šeme: *maladaptivnim uvjerenjima*, kao i *automatskim mislima*. Važna postavka Beckovog modela depresije (Beck, 1967) jeste da

depresivna kognitivna šema utiče na sadržaj misli koje osoba ima preko kognitivnih procesa, poput pažnje, zaključivanja, donošenja odluka i memorije (Traill & Gotlib, 2006). Kod depresije, šema aktivira *maladaptivne kognitivne procese*. Upravo predstavljeni konstrukti iz Beckovog modela depresije (Beck, 1967) će detaljno biti predstavljeni u narednom tekstu (Slika 2).

Slika 2. Ilustracija Beckovog modela depresije (Beck, 1967)



1. 3. Kognitivna (self) šema

Kognitivna šema je centralni pojam Beckovog modela depresije (Beck, 1967). Definiše se kao kognitivna struktura u kojoj su reprezentovana individuina prethodna iskustva, koja organizuju i usmjeravaju misli, uvjerenja i procesiranje informacija (Ingram, Miranda, & Segal, 2006). U šemi su skladištena glavna svojstva stimulusa, ideja ili iskustva, koja se dalje koriste za smisleno organizovanje novih informacija, određujući na taj način kako su fenomeni opaženi i konceptualizovani (Beck, 1964, 1967; Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997). Šema je, samim tim, centralna u selekciji, dekodiranju, organizaciji, skladištenju i pobuđivanju informacija u kognitivnom aparatu. Takođe, šema je zadužena i za uvođenje novih informacija u kognitivni sistem (Williams et al., 1997). Kognitivna šema se razvija u ranom djetinjstvu kao odgovor na iskustvo i aktivira se kasnije u životu prilikom djelovanja važnih životnih događaja (Beck, 1967).

Jedan dio kognitivne šeme predstavlja trajan skup memorija koje se odnose na iskustva i generalizacije o samom sebi. Nazivamo ga kognitivnom self-šemom. Struktura i sadržaj self-šeme rukovode trenutnom obradom informacija koje su lično relevantne, pri čemu su kognitivni procesi rukovođeni šemom često iskrivljeni u skladu sa šemom, te se na taj način ona održava (Markus, 1977).

Psihičke poremećaje karakteriše disfunkcionalna kognitivna šema, za koju je karakteristično da iskrivljuje informacije o svijetu i sebi u većoj mjeri i na bolan i štetan način. Za različite poremećaje šema je specifična, pa je tako npr. kod depresije prisutna negativna kognitivna šema (informacije se interpretiraju na negativno pristrasan način), dok je kod anksioznih poremećaja prisutna šema opasnosti (informacije se interpretiraju kao prijeteće) (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Clark & Steer, 1996). Dakle, šema je ta koja utiče kako će osoba interpretirati i doživjeti stresni događaj (Seeds & Dozois, 2010). Vulnerabilne osobe (konkretno, osobe s depresivnom self-šemom) će iskustvo i disfunkcionalna procjena određenih stresora uvesti u depresiju (Ingram & Luxton, 2005). S druge strane, osobe koje nisu vulnerabilne će povodom istog stresnog događaja imati negativne misli koje će ih uvesti u određen nivo negativnog raspoloženja ali neće doći do razvoja depresije (Ingram et al., 1998). U ovom radu će fokus biti stavljen na depresivnu self-šemu.

Šema može biti relativno *jednostavna* i reprezentovati jedan koncept, npr. čašu, a može biti i značajno *složenija* i obuhvatati npr. nečije poimanje toga koliko ga/je drugi ljudi prihvataju. Šema takođe može varirati u odnosu na *fleksibilnost/rigidnost*, *propustljivost/nepropustljivost*, *konkretnost/apstraktnost*, *valencu i širinu* (Beck, 1967; Beck, Freeman, & Davis, 1990). *Rigidnu* (istrajnu u specifičnim apsolutističkim zahtjevima) i *nepropustljivu* (ne uzimaju se u obzir nesaglasne informacije) šemu je teško modifikovati jer ostaje nepromijenjena i pored ponavljanja informacija koje nisu u saglasnosti s njom. Ipak, da li je rigidna i nepropustljiva šema adaptivna ili ne zavisi od toga šta reprezentuje. Reprezentacija određenih predmeta, npr. stola, je prilično *konkretna* i mahom rigidna ali vrlo adaptibilna jer uz pomoć nje se osoba bolje snalazi u okruženju (Clark, Beck, & Alford, 1999). Mnogo veći stepen *apstrakcije* je potreban kada govorimo o reprezentaciji selfa. Kod depresije, npr. self-reprezentacija je prilično rigidna, apsolutistička i nepropustljiva (Clark et al., 1999). Kod depresivnih osoba su prisutna negativna uvjerenja o sebi, koja su čvrsto povezana, kompleksna i neosjetljiva na priliv novih informacija, koja su po sadržaju suprotna postojećim, što nije slučaj kod nedeprisivnih osoba.

Šema se može predstaviti preko svoje strukture (*organizacije*) – načina na koji su informacije organizovane, kao i preko propozicionalnih elemenata (*sadržaja*) – uvjerenja, sadržaja, informacija koje se skladište u sistemu (Dozois & Beck, 2008).

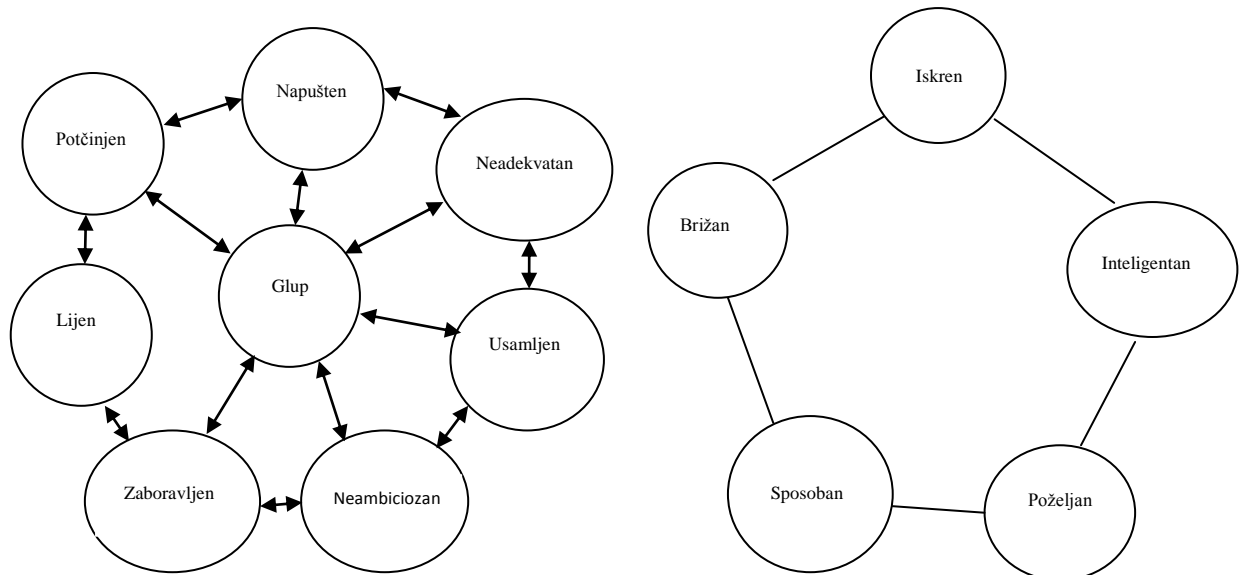
1. 3. 1. Struktura (organizacija) kognitivne (self) šeme

Većina istraživanja koja su se bavila proučavanjem (self) šeme, ispitivala su njena funkcionalna svojstva, dok se veoma mali broj usredsrijedio na ispitivanje same organizacije kognitivnih elemenata, njihovu hijerarhijsku strukturu, način aktiviranja i deaktiviranja. Tek u poslednjim decenijama imamo talas istraživanja koja se bave izučavanjem strukturalnih karakteristika šeme (Dozois & Dobson, 2001a, 2001b; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010). Dakle, predmet ovih studija se ticao davanja odgovora na pitanje kako su informacije unutar kognitivne šeme organizovane. Struktura kognitivne (self) šeme se definiše kao „arhitektura sistema“ i

obuhvata kognitivne konstrukte poput različitih memorijskih sistema, neuralnih i asocijativnih mreža (Seeds & Dozois, 2010).

Po Beckovom modelu (Beck, 1967), šeme se međusobno razlikuju po *stepenu povezanosti* elemenata koji čine šemu. Autori (Dozois & Dobson, 2001a, 2001b; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010) su ustanovili da se self-relevantne informacije efikasnije obrađuju nego one manje relevantne, iz čega su pretpostavili da je brže obrađivanje posledica njihove bolje organizacije tj. bolje međusobne povezanosti. Što je šema konsolidovanija, lakše se aktivira i brže se vrši uticaj na emocije (Bower, 1981) i procesiranje informacija (Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999). Zato su Dozois i Dobson u svojim istraživanjima i krenuli od pretpostavke da kod osoba sa depresivnom kognitivnom šemom postoji značajno veća povezanost negativnih sadržaja nego u kontrolnoj grupi tj. manja distanca između negativnih atributa; da su veze jake, što rezultira i brzom aktivacijom ove šeme. Sa druge strane, pretpostavili su da je povezanost pozitivnih sadržaja značajno manja nego u kontrolnoj grupi; da su veze slabije, distance između atributa veće što rezultira slabom aktivacijom ove šeme (Slika 3).

Slika 3. *Ilustracija negativne i pozitivne self-šeme kod depresije*



Aktiviranje šeme (usled prisutnosti negativnih životnih događaja i drugih stimulusa) se smatra posledicom čvrsto povezanih elemenata od kojih se sastoji šema pa tako aktivacija jednog elementa pokreće aktiviranje svih drugih (Segal, 1988). To nas dovodi do druge važne strukturalne karakteristike šeme a to je *stepen složenosti* tj. broj ideja (elemenata) koji je čine. Ukoliko se šema sastoji od većeg broja povezanih ideja ili elemenata, imaće i veći uticaj na obradu informacija iz prostog razloga što šema može biti aktivirana preko šireg spektra stimulusa (Clark et al., 1999). Npr., uvjerenje „Nesposoban/na sam.“ će imati značajno veći uticaj na osobino viđenje sebe od uvjerenja „Ne znam dobro da kuvam.“ Šema „nesposoban/na sam“ je značajno složenija jer ima mnogo više elemenata i može da uključuje uvjerenja poput: ne mogu da nađem posao, ne znam da šijem, nemam partnera/ku, loše držim prezentaciju... Veći broj stimulusa iz okruženja će prije i aktivirati ovu šemu jer se sastoji od većeg broja elemenata. Specifičnija šema „loše kuvam“ sadrži uvjerenja povezana samo s kuvanjem pa će samim tim biti mnogo manje okidača u okruženju za njeno aktiviranje. Shodno tome, da se očekivati da će depresivne osobe i osobe vulnerabilne na depresiju imati negativna uvjerenja o sebi koja su značajno čvršće povezana i kompleksnija (sastoje se od mnogo većeg broja elemenata) nego negativna uvjerenja o sebi kod nedeprisivnih osoba. Obrnut slučaj je sa pozitivnim uvjerenjima, za koja se očekuje da su značajno manje povezana i jednostavnija (sastoje se od manjeg broja elemenata) nego pozitivna uvjerenja o sebi kod nedeprisivnih osoba (Clark et al., 1999).

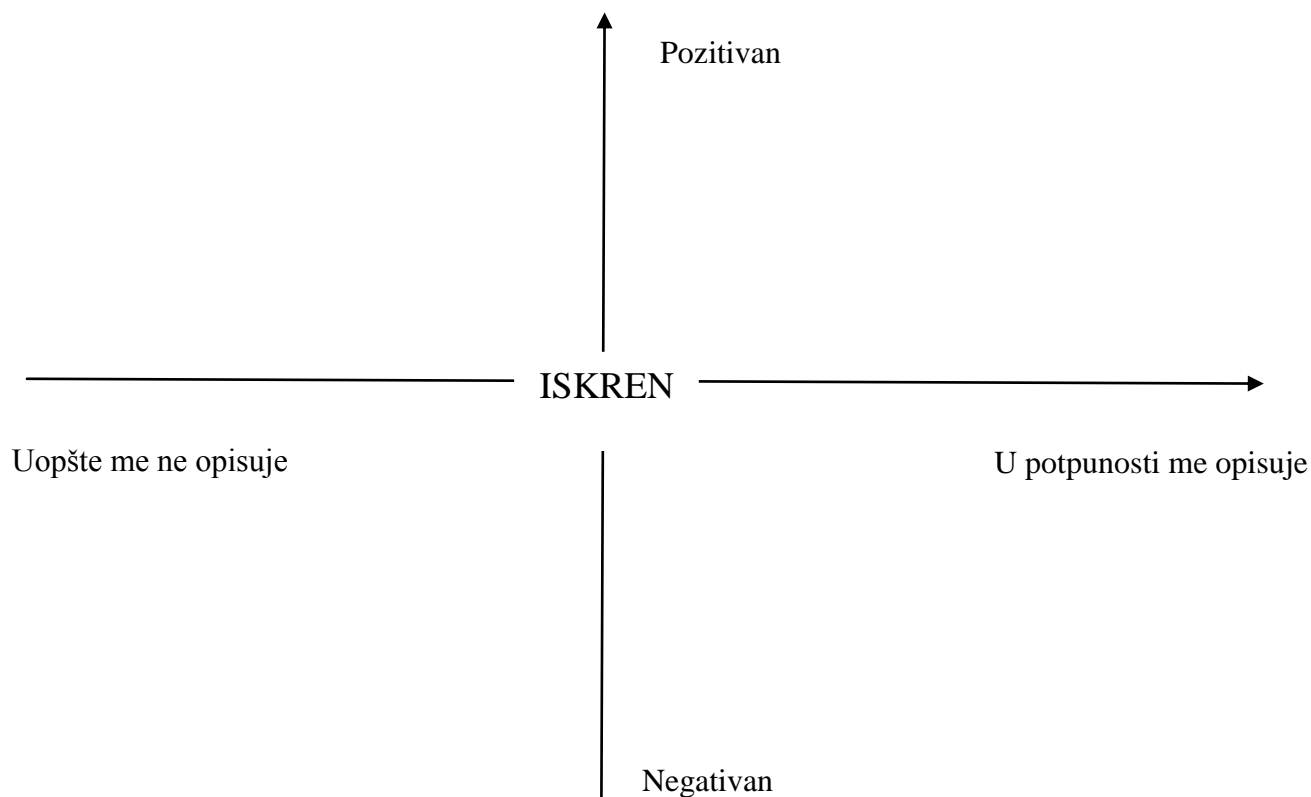
1. 3. 1. 1. Metodi i nalazi ispitivanja strukture depresivne kognitivne self šeme

1. 3. 1. 1. 1. Mjerenje interstimulusne distance

Da bi direktno provjerili kakva je zaista organizacija self-šeme, autori (Dozois & Dobson, 2001a) su pristupili inovativnoj metodi zasnovanoj na multidimenzionalnom skaliranju – mjerili su interstimulusnu distancu između samoopisnih atributa. U multidimenzionalnom skaliranju,

psihološki fenomen koji se ispituje se predstavlja u geometrijskom prostoru a individualni stimulusi se predstavljaju preko koordinantnih tačaka u tom prostoru (Ghiselli, Campbell, & Zedeck, 1981). Što su stimulusi sličniji, tačke su bliže jedna drugoj. Iako su već dosta vremena prisutna istraživanja koja koriste multidimenzionalno skaliranje pri ispitivanju strukture emocija (Boyle & Katz, 1991), strukture socijalnih uvjerenja (Walsh & Charalambides, 1990), polnih predrasuda (Eckes, 1994), strukturalnih komponenti samoće (Sayers & Baucom, 1995), tek zadnjih desetak godina je prisutno ispitivanje self-reprezentacije kod depresije na ovaj način. Postoji puno dimenzija koje osoba može da organizuje u svom psihološkom prostoru, ali u oblasti depresije dvije dimenzije se čine primarnim: valenca (npr. „Koliko je pozitivan odnosno negativan ovaj pridjev za Vas?“) i self-relevantnost (npr. „Koliko Vas predočeni atribut opisuje?“) (Glass & Arnkoff, 1997). Samim tim, bio je potreban dvodimenzionalan prostor u kom svaki stimulus može biti predstavljen, čime bi se mogla izračunati interstimulusna razlika između stimulusa. Dozois i Dobson (2001a) su kreirali takav instrument (Slika 4).

Slika 4. *Prostor u kojem se lociraju self-atributi u Zadatku psihološkog sklairanja distanci*
(Dozois & Dobson, 2001)



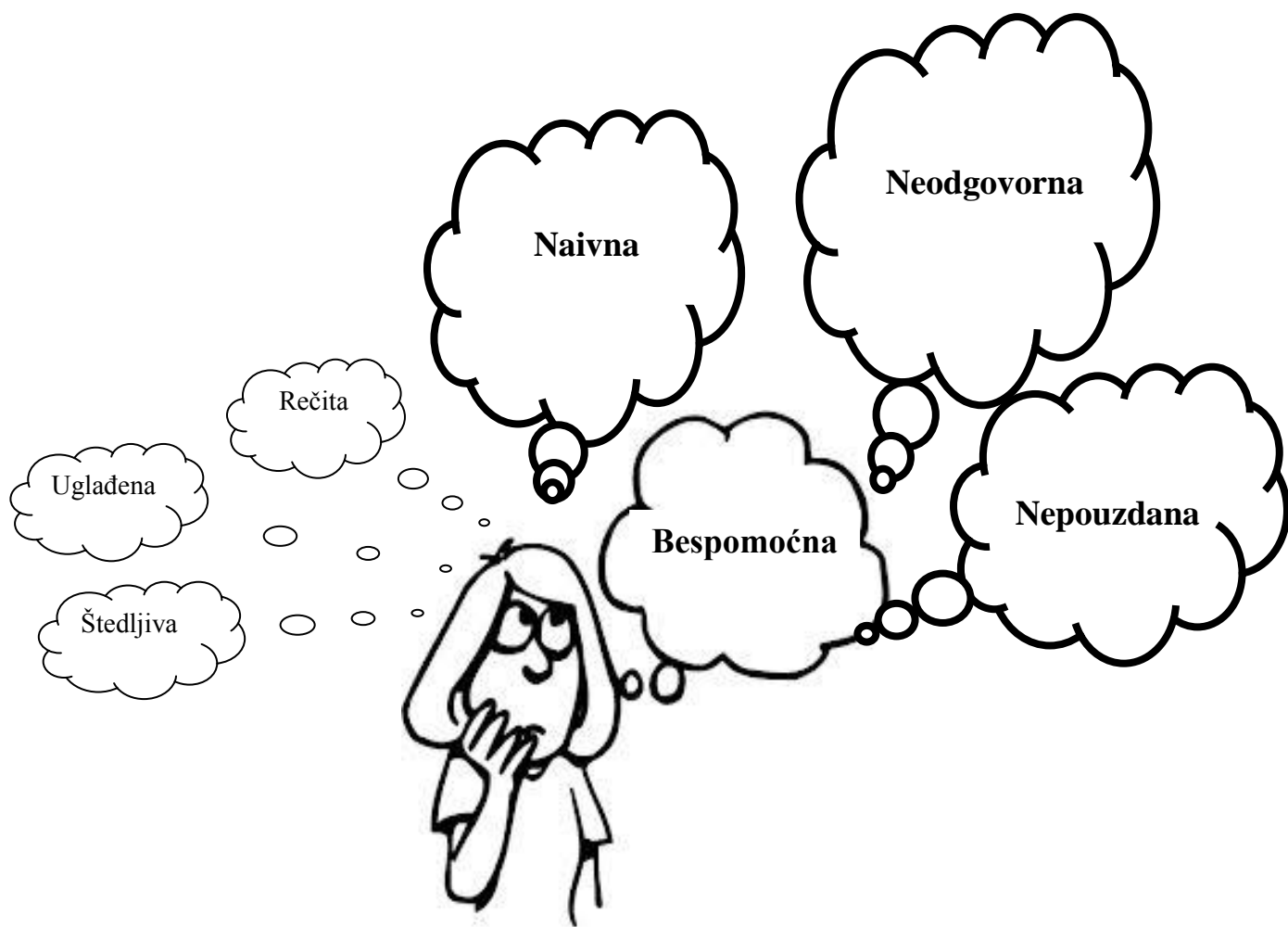
Ispitanicima se zadaju pridjevi a oni treba da procijene koliko ih svaki od tih atributa opisuje, kao i da odrede valencu pridjeva. Autori su pokazali da se pomoću ovog instrumenta može uspješno demonstrirati razlika u organizaciji self-šeme kod depresivnih i anksioznih pacijenata (Dozois & Dobson, 2001b; Dozois & Frewen, 2006), razlika u organizaciji sadržaja self-šeme kod nedisforičnih, srednje disforičnih i izrazito disforičnih individua (Dozois, 2002), stabilnost u organizaciji self-šeme tokom epizode i u remisiji kod depresivnih osoba (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois, 2007), ukazati na obrasce u organizaciji self-šeme koji su u vezi s recidivom kod depresije (Dozois & Dobson, 2003). Takođe, u skladu s pretpostavkama, pokazano je da kod osoba sa depresivnom kognitivnom šemom postoji značajno veća povezanost negativnih self-relevantnih informacija a manja povezanost pozitivnih self-relevantnih informacija nego kod kontrolne grupe. Ipak, utvrđeno je da se organizacija pozitivnih informacija mijenja sa nestankom depresivnih simptoma (interstimulusna distanca biva manja), dok organizacija negativnih ostaje stabilna u toku vremena, dakle, i u remisiji (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois, 2007). Samim tim, autori smatraju da se organizacija negativnih self-relevantnih informacija može smatrati faktorom vulnerabilnosti za depresiju (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois & Frewen, 2006). Međutim, u jednoj studiji (Dozois et al., 2009) je pokazano da zajedničkom primjenom medikamenata i kognitivno bihejvioralne terapije nastaju promjene i u strukturi negativne self-šeme, što nije slučaj u situaciji kada se samo medikamenti primjenjuju. Osobe koje su išle na KBT i pile lijekove su pokazale značajno veću kognitivnu konsolidovanost pozitivnih informacija, a slabiju negativnih informacija, u odnosu na one koji su tretirani samo uz pomoć medikamenata. Ovo je ujedno i prvi dokaz da se struktura self-šeme može modifikovati primjenom KBT-a i medikamenata.

1. 3. 1. 1. 2. Mjerenje širine samoopisnih pridjeva

Rezultati nekih istraživanja koja potiču iz socijalne psihologije, takođe se mogu dovesti u vezu sa strukturalnim aspektima šeme. U istraživanju Karpinskog i sar. (Karpinski, Steinberg, Versek, & Alloy, 2007) podržana je pretpostavka da osobe s visokim samopoštovanjem opisuju sebe koristeći u većoj mjeri pozitivne karakteristike koje su široke i apstraktne, nego one koje su uske

po obimu ponašanja na koje se odnose, i tako vjeruju da se njihove dobre osobine mogu generalizovati na veliki broj ponašanja. Slično tome, ove osobe koriste u većoj mjeri uske i konkretne negativne karakteristike pri opisu sebe nego široke negativne, te na taj način smatraju da su njihove negativne osobine specifične za mali broj ponašanja. Npr. osoba s visokim samopoštovanjem može za sebe reći da je samouvjerena (upotrijebiće širi pozitivni pridjev pri samoopisu) i da je sklona raspravljanju (upotrijebiće užu negativni atribut). Smatra se da je ova pristrasnost u korišćenju apstraktnih atributa u službi održavanja samopoštovanja (Tesser, 2000). Suprotno, osobe sa niskim samopoštovanjem, pa tako i one sa depresivnom kognitivnom šemom, će pri opisu sebe koristiti široke negativne atribute, dok će prilikom fokusiranja na svoje pozitivne osobine birati vrlo specifične i uske atribute. Npr. osoba s niskim samopoštovanjem će za sebe reći da je agresivna (upotrijebiće širi negativni atribut pri samoopisu) i da je učtiva (upotrijebiće užu pozitivni atribut) (Slika 5).

Slika 5. Ilustracija širine samoopisnih atributa kod depresije



Za potrebe istraživanja koja se bave ovom tematikom konstruisan je upitnik BART (Karpinski et al., 2007), koji se sastoji od 144 pridjeva. Atributi variraju u zavisnosti od širine (uži/širi) i valence (pozitivni/negativni). Od ispitanika se traži da na devetostepenoj skali utvrde koliko ih svaki pridjev opisuje. Atributi su odabrani na osnovu normirane valence i širine pridjeva. Naime, Hampson, John i Goldberg (1987) su sproveli pilot istraživanje u kojem su od 45 osoba tražili da procijene 573 atributa po širini (širi atributi se odnose na širok opseg ponašanja, a uži na uzak

opseg ponašanja) i po valenci (veća valenca označava socijalno poželjnije ponašanje). Učesnici istraživanja su širinu atributa procjenjivali na sedmostepenoj skali (od 1 – ekstremno specifična osobina, odnosi se na par specifičnih ponašanja do 7 – ekstremno široka osobina, odnosi se na najrelevantnija ponašanja) dok su valencu atributa procjenjivali na devetostepenoj skali (od 1 – ekstremno nepoželjna osobina, preko 5 – neutralna osobina, do 9 – ekstremno poželjna osobina). Karpinski i sar. (2007) su izdvojili 144 atributa od spomenutih 573 atributa, i to tako da se valenca pozitivnih širih atributa ne razlikuje od valence pozitivnih užih, kao što se ni valenca širih negativnih ne razlikuje od valence užih negativnih atributa. Takođe, vođeno je računa da nema razlika u širini između pozitivnih i negativnih atributa.

Svaki atribut je svrstan u jednu od četiri kategorije: uži pozitivni, uži negativni, širi pozitivni i širi negativni atributi. U svakoj kategoriji je isti broj atributa. Ovim upitnikom se mogu dobiti dva skora. Jedan se tiče manje svjesne slike o sebi i dobija se oduzimanjem sume užih pozitivnih i širih negativnih od sume širih pozitivnih i užih negativnih. Što je veći skor, to je veća preferencija širih pozitivnih i užih negativnih atributa u samoopisu pa je tako veći i nivo samopoštovanja. Radi lakšeg razlikovanja, u kasnijem tekstu ćemo ovaj skor nazivati implicitnim samopoštovanjem. Naime, osoba prilikom ispunjavanja upitnika nema svijest o širini samoopisnih atributa pa samim tim je ovaj skor manje podložan socijalno poželjnim odgovorima i odnosi se na manje svjesnu sliku o sebi. Drugi skor je ukupan skor valence atributa (srednja vrijednost na negativnim atributima se oduzme od srednje vrijednosti na pozitivnim). Ovaj skor ćemo u kasnijem tekstu i analizama nazivati eksplicitno samopoštovanje. Naime, ovdje se radi o svjesnoj slici o sebi. Osoba može mnogo lakše nego što je to slučaj s prvim skorom da procijeni koji odgovor je više ili manje socijalno poželjan. BART je kreiran u cilju pristupanja globalnoj, stabilnoj slici o sebi. Upitnik je koncipiran tako da obuhvata prilično stabilne pridjeve. Samim tim, pretpostavka je da se preko BART-a dobija stabilno samopoštovanje a ne trenutno.

Studije gdje je ispitivana preferencija samoopisnih atributa prema širini i valenci (Dunning, Meyerowitz, & Holzberg, 1989; Karpinski et al., 2007) su potvrdile da osobe iz opšte populacije mnogo češće biraju attribute iz grupe pozitivnih atributa, u odnosu na attribute koji su u grupi negativnih atributa. Time je u drugoj navedenoj studiji (Karpinski et al., 2007), gdje je korišćen upitnik BART, zapravo potvrđena i validnost ovog testa jer je poznato da je kod opšte populacije prisutan trend većeg biranja pozitivnih atributa u odnosu na negativne. Ove studije su dalje

pokazale da opšta populacija češće bira šire pozitivne attribute kao samoopisne u odnosu na uže pozitivne pridjeve, dok kada je riječ o negativnim atributima, tu je prisutna preferencija užih pridjeva naspram širih. Kod depresivnih osoba nije postojala značajna razlika između odabira širih, odnosno užih, pozitivnih pridjeva a distinkcija nije nađena ni kad je riječ o negativnim pridjevima (Karpinski et al., 2007). Ovaj nalaz je suprotan od očekivanog. Smatralo se da će depresivni pokazati sklonost ka odabiru užih pozitivnih a širih negativnih pridjeva pri opisu sebe. Objašnjenje ovakvog nalaza Karpinski i sar. (2007) su potražili u činjenici da je u navedenoj studiji bilo riječ o opštoj populaciji sa nešto višim nivoom depresivnosti u odnosu na ostale ispitanike, ali koji ne zadovoljavaju kriterijum za dijagnozu depresije.

1. 3. 2. Sadržaj kognitivne (self) šeme

Šema sadrži uvjerenja koja su apstrahovana na osnovu informacija i iskustva pa samim tim ova uvjerenja dalje utiču na to kako će osoba interpretirati životno iskustvo. Sadržaj šeme, dakle, mogu činiti stavovi i ideje o sebi i o svijetu koji nas okružuje. Sadržaj je ključan da bi odredio tip i intenzitet emocionalnog reagovanja. Stoga je u kognitivnoj teoriji stavljen fokus na ispitivanje sadržaja šeme kako bi se izveli zaključci o normalnom, a naročito o abnormalnom, emocionalnom iskustvu (Beck, 1971).

Beck (1967) se u svom kognitivnom modelu depresije fokusirao na maladaptivna uvjerenja o sebi, svijetu i budućnosti koja povećavaju vulnerabilnost za depresiju. Kognitivna trijada (negativno viđenje sebe, svijeta i budućnosti) je karakteristična za sadržaj kognitivne šeme kod depresije i očigledna je u aktiviranom sadržaju šeme kod depresivnih osoba. Kognitivna teorija zagovara stav da su kod depresije naročito aktivirana disfunkcionalana uvjerenja koja se tiču sebe. Dakle, depresiju karakteriše negativna self-šema.

Prema Clarku i sar. (1999) možemo razlikovati tri nivoa opštosti sadržaja kognitivne (self) šeme:

1) najspecifičnijim nivom se smatraju *jednostavne šeme* - odnose se na pojedinačne objekte ili vrlo specifične ideje povodom fizičkog i socijalnog svijeta (Clark et al., 1999). Primjeri su šeme

koje se odnose na predmete koje upotrebljavamo svakodnevno: patike, vaza, telefon i sl. Mnoga naša opšta vjerovanja tj. ona koja dijelimo s većinom drugih ljudi povodom sebe i svijeta oko sebe bi činila sadržaj jednostavnih šema. Ove šeme igraju vrlo malu i ograničenu ulogu pri javljanju poremećaja zbog vrlo male povezanosti sa ličnim vrijednostima i ciljevima.

2) sledeći nivo koji autori ističu jeste *središnji nivo – međunivo*. Uvjerenja koja pripadaju ovom nivou imaju formu pravila koje ljudi koriste da bi evaluirali sebe, druge i iskustvo (Beck et al., 1985). Ova uvjerenja su manje konkretna, više lična i odnose se na mnogo širi aspekt iskustva nego kad je riječ o uvjerenjima koja čine jednostavne šeme. Beck (1967) je u svojoj teoriji govorio o ovoj vrsti uvjerenja i ona (maladaptivna uvjerenja) su predstavljena u ilustraciji Beckovog modela koju smo prikazali u prethodnom tekstu (Slika 2).

Vrlo važna klasa uvjerenja, koju autori svrstavaju u ovaj nivo, jesu uslovna pravila karakteristična za depresiju, a koja imaju formu „Ako...onda“ rečenica (Beck, 1967; Beck et al., 1990). Osoba vjeruje da njena vrijednost i sreća zavise od toga koliko uspijeva da zadovolji kriterijume koje je sama sebi postavila. Npr. osoba vjeruje da samo ukoliko je prihvaćena od strane drugih vrijedi kao osoba („Ako nisam prihvaćen/a od strane drugih ljudi, onda ja ne vrijedim.“). Sve dok individua vjeruje da zadovoljava sopstvene kriterijume samovrednovanja, ona neće iskusiti depresiju. Naime, uvjerenje „Ako nisam prihvaćena od strane drugih ljudi, onda ja ne vrijedim.“ iako je samo po sebi vrlo disfunkcionalno, neće rezultirati depresijom sve dok se osoba osjeća prihvaćeno od strane drugih. Tek u situaciji kada zahtjev koji pojedinac ima nije ispunjen (npr. naiđe na negativnu reakciju od strane drugih), kao posledica se najčešće javlja depresivna epizoda. Još neki primjeri ovog tipa rečenica, zajedničkih za depresivne osobe, su: „Ako me odbije osoba koja se meni dopada, ja sam niko i ništa.“, „Ako nisam uspješan/a, život gubi smisao.“, „Ako me neko kritikuje, to zasigurno znači da sam ja neadekvatna osoba.“ (Clark et al., 1999).

Još dva tipa uvjerenja koja autori smatraju karakterističnim za ovaj nivo jesu imperativna i kompenzatorna uvjerenja. Imperativna uvjerenja sadrže u sebi „mora“ ili „treba“ (Beck, 1976; Ellis, 1962; Horney, 1945). Npr. „Sve što radim, mora biti savršeno!“ ili „Moram se svima dopasti!“. Ellis (1962, 1977) je govorio o važnosti ovih uvjerenja pri javljanju emocionalnih

poremećaja, pogotovo depresije. Ona su čvrsto povezana sa individuinalnim ličnim ciljevima i vrijednostima koja motivišu osobu da odgovori i adaptira se.

Beck (1996) je govorio o još jednom tipu uvjerenja, karakterističnim za ovaj nivo – kompensatorim uvjerenjima. Ova uvjerenja se odnose na različite strategije koje osoba koristi kao odgovor na svoja sržna uvjerenja, kao i na ostala uvjerenja međunivoa. Kompensatorna uvjerenja su automatska i maladaptivna i ne zahtijevaju svjesne napore da bi se aktivirala. Često su aktivna kod psihopatoloških stanja. Ukoliko imamo kod osobe razvijeno sržno uvjerenje: „Ja sam neuspješna osoba.“, ona može razviti i uslovno pravilo: „Ukoliko dobijam kritike od strane drugih, to znači da sam neuspješna osoba!“, a s tim u vezi i kompensatorno uvjerenje: „Ukoliko nikada ne budem griješio/la, drugi me neće kritikovati.“ Prema Becku (Beck, 1995), kondicionalna pravila, imperativne rečenice i kompensatorna uvjerenja se pobuđuju usled veze sa sržnim uvjerenjima i naše interakcije sa svijetom. Usled velike povezanosti ovih uvjerenja sa ličnim vrijednostima i ciljevima, izuzetno su prisutna kod depresije pa se tretman zasniva na promjeni ovih uvjerenja.

3) Kao najširi nivo opštosti, autori navode *sržna uvjerenja* - apsolutističke rečenice koje se najčešće odnose na individuinalnu procjenu sebe pa samim tim predstavljaju važan segment self-šeme. Za depresiju su karakteristična sržna uvjerenja, poput: „Bezuspješna sam.“, „Ništa ne vrijedim.“, „Nemoguće me je voljeti.“ (Beck, 1987). Prema Becku, sržna uvjerenja se mogu podijeliti na dva skupa rečenica: uvjerenja sa značenjem „Bespomoćna sam.“ i uvjerenja sa značenjem „Nemoguće me je voljeti.“ Ova uvjerenja se odnose na preživljavanje (bespomoćnost) i afektivnu vezanost (voljenje) koji predstavljaju osnovne aspekte čovjekove adaptacije. Usled opštosti koju ova uvjerenja imaju, možemo reći za sržna uvjerenja da su više globalna, generalizovana i apsolutistička u odnosu na uvjerenja karakteristična za međunivo (Beck, 1995). Takođe sadrže pozitivne/negativne polaritete, dakle, riječ je o bipolarnim, dualističkim uvjerenjima. Npr. na jednom kraju kontinuuma je bespomoćnost (osoba sebe opisuje terminima: pasivna, slaba, neadekvatna, inferiorna, glupa, nemoćna, trapava) dok je na drugom kraju efektivnost (osoba sebe opisuje atributima: asertivna, jaka, slobodna, zaštićena, pametna, moćna...). Isto tako, na jednom kraju kontinuuma su uvjerenja koja se tiču nevoljenosti, odbacivanja (osoba sebe opisuje kao nepoželjnu, neprivačnu, usamljenu, lošu, prljavu) dok su na drugom kraju uvjerenja koja se tiču ljubavi i prihvatanja (osoba sebe doživljava kao voljenu, prihvaćenu,

atraktivnu, dobru...). Pozitivna uvjerenja se aktiviraju kada osoba ima potvrdu spolja o svojoj efikasnosti i prihvatanju od strane drugih. Pod normalnim okolnostima, pozitivni koncepti mogu neutralizovati negativni self-koncept. Međutim, pod dejstvom stresa ili loših životnih događaja, negativni pol sržnih uvjerenja se aktivira (Beck, 1995). Aktiviranje negativnog pola je naročito prisutno kod osoba vulnerabilnih za depresiju. Kada se se kod njih aktiviraju negativna sržna uvjerenja koja se tiču bespomoćnosti i nevoljenosti, ova uvjerenja dalje utiču na osobino ponašanje, reakcije i njenu osjetljivost. Ova uvjerenja, dakle, čine sam sadržaj depresivne self-šeme.

Po Becku (Beck, 1987) sržna uvjerenja se formiraju u ranom djetinjstvu pri interakciji djeteta s važnim osobama, poput roditelja, sibringa, nastavnika i prijatelja. Iako se sržna uvjerenja ispoljavaju preko uvjerenja na međunivou, osobe su rijetko svjesne i njih i njihovog uticaja. Ipak, individue s negativnim sržnim uvjerenjima pokazuju tendenciju ka preživljavanju snažnih negativnih emocija, poput disforije, dok osobe s pozitivnim sržnim uvjerenjima su sklone euforiji i radosti. S obzirom na krucijalnu važnost negativnih sržnih uvjerenja za patogenezu depresije, važan cilj kognitivne terapije je osvješćivanje osobe koja od ovih uvjerenja su kod nje prisutna.

1. 3. 2. 1. Sociotropna i autonomna ličnost

Prema kognitivnoj teoriji depresije (Beck, 1983), na osnovu glavnog sadržaja depresivne kognitivne (self) šeme, moguće je govoriti o dva tipa ličnosti koja su podložna depresiji: sociotropnom i autonomnom. Ovim tipovima ličnosti odgovaraju i dva različita klastera događaja koji mogu biti okidači depresivnoj epizodi.

Sociotropna ličnost je usmjerena ka socijalnim vezama pa je samovrednovanje zasnovano na procjeni osobe koliko količinu ljubavi prima i koliko je drugi prihvataju. Autonomna ličnost je, s druge strane, orjentisana ka nezavisnosti i samovrednovanje se bazira na produktivnosti, dostignuću i kontroli.

Kod sociotropnih ličnosti, šema se sastoji od self-evaluacija koje se tiču odnosa s drugim osobama. Najčešća depresivna uvjerenja kod njih su: „Drugi me ne vole.“, „Nisam poželjan/a.“, „Drugi me sažaljevaju.“, „Nemoguće me je voljeti.“ Ove osobe se plaše napuštanja i odbijanja od strane važnih drugih.

Sadržaj šeme kod autonomnih ličnosti se zasniva na samo-evaluaciji u vezi sa situacijama gdje se manifestuje njihova kontrola, produktivnost i dostignuće. Primjeri depresivnih uvjerenja kod ovih osoba su: „Nisam uspio/la.“, „Ne kontrolišem situaciju.“, „Bespomoćan/a sam.“. Shodno navedenom, autonomne ličnosti se plaše gubitka sopstvene kontrole ili zavisnosti od strane drugih.

Oba tipa ličnosti su sklona određenim bihevioralnim strategijama. Sociotropna osoba ima tendenciju ka stalnom traženju potvrde, pomoći i zahvalnosti od strane drugih, dok izbjegava sve riskantne i nesigurne situacije, kao i bilo koji vid izolacije. Sa druge strane, autonomna osoba će koristiti strategije koje uključuju usmjerenost ka zadatku, cilju, rešavanju problema i samim tim će izbjegavati traženje pomoći, oslanjanje na druge, kao i sve akcije koje narušavaju slobodu izbora (Beck, 1983).

Ličnost određuje nečiju osjetljivost i sposobnost da se suoči s određenim stresorima iz okruženja. Sociotropne osobe su osjetljive na narušavanje socijalnih resursa i zato imaju veći rizik za depresivnu epizodu nakon događaja opaženog kao gubitak socijalne prihvaćenosti ili vezanosti. Autonomne osobe su osjetljivije na okolnosti gdje postoje ometajući faktori za postizanje ciljeva i zato su osjetljivije na depresiju nakon događaja koji vide kao gubitak nezavisnosti, kontrole ili postignuća (Clark et al., 1999).

1. 3. 2. 2. Metodi i nalazi ispitivanja sadržaja kognitivne (self) šeme

Često korišćen instrument za ispitivanje sadržaja depresivne self-šeme jeste Skala disfunkcionalnih uvjerenja (DAS 24 – Power et al., 1994). Upitnik se sastoji od uvjerenja, koja predstavljaju uslovna pravila, dakle, imaju formu „Ako...onda...“ rečenica. Većina longitudinalnih studija je potvrdila Beckov model depresije tj. pokazana je veza između sadržaja šeme (disfunkcionalna uvjerenja o sebi, svijetu i budućnosti) i rizika za depresiju (Brown, Hammen, Craske, & Wickens, 1995; D'Alessandro & Burton, 2006; Hankin, Abramson, Miller, & Haefel, 2004; Joiner, Metalsky, Lew, & Klocek, 1999; Kwon & Oei, 1992; Reilly-Harrington, Alloy, Fresco, & Whitehouse, 1999), neke su dale djelimičnu podršku i različite rezultate (Abela & D'Alessandro, 2002; Abela & Sullivan, 2003; Dykman & Johll, 1998; Lewinsohn, Joiner, & Rhode, 2001; Voyer & Cappeliez, 2002), dok ima i onih koje nisu potvrdile Beckov model (Alloy, Reilly-Harrington, Fresco, Whitehouse, & Zechmeister, 1999; Barnett & Gotlib, 1988, 1990; Kuiper & Dance, 1994; Otto et al., 2007). Ipak, nalazi su u saglasnosti da interakcija ukupnog skora na DAS-u i negativnih životnih događaja uspješno predviđa depresiju. Štaviše, postoje dokazi da interakcija sadržaja self-šeme i stresnih životnih događaja predviđa početak major depresije, a ne samo pojačavanje depresivnih simptoma (Evans, Heron, Lewis, Araya, & Wolke, 2005; Hankin et al., 2004; Lewinsohn et al., 2001). Neke detaljnije studije su čak pokazale da disfunkcionalni stavovi u interakciji sa negativnim životnim događajima predviđaju specifično rast anhedoničnih depresivnih simptoma, ali ne i generalno depresije (Hankin et al., 2004).

1. 3. 3. Produkti aktivirane depresivne kognitivne (self) šeme

Aktiviranjem kognitivne strukture (šeme) aktivira se i određeni način mišljenja, osjećanja i ponašanja. U pitanju su produkti šeme, dakle, njena spoljašnja manifestacija. Kod depresije, konkretno, maladaptivne strukture dovode do negativnog mišljenja o sebi.

Clark i sar. (1999) navode nekoliko vrsta kognitivnih produkata:

1) *Negativne automatske misli*. Aktiviranjem depresivne šeme se javljaju i negativne automatske misli. One predstavljaju spontane, najčešće manje ili više (ne)svjesne, brze, svakodnevne refleksije osobe o sebi (npr. „*Opet pravim budalu od sebe.*“), svijetu oko sebe (npr. „*Ništa nema smisla.*“) i budućnosti (npr. „*Sjutra će biti još gore.*“), koje se javljaju u svakodnevnim situacijama (Beck, 1967). Utiču na to kako se osoba osjeća i ponaša u određenim okolnostima i mogu različito trajati: od nekoliko sekundi do nekoliko sati (Needleman, 1999). Negativne automatske misli su mnogo dostupnije mjerenju od ostalih nivoa mišljenja ali su ujedno povezane sa dubljim nivoima, self-šemom i maladaptivnim uverenjima. Različite automatske misli su karakteristične za različita stanja i različite poremećaje (Beck, 1971). U depresiji, sadržaj automatskih misli koji se tiče viđenja sebe karakteriše poraz i deprivacija, dok kod anksioznosti automatske misli se tiču fizičkih ili psihičkih prijetnji, opasnosti ili vulnerabilnosti. Osobe s psihičkim poremećajima pristupaju automatskim mislima kao apsolutnim istinama tj. ne vrše nikakvo testiranje ovih misli u realnosti (Needleman, 1999).

Čovjek može da posmatra, evaluira i dovodi u pitanje svoje misli i zaključke i na taj način aktivira alternativne, konstruktivnije šeme. Prilikom tretmana depresije, kognitivni terapeuti koriste različite strategije kako bi naučili klijente da aktiviraju konstruktivnije šeme, što za posledicu ima nestajanje negativnih automatskih misli (Beck, 1970).

2) *Kognitivne greške*. Čovjek konstantno evaluira, interpretira i procjenjuje interne i eksterne informacije. Kognitivni konstrukti predstavljaju reprezentaciju iskustva (Beck, 1963). U stanju intenzivnih emocija, ili kada je riječ o poremećajima raspoloženja, greške u kognitivnom procesiranju informacija bivaju pojačane. U kognitivne greške spadaju:

- proizvoljno zaključivanje (zaključivanje bez mnogo argumenata ili dokaza),
- selektivno izdvajanje (usmjerenost ka jednom aspektu, obično negativnom, određene situacije),
- pretjerana generalizacija (zaključivanje o cjelini na osnovu jednog njenog dijela, za koji se pogrešno pretpostavlja da vjerno predstavlja cjelinu),

- minimalizacija (zanemarivanje ili umanjivanje svega pozitivnog),
- personalizacija (tendencija da se sa sobom dovode u vezu događaji ili stvari koji se odvijaju sasvim mimo osobe, pri čemu se to povezivanje sprovodi na negativan način),
- dihotomno mišljenje (tendencija da se razmišlja u ekstremima sve ili ništa, sve je apsolutno dobro ili sve je apsolutno loše),
- omalovažavanje pozitivnih iskustava (osoba ne uzima u obzir pozitivna iskustva jer se ne uklapaju u njenu negativnu sliku svijeta),
- čitanje misli (osoba iznosi zaključke na osnovu svojih intuitivnih pretpostavki, pri čemu su te pretpostavke obojene trenutnim afektom),
- predviđanje budućnosti (osoba se ponaša kao da su njena očekivanja od budućnosti neosporne činjenice koje će se dogoditi),
- katastrofiziranje (potencijalni negativni događaji se procjenjuju kao najveće katastrofe, ne posmatraju se iz šire perspektive),
- emocionalno rezonovanje (zaključivanje o situaciji na osnovu trenutnog afektivnog stanja).

Neki autori su pisali o važnoj ulozi negativnog atribucionog stila u razvitku depresije (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Peterson & Seligman, 1984). Kod depresije, usled intenzivnog prisustva kognitivnih grešaka, dolazi do negativnih i pesimističnih interpretacija, evaluacija i procjena sebe i okruženja. Način na koji interpretiramo i procjenjujemo informacije su rezultat dominantnih šema koje posjedujemo (Hagga, Dyck, & Ernst, 1991). Ipak, treba napomenuti da iako autori (Clark et al., 1999) svrstavaju kognitivne greške u produkte aktivirane depresivne kognitivne (self) šeme, neki drugi autori (Needleman, 1999) na kognitivne greške gledaju kao na kognitivne procese. Naime, šema može biti “uspavana” i tada nema trenutni uticaj na procesiranje informacija. Međutim, kad je hipervalentna (najviše aktivirana) boji sve aspekte obrade informacija, uključujući percepciju, pozivanje šema-kongruentnih sjećanja, kodiranje novih sjećanja, emocije, motivaciju i ponašanje (Beck et al., 1990). Hipervalentna šema može rezultirati

greškama u procesiranju informacija, gdje spadaju sve prethodno navedene (Beck, 1963). Na osnovu iznijetog, dijelimo mišljenje s Needlemanom (Needleman, 1999) tj. smatramo da bi se kognitivne greške prije mogle okarakterisati kao kognitivni procesi nego kao produkti aktivirane (self) šeme.

3) *Kognitivne konstrukcije i perspektive*. Individue kreiraju mišljenje i konstrukcije povodom specifičnih situacija i entiteta. Konstrukcija predstavlja konceptualizaciju događaja, osobe ili iskustva (Clark et al., 1999). Na taj način osoba pridaje značenje tim entitetima. Npr. poslodavac kroz interakciju sa zaposlenim zaključuje kakvu ličnost zaposleni posjeduje. Ovaj zaključak utiče na dalje interpretiranje akcija zaposlenog od strane poslodavca, na njegov emocionalni odgovor i na samo ponašanje prema zaposlenom. Konstrukcija je, dakle, finalni produkt procesiranja informacija tokom kontakta s osobom. Krajnji produkt koji je povezan s dubokim strukturama jeste perspektiva. Nju definišemo kao široki pogled koji osoba ima povodom određenog domena ili njenog personalnog svijeta (Clark et al., 1999). Npr. depresivna osoba sebe može vidjeti kao defektnu i bezvrijednu, a druge kao nedovoljno brižne i kritički nastrojene. Paranoidna osoba vidi druge kao manipulativne i maliciozne. Ovakve perspektive su rezultat aktiviranja specifičnih struktura. Razvijanje perspektive o drugima, pogotovo o onima s kojima ostvarujemo bliske veze, je ključno za razvijanje zdravih međuljudskih odnosa.

1. 3. 4. Kognitivno procesiranje informacija

1. 3. 4. 1. Dualni proces obrade informacija

U najnovijoj verziji Beckove teorije, tzv. Generalnom kognitivnom modelu (GKM), inkorporirana je ideja o postojanju dva sistema procesovanja informacija: automatskom i kontrolisanom (Beck & Haigh, 2014). Automatsko procesiranje je nevoljno, ne zahtijeva resurse, njegova je uloga da vrlo grubo i brzo kategorizuje nadolazeće stimulse kao opasnost, dobitak ili

gubitak. Zbog navedenih karakteristika, automatski sistem je sklon pravljenu grešaka. Sa druge strane, kontrolisano procesiranje analizira stimulse sporije i detaljnije, što zahtijeva veće kognitivne resurse (Beck & Haigh, 2014). Iz tog razloga, značenja i interpretacije koje nastaju kao rezultat kontrolisanog procesiranja informacija su objektivnija i manje dogmatična. Svakako važna uloga kontrolisanog procesiranja je da koriguje eventualne greške koje nastanu prilikom automatskog procesiranja (Clark et al., 1999).

Kao najvažnije karakteristike automatskog procesiranja, Clark i sar. (1999) navode: 1) nevoljnost, 2) generalnu nepristupačnost svijesti iako neki automatski procesi mogu biti svjesni, 3) relativnu brzinu i nemogućnost zaustavljanja ili regulisanja, 4) zahtijeva minimalne kapacitete pažnje, 5) oslanja se na paralelni tip procesiranja, 6) uključuje poznate i dobro uvježbane zadatke, 7) angažuje niske nivoe kognitivnog procesiranja sa minimumom analize.

Isti autori (Clark et al., 1999) navode i ključna svojstva kontrolisanog procesiranja: 1) voljnost, 2) punu svjesnost, 3) sporost i veću mogućnost regulisanja, 4) oslanja se na serijalno procesiranje gdje se informacije obrađuju korak po korak, 5) može da se nosi s novim, teškim i neuvježbanim zadacima, 6) koristi više nivoe kognitivnog procesiranja, uključujući semantičku analizu i sintezu.

Pri obradi informacija prvo se javlja automatsko procesiranje. Zasnovano je na ranijem iskustvu. Svaki put kada se neki aspekt određenog stimulusa aktivira, pokreću se sve informacije prikupljene o tom stimulusu kroz ranije iskustvo. Kontrolisano procesiranje se javlja tek kada su narušena očekivanja vezana za taj stimulus. Ukoliko očekivanja nisu narušena, ono se ne aktivira (Clark et al., 1999).

1. 3. 4. 1. 1. Uloga dualnih procesa u regulaciji raspoloženja

Polazeći od navedene podjele kognitivnih procesa, Forgas, Ciarrochi i Moylan (2000) sugerišu da, kada je riječ o regulaciji raspoloženja, automatsko procesiranje informacija igra važnu ulogu u održavanju raspoloženja, tako što poziva sjećanja koja su u skladu s trenutnim raspoloženjem. S

druge strane, ovi autori navode da je kontrolisano procesiranje odgovorno za promjenu raspoloženja. Naime, kada negativan afekat dostigne određeni intenzitet i trajanje, to predstavlja okidač za pomjeranje s automatskog na kontrolisano procesiranje informacija, koje preuzima informacije koje nisu u skladu s trenutnim raspoloženjem u cilju promjene i poboljšanja trenutnog raspoloženja. Iako je ovaj model noviji, postoje empirijske potvrde. Forgas i Ciarrochi (2002) su u svom istraživanju prvo tražili od ispitanika da izvijeste o trenutnom raspoloženju (srećni, tužni, neutralni), a onda su od njih tražili da popune seriju socijalnih zadataka gdje su trebali da opišu sebe, druge ili da napišu riječ – crtu ličnosti, koja je imala definisano početno slovo (npr. t _____). U skladu s modelom dualnih procesa, odgovori su u početku bili kongruentni s raspoloženjem. Međutim, kako je vrijeme prolazilo, postajali su nekongruentni što su autori interpretirali kao dokaz da je prvo bilo prisutno automatsko procesiranje, a potom se aktiviralo kontrolisano koje je dovelo do promjene raspoloženja. Takođe, Sedikides (1994) je u svojoj studiji indukovao ispitanicima disforično, srećno i neutralno raspoloženje. Nakon toga, zatraženo im je da napišu esej gdje će opisati sebe. Kao što se i očekivalo, u skladu s modelom dualnih procesa, na početku eseja opisi su bili usklađeni s indukovanim raspoloženjem da bi kasnije postali neusklađeni. Na osnovu takvog nalaza, autori su zaključili da su ispitanici demonstrirali napor kako bi regulisali svoje raspoloženje, tako što su pozivali u memoriju informacije koje su nekongruente s indukovanim raspoloženjem. Time su potvrdili početnu pretpostavku da osoba kad procijeni da određeno raspoloženje dugo traje, aktivira kontrolisano procesiranje u cilju postizanja boljeg raspoloženja.

1. 3. 4. 1. 2. Dulani procesi kod depresije

Kada je riječ o depresiji, pretpostavlja se da je kod osoba koji pate od ovog poremećaja glavni faktor vulnerabilnosti to što je automatsko procesiranje bazirano na negativnom vrednovanju sebe. Beevers (2005) navodi da se u literaturi ističu tri razloga zbog čega ovakvo procesiranje ne biva ispravljeno:

- 1) automatsko procesiranje premašuje očekivanja po dužini i intenzitetu trajanja ali kognitivni resursi nisu sposobni da aktiviraju kontrolisano procesiranje;
- 2) ne procjenjuje se da automatsko procesiranje premašuje očekivanja po dužini i intenzitetu trajanja pa se ne ukazuje potreba za kontrolisanim procesiranjem;
- 3) procjenjuje se da automatsko procesiranje premašuje očekivanja ali kontrolisano procesiranje se neadekvatno suprotstavlja.

U sva tri slučaja, automatsko procesiranje ne biva ispravljeno, što može biti početna tačka javljanja depresivne epizode. Negativno automatsko procesiranje pobuđuje negativne kognicije, što rezultira negativnim afektivnim odgovorima (Smith & DeCoster, 1999). Kad bi se u navedenoj situaciji aktiviralo kontrolisano procesiranje, negativne misli i disforično raspoloženje kod osobe bi bili kratkotrajni. Kad automatsko procesiranje ne biva korigovano, negativno raspoloženje prerasta u depresivno stanje. Takođe, može se aktivirati nekorektno kontrolisano procesiranje (npr. osoba se fokusira na informacije koje su u skladu sa trenutnim raspoloženjem) što opet dovodi do pojačavanja disforičnog raspoloženja.

1. 3. 4. 2. Kognitivne pristrasnosti kod depresije

Pod pristrasnostima u procesiranju informacija podrazumijeva se svako selektivno procesiranje emocionalno relevantnih stimulusa (Mineka & Tomarken, 1989) i svakako su važan faktor u razvoju i održavanju emocionalnih poremećaja (Alloy, Abramson, Walshaw, & Neeren, 2006).

Priistrasnosti se javljaju u svim etapama kognitivnog procesiranja: počev od obraćanja pažnje na određene stimulse, preko njihove interpretacije i organizacije, pa sve do skladištenja istih u memoriji i, kasnije, njihovog pobuđivanja.

Istraživanja su se najčešće bavila proučavanjem memorije kod depresivnih i vulnerabilnih za depresiju i pokazani su izrazito dosledni rezultati koji ističu sklonost ovih osoba da pamte i da se naknadno prisjećaju značajno više negativnih nego pozitivnih i neutralnih informacija. Sa druge

strane, pozitivne informacije značajno manje pamte i kasnije se ređe prisjećaju u poređenju s nedeprisivnim pojedincima (Denny & Hunt, 1992; Matt, Vazquez, & Campbell, 1992).

Posljednjih godina je došlo do ekspanzije istraživanja koja se bave proučavanjem pažnje kod depresivnih i vulnerabilnih osoba. Kod većine ljudi je prisutna selektivnost pažnje ka emocionalno zasićenim i evaluativno bitnim stimulusima, tako da predstavlja evoluciono adaptivni mehanizam. Ipak, selektivnost pažnje može biti pretjerano izražena ili može se javljati u neprikladnom kontekstu, što može rezultirati disfunkcionalnim ponašanjem kod individue. Tada govorimo o *maladaptivnoj pristrasnosti pažnje*. Pod ovim pojmom se podrazumijeva sistematska tendencija osobe da usmjerava pažnju na određeni tip ili grupu stimulusa ili, sa druge strane, da sistematski izbjegava da usmjeri pažnju na određene stimulse (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). Pristrasnost se npr. ispoljava kao izbjegavanje da se pažnja usmjeri na pozitivne informacije (npr. osoba ne primjećuje komplimente koje dobija) ili pojačana usmjerenost i zadržavanje pažnje na negativnim stimulusima (npr. svakodnevno gledanje tužnih priloga na televiziji). Opisane pristrasnosti pažnje utiču na funkcionalnost osobe jer povećavaju učestalost neprijatnih emocija a smanjuju učestalost prijatnih. Kod depresivnih pacijenata, fokusiranjem na stimulse koji se tiču gubitka i neuspjeha, produbljuje se negativni afekat i povećava prisutnost disfunkcionalnih uvjerenja.

Međutim, za razliku od jednoznačnih rezultata istraživanja koja su se bavila ispitivanjem memorije kod depresivnih, kada je riječ o pristrasnosti pažnje – demonstrirani su nedosledni nalazi. U prvim istraživanjima uopšte nije pokazana pristrasnost pažnje kod depresivnih (Williams et al., 1997). Ipak, kasnije je pokazano da pristrasnost pažnje kod depresivnih jeste izražena, ali u kasnijim fazama obrade informacija (Mogg & Bradley, 2005) a da su prethodni rezultati posledica nedovoljno osjetljive metodologije istraživanja (npr. stimulusi su prikazivani jako kratko pa nisu ni aktivirani kasniji procesi obrade informacija). Kada je stimulus dovoljno dugo izložen (više od jedne sekunde), trenutno depresivni pokazuju tendenciju da selektivno usmjeravaju pažnju na stimulse sa depresivnim sadržajem a da manje pažnje obraćaju na stimulse sa pozitivnim sadržajem (McCabe & Toman, 2000; Shane & Peterson, 2007). Istraživanja dalje pokazuju da kod depresivnih nije pojačana inicijalna angažovanost pažnje ka negativnim stimulusima već da otežano skreću pažnju sa tih stimulusa kada su već u fokusu

(Joormann, 2004; Koster, Raedt, Goeleven, Franck, & Crombez, 2005). Autori se slažu da je otežano skretanje pažnje s negativnih stimulusa posledica inhibitornih deficita.

Beevers i Carver (2003) su sproveli istraživanje nad opštom populacijom bez istorije depresije i depresivnim osobama u remisiji i pokazali da pristrasnost pažnje nije samo nusproizvod depresije, već da može imati ulogu faktora vulnerabilnosti koji moderira uticaj stresa na pojavu depresivnih simptoma.

1. 3. 5. Aktivacija/deaktivacija depresivne kognitivne (self) šeme

1. 3. 5. 1. Aktivacija kognitivne depresivne (self) šeme

Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji depresije (Beck, 1967) nefunkcionalna uvjerenja se formiraju tokom ranog djetinjstva ali ostaju latentna dok ih ne aktivira stresor poput nekog životnog događaja, upotreba supstanci, hormonske promjene i sl. Nakon što je depresivna (self) šema aktivirana, ona podstiče pristrasno procesiranje informacija tj. procesiranje postaje u skladu s glavnim disfunkcionalnim uvjerenjima. Osoba npr. može doživjeti gubitak u socijalnoj sferi funkcionisanja, nakon čega se aktivira depresivna (self) šema koja dovodi do negativnih pristrasnosti u procesima pažnje, interpretacije i sjećanja, kao i do javljanja negativnih automatskih misli.

Beck (1964) je u svojoj teoriji depresije krenuo od pretpostavke da je kod depresije prisutno više neprikladnih šema, koje imaju različiti prag aktivacije. Pod pragom aktivacije se smatra stepen slaganja sadržaja šeme sa stimulusom iz unutrašnjeg ili spoljašnjeg okruženja. Što je sadržaj sličniji stimulusima, šema će se brže aktivirati.

Segal i Ingram (1994) govore o direktnoj i indirektnoj aktivaciji. Direktna bi podrazumijevala da se sadržaj situacije ili iskustva u potpunosti podudara sa sadržajem određene kognitivne strukture. Indirektna aktivacija je kada se sadržaj situacije preklapa sa jednim elementom određene šeme ali

usled povezanosti tog elementa sa ostalim elementima šeme, aktivira se čitava šema. Npr. Ukoliko osoba ima disfunkcionalno uvjerenje “Vrijedim samo ako sam uspješna.”, šema je neaktivna dok nema okidača u spoljašnjem okruženju. Direktna aktivacija bi bio neuspjeh koji osoba doživi. Indirektna aktivacija može biti svaki put kad osoba čuje da je neko drugi postigao veći uspjeh od nje. U ovom slučaju je aktiviran jedan element šeme “moram uspjeti” a to je “Drugi moraju biti manje uspješni od mene”. Dakle, šema se može aktivirati ukoliko se samo jedan njen segment preklapa sa stimulusom iz okruženja.

Kada govorimo o aktivatorima šeme, ne misli se samo na stimulse iz spoljašnjeg okruženja već i na stimulse iz unutrašnjeg okruženja. Čovjek je sposoban da procesira informacije vezane za sopstveni organizam, npr. 1) da posmatra i evaluira sopstvene misli i osjećanja, 2) vraća u sjećanje proživljeno iskustvo, 3) selektivno se fokusira na pojedine aspekte selfa, npr. na sopstvene snage, sposobnosti i konflikte, 4) da mašta, sanjari, razmišlja o ciljevima i vrijednostima, 5) zamišlja potencijalne reakcije.

Jednom aktivirana šema teži samoodržavanju tako što osoba traži stimulus koji će potvrditi aktiviranu šemu (Clark et al., 1999). Na terapiji s depresivnim pacijentima teži se aktiviranju drugih, konstruktivnijih šema a deaktiviranju depresivnih.

1. 3. 5. 2. Deaktivacija kognitivne depresivne (self) šeme

Kao što je već naznačeno, Beck (1967) u svojoj teoriji depresije navodi da je kognitivna (self) šema latentna i neaktivna, dok je stres ne pobudi. Ona tad pokreće procese koji stvaraju kognitivne proizvode. Po izlasku iz epizode, šema ponovo postaje latentna i samo se eksperimentalnim metodama može doći do depresivnih sadržaja.

U kognitivnoj teoriji, a onda i u istraživanjima, mnogo se više razmatrao proces aktiviranja kognitivne šeme u odnosu na proces deaktiviranja. Do deaktiviranja šeme, prema teoriji, dolazi kada se nove informacije inkorporiraju u do tada nefunkcionalnu šemu (Beck & Haigh, 2014). Nove informacije nastaju pod uticajem terapije ili životnih događaja. Ovdje se, dakle,

pretpostavlja da inkorporiranje novih informacija u šemu dovodi i do njenih sadržinskih i do strukturalnih promjena. Dozois i sar. (2009) su se bavili ispitivanjem promjena u šemi kod depresivnih pacijenata u remisiji i pokazali su da kod depresivnih osoba koje su primale farmakoterapiju, i ujedno išli na kognitivno-bihevioralnu psihoterapiju, postoji značajno veća konsolidovanost interpersonalnih pozitivnih atributa, a značajno manja konsolidovanost negativnih interpersonalnih atributa u odnosu na depresivne pacijente koji su primali samo farmakoterapiju. Ovi nalazi sugerišu da deaktivacija šeme podrazumijeva sadržinske i strukturalne promjene u self-šemi, što ide u prilog tzv. akomodacionom modelu (Hollon, Evans, & DeRubies, 1990), koji zagovaraju i Beck i Haigh (2014) u svojim najnovijim radovima.

Međutim, sem ovog modela u literaturi se govori o još dva. Prema kompenzatornom modelu, depresivna self-šema se ne mijenja, ali osoba izgrađuje nove, kompenzatorne šeme (uz pomoć terapije) koje joj omogućavaju da se na adekvatan način suoči sa stresorima (Hollon et al., 1990).

Prema trećem modelu, aktivirajućem-deaktivirajućem (Hollon et al., 1990), self-šema i u remisiji ostaje nepromijenjena tj. depresivna, ali prestane vršiti uticaj na procesovanje informacija i kreiranje simptoma jer su prisutni drugi procesi (recimo, supresija) koji sprečavaju uticaj šeme. Wenzlaff (Wenzlaff & Bates, 1998) zagovara ovaj model kada je u pitanju deaktiviranje depresivne self-šeme. Po njemu, šema nije po izlasku iz epizode latentna, već se deaktivira uz pomoć svjesnog i voljnog supresovanja sadržaja. Pod dejstvom kognitivnog opterećenja ili afekta, supresija popušta i sadržaji šeme mogu da postanu dostupni svijesti i mjerenju i van epizode. Na taj način očekuje se da se pod kognitivnim opterećenjem demonstriraju sadržaji depresivne šeme kod osoba koje su prošle kroz depresivnu epizodu te se pretpostavlja da su i vulnerabilne za depresiju, a što nije slučaj u uslovima bez opterećenja. U daljem tekstu biće detaljnije predstavljena teorija od koje je Wenzlaff krenuo, pri čemu akcenat stavljamo na Teoriju ironičnih procesa.

1. 3. 5. 2. 1. Supresija misli i Teorija ironičnih procesa

Vjerovatno se kod svakog čovjeka ponekad javi želja da ne misli o nečemu, najčešće o nekom bolnom iskustvu povodom kojeg se bude neprijatne emocije. Još je Freud (1915) opisao ovu ljudsku tendenciju da izbjegavaju neprijatne mentalne sadržaje. On je smatrao da se radi o mehanizmu odbrane koji je nazvao potiskivanje (represija) i za koji je karakteristično da se odvija na nesvjesnom planu. Glavna funkcija mu je da spriječi prodor neprijatnih sadržaja u svijest. Ipak, istraživanja nisu dala valjanu potvrdu da se radi o potpuno nesvjesnom tj. automatskom procesu (McNally, 2003).

U procesu ispitivanja mentalne kontrole, ispitivači su se počeli baviti konceptom supresije tj. procesom voljnog suzbijanja misli (Rassin, Merckelbach, & Muris, 2000). Dakle, radi se o svjesnom i aktivnom izbjegavanju neželjenih misli. Iako se ovaj mehanizam koristi u procesu mentalne kontrole, može da naškodi ukoliko se hronično koristi za regulisanje raspoloženja.

Wegner i sar. (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987) su izveli eksperiment gdje su ispitali proces supresije misli. Od studenata su tražili da ne misle na bijelog medvjeda a ukoliko se to ipak desi, trebalo je da signaliziraju pomoću zvona. Bijeli medvjed je izabran jer se krenulo od pretpostavke da je to pojam koji ne bi studentima spontano pao na pamet u toku istraživanja pa će se svako njegovo pojavljivanje u mislima smatrati kao neuspjeh u supresiji. Rezultati su pokazali da pokušaj suzbijanja misli dovodi do baš suprotnog efekta, pa su tako studenti izvještavali o povećanoj učestalosti javljanja neželjene misli tokom pokušaja supresije. Ovaj efekat je nazvan efektom inicijalnog pojačanja (eng. *Initial Enhancement Effect*). Međutim, u studiji je takođe pokazano da se javlja pojačano nadolaženje neželjene misli i nakon perioda suzbijanja pa je ovaj efekat nazvan efektom naknadnog pojačanja (eng. *Rebound Effect*). Ovaj efekat je demonstriran u mnogim kasnijim studijama (Abramowitz, Tolin, & Street, 2001; Rassin, 2005; Wenzlaff & Wegner, 2000).

Na osnovu svog nalaza, Wegner (1994) plasira Teoriju ironičnih procesa, gdje objašnjava navedena dva efekta. On navodi da se mentalna kontrola vrši pomoću dva mehanizma: svjesni i namjerni, kojim se vrši pretraga misli koje bi zamijenile neželjene mentalne sadržaje (operativni

sistem) i ironični, kontrolišući sistem, koji vrši pretragu kognicija koje bi signalizirale potencijalni neuspjeh supresije (monitoring sistem). Kako bi se konstantno vršilo odvrćanje od neprijatnih misli, potrebno je uložiti veliki napor i angažovati kognitivne resurse. Međutim, kada resursi popuste (pod dejstvom stresora, afekta ili kognitivnog opterećenja) može doći do zakazivanja mentalne kontrole potrebne da bi se supresija uspješno vršila tj. dolazi do ironične aktivacije monitoring sistema koji omogućava prodiranje negativnih kognicija u um, što vodi do javljanja neželjenog emotivnog stanja.

Polazeći od Beckove pretpostavke (Beck, 1967) da u pozadini depresivnih simptoma leži depresivna (self) šema, autori smatraju da do prestanka supresije dolazi kada se pojavi okidač u spoljašnjem okruženju koji je kongruentan misli koja se potiskuje (Wenzlaff, Wegner, & Roper, 1988). Ovaj nalaz je potvrđen u mnogobrojnim studijama (Conway, Howell, & Giannopoulos, 1991; Howell & Conway, 1992; Renaud & McConnell, 2002; Wenzlaff, Wegner, & Klein, 1991). Beevers i Meyer (2004) su mjerili depresivne simptome i supresiju misli. Supresija misli je bila efikasna sve dok su kognitivni resursi bili dostupni za supresiju. Pod dejstvom stresa, kognitivni resursi su oslabili, supresija misli je popustila i negativne misli su krenule da prodiru u svijest, što je dovelo do povećanja depresivnih simptoma. S druge strane, autori su demonstrirali da supresija misli, u odsustvu stresnih događaja, dovodi do smanjenja depresivnih simptoma. I Wenzlaff i Luxton (2003) su pokazali u studiji, gdje su 10 nedelja pratili ispitanike, da životni stres dovodi do popuštanja supresije misli, što dalje dovodi do porasta negativnih razmišljanja i porasta depresivnog raspoloženja.

Da kognitivne resurse može iscrpiti prisustvo kognitivnog opterećenja, pokazali su Wenzlaff i Bates (1998) u svojoj studiji. Oni su demonstrirali da prilikom izostanka kognitivnog opterećenja, depresivne osobe u remisiji se ne razlikuju od osoba koje nemaju depresivnu epizodu u istoriji po broju negativnih rečenica koje formiraju od ispreturanih riječi (a od kojih se mogu formirati i pozitivna i negativna rešenja)¹. Međutim, kada se od ispitanika traži da, dok rešavaju, pamte šestocifreni broj (uvođenje kognitivnog opterećenja u istraživanje), depresivne osobe u remisiji produkuju značajno više negativnih rečenica u poređenju s osobama koje nikada nisu bile depresivne. Štaviše, produkovali su sličan broj negativnih rečenica poput aktuelno depresivnih

¹ Instrument će biti detaljnije predstavljen u narednom poglavlju.

pacijenata. Wenzlaff i Eisenberg (2001) su pokazali da se isto dešava kad umjesto šestocifrenog broja postoji vremenski pritisak, dok su Rude i sar. (Rude, Wenzlaff, Gibbs, Vane, & Whitney, 2002) pokazali da povećan broj negativnih rečenica pod kognitivnim opterećenjem uspješno predviđa porast depresivnih simptoma prilikom ponovljenog mjerenja nakon 4-6 nedelja.

Dakle, u odsustvu kognitivnog opterećenja, osobe vulnerabilne za depresiju su sposobne da vrše supresiju neželjenih misli. Međutim, kad kognitivni resursi oslabe usled kognitivnog opterećenja ili životnog stresora, supresija popušta i neželjeni sadržaj izbija u svijest, nakon čega osobe vulnerabilne na depresiju ulaze u depresivno raspoloženje.

Objašnjenja neuspjeha u supresiji su dali još neki autori. Jedno od tumačenja ističe značaj motivacije za suzbijanje neželjenih misli (Magee, Harden & Teachman, 2012). Time se pruža objašnjenje za to što supresija misli s vremenom slabi. Naime, supresija je u početku prilično uspješna, intruzije se javljaju kasnije, kako i motivacija za njihovim suzbijanjem slabi (Abramowitz et al., 2001).

Takođe, u literaturi se napominje važnost metakognicija o neuspješnoj supresiji misli. Po ovom shvatanju, intruzije same po sebi nisu nužno problem, već problem stvara način na koji osoba interpretira takve misli (Abramowitz et al., 2001; Magee & Teachman, 2007). Magee i Teachman (2007), na primjer, nalaze da se samo kod osoba koje negativno objašnjavaju intruzivne misli, one vraćaju sa pojačanom učestalošću i praćene su neprijatnim osećanjima.

1. 3. 5. 2. 2. Metodi i nalazi ispitivanja kognitivne obrade informacija

Za mjerenje kognitivnih procesa, često korišćen test jeste Test ispreturnih rečenica (Scrambled Sentences Test - SST; Wenzlaff, 1988, 1993). Njime se procenjuje sklonost ispitanika da dvosmislene informacije tumače na negativan ili pozitivan način. Naime, stavke testa se sastoje od 6 riječi čiji je redosled definisan slučajnim izborom, a od ispitanika se traži da sastavi gramatički ispravnu rečenicu koja će se sastojati od 5 riječi. Smisao rečenice može biti pozitivan ili negativan (npr. od riječi: ciljeve svoje ja neću ostvariti ću; može se sastaviti pozitivna

rečenica: Ja ću svoje ciljeve ostvariti., ali i negativna rečenica: Ja svoje ciljeve neću ostvariti.). Većina studija je pokazala da depresivni pacijenti na SST-u konstruišu značajno više negativnih rečenica od nedeprativnih osoba (Wenzlaff & Bates, 1998). Depresivne osobe u remisiji (osobe vulnerabilne za depresiju) pod dejstvom kognitivnog opterećenja formiraju više negativnih rečenica na testu ispreturnanih reči (poput aktuelno depresivnih pacijenata), dok kad nije prisutno kognitivno opterećenje, ponašaju se kao kontrolna grupa. Kognitivno opterećenje predstavlja šestocifreni broj koji ispitanici pamte u toku rešavanja i koji naknadno treba da reprodukuju. Cilj uvođenja kognitivnog opterećenja je da se redukuje mogućnost da ispitanici voljno suzbijaju ili cenzurišu depresivne misli. Dakle, u studijama je podržano da depresivne osobe u remisiji aktivno vrše supresiju depresivnog mišljenja, što se može detektovati uvođenjem kognitivnog opterećenja. To dalje navodi autore na zaključak da se supresijom misli zapravo maskira depresivna (self) šema koja leži u pozadini kod osoba vulnerabilnih za depresiju.

Često korišćen instrument za ispitivanje kognitivne pristrasnosti jeste i modifikovana verzija Strupovog zadatka (Stroop, 1935a), tzv. Emocionalni Strup (EP) (Gotlib & McCann, 1984). Ispitaniku se prikazuju neutralne riječi i riječi sa emocionalnim sadržajem (npr. neuspjeh, gubitak, zmija) napisane različitom bojom. Zadatak ispitanika se sastoji u tome da imenuju boju kojom je riječ napisana, pri čemu treba da ignorišu sadržaj same riječi. Usled procesovanja sadržaja riječi, javlja se efekat interferencije, zbog čega dolazi do produženog vremena reakcije (imenovanja boje). Ovaj efekat se smatra posledicom toga što individui automatski privlači pažnju značenje riječi koje ona kognitivno obrađuje, što utiče na kognitivne kapacitete potrebne za imenovanje boje. Pretpostavka je da će se veća interferencija javiti prilikom procesovanja riječi sa emocionalnim značenjem, koje su za osobu relevantne (npr. za depresivne osobe su to riječi koje se tiču gubitka ili neuspjeha). Studije koje su koristile ovaj instrument su pokazale neusaglašene rezultate. Neke nisu pronašle razliku između aktuelno depresivnih pacijenata, depresivnih osoba u remisiji i osoba bez depresivnih epizoda u istoriji (Hedlund & Rude, 1995), dok su neke demonstrirale da vulnerabilne i aktuelno depresivne osobe, pokazuju duže vrijeme reakcije na riječi s depresivnim sadržajem u poređenju s nedeprativnim ispitanicima (Klieger & Cordner, 1990; Segal & Vella, 1990). Ovaj instrument je trpio najveće kritike usled činjenice da nije sigurno da se razlika u vremenu reakcije dobija usled interferencije. Naime, moguće je da se

radi o nekom mnogo prostijem uzroku, poput razlika u načinu i brzini izgovaranja riječi (Mogg, Millar & Bradley, 2000).

Studije koje su imale za cilj da objasne negativnu (self) šemu kod depresivnih osoba koristeći metode indukcije raspoloženja, dale su takođe dvosmislene rezultate (Ingram et al., 1998). Po Wenzlaffu i Batesu (Wenzlaff & Bates, 1998) jedan od razloga ovakvih rezultata je svakako i to što depresivne osobe u remisiji vrše supresiju misli koje ispitivači pokušavaju da otkriju. Shodno tome, depresivne kognicije kod osoba koje se nalaze u remisiji su latentne ne zato što su neaktivne već zato što se nad njima vrši supresija.

Dakle, generalno, istraživanja podržavaju ideju da supresija misli maskira vulnerabilnost za depresiju i, samim tim, vulnerabilnost postaje vidljiva kad mentalna kontrola oslabi (Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Bates, 1998; Wenzlaff & Eisenberg, 2001; Wenzlaff, Meir & Salas, 2002; Wenzlaff, Rude, Taylor, Stultz, & Sweatt, 2001).

1. 3. 6. Stabilnost depresivne kognitivne šeme

Po Becku (Beck, 1967) kognitivna šema je relativno stabilna, tj. nije podložna drastičnim promjenama u toku vremena. Beck i njegovi sledbenici (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Dozois & Dobson, 2001a; Ingram et al., 1998) smatraju da kod osoba sa psihičkim poremećajem, disfunkcionalna šema se aktivira tokom epizode, ali je prisutna i prije i poslije epiozode, samo je latentna (osim u slučaju ako su prošli kognitivnu terapiju, tada se mijenja). Sa druge strane, Wenzlaff (1998), kao što je ranije spomenuto, takođe smatra da je šema aktivna i u toku remisije, ali ne misli da je latentna već da je “uspavana” zahvaljujući supresiji.

Kako nalazi ukazuju, negativno mišljenje kao proizvod depresivne šeme je prisutno kod individua samo u toku depresivne epizode. Po izlasku iz epizode, ono se proređuje (Dobson & Shaw, 1987; Dohr, Rush, & Bernstein, 1989; Lewinsohn, Steinmetz, Larson, & Franklin, 1981; Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi, & Pilkonis, 1999). Dakle, procesiranje informacija kada nema kognitivnog opterećenja se ne vrši na negativan način a depresivni produkti izostaju.

Međutim, korišćenjem opterećenja (prirodno ili eksperimentalno nastalog) se došlo do nalaza da je depresivna kognitivna šema pretežno nepromjenljiva, kako za vrijeme poremećaja, tako i nakon oporavka (Ingram et al., 1998; Miranda & Persons, 1988; Miranda, Persons, & Byers, 1990; Persons & Miranda, 1992; Segal & Ingram, 1994; Solomon, Haaga, Brody, Kirk, & Friedman, 1998; Teasdale & Dent, 1987). Detaljnijim ispitivanjem strukturalnih aspekata self-šeme, pokazano je da je negativna self-šema stabilna dok se pozitivna mijenja u toku vremena. Naime, uz pomoć Testa skaliranja psiholoških distanci (Dozois & Dobson, 2001a) ustanovljeno je da je interstimulusna distanca između negativnih atributa slična u remisiji u odnosu na distancu između ovih atributa u samoj depresivnoj epizodi tj. da je negativna self-šema više konsolidovana u poređenju sa šemom kod opšte populacije. Sa druge strane, velike distance između pozitivnih atributa u depresivnoj epizodi se značajno smanjuju po izlasku iz epizode (Dozois & Dobson, 2001a; Seeds & Dozois, 2010) tj. konsolidovanost pozitivne šeme postaje veća. Do zaključka o stabilnosti kognitivne šeme došlo se i na osnovu istraživanja supresije. Autori (Wenzlaff & Bates, 1998) su ustanovili da depresivni sadržaj nije dostupan kod depresivnih osoba u remisiji u situacijama kada nema kognitivnog opterećenja, odnosno kada se supresija vrši uspješno. Međutim, čim se u istraživanje uvede kognitivno opterećenje, supresija popušta i dolazi do manifestacije depresivnog sadržaja (Miranda et al., 1990; Persons & Miranda, 1992; Segal & Ingram, 1994; Solomon et al., 1998). Ovakvi nalazi su u saglasnosti sa pretpostavkom da je depresivna self-šema relativno stabilna u toku vremena, samo što je u remisiji latentna, odnosno “uspavana”.

1. 3. 7. Istraživanja specifičnosti i stabilnosti depresivne self-šeme kod različitih poremećaja

Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem specifičnosti i stabilnosti depresivne self-šeme su često davala protivrječne rezultate (Abela & D'Alessandro, 2002; Alloy et al., 1999; Brown et al., 1995). Moguće objašnjenje je u različitoj metodologiji - neke studije su kognitivnoj self-šemi pristupale na direktan način (ispitivanjem strukture i sadržaja kognitivne self-šeme, maladaptivnih uverenja i kognitivnih procesa pod kognitivnim opterećenjem) a druge su joj pristupale na indirektan način (usmjeravanje na proizvode self-šeme i kognitivne procese bez

uvođenja kognitivnog opterećenja). U narednom tekstu će biti prikazani rezultati istraživanja depresivne self-šeme kod unipolarne depresije, bipolarnog i paranooidnog poremećaja.

1. 3. 7. 1. Unipolarna depresija

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (Svetska zdravstvena organizacija, 1992) depresivnu epizodu karakteriše depresivno raspoloženje (osjećanje tuge ili praznine), kao i smanjena energija i aktivnost. Zadovoljstva i interesovanja su takođe umanjena (anhedonija). Osoba se jako lako umara. Koncentracija joj je oslabljena a izražena je i neodlučnost tj. teškoće prilikom donošenja odluke. Spavanje je narušeno, bilo da osoba pati od nesаницe ili pretjerano spava. Appetit je takođe poremećen, pa se osoba ili prejeda ili dolazi do gubitka apetita. Samopouzdanje je vrlo redukovano, dok su ideje krivice i bezvrijednosti naročito izražene. Depresivno raspoloženje neznatno varira tokom vremena. Tjelesni simptomi su često prisutni. Osoba se najčešće ujutro osjeća naročito loše. Prisutna je motorna usporenost, agitacija, gubitak apetita, tjelesne mase i seksualne želje. Zavisno od broja i težine izraženih simptoma, razlikujemo blagu, umjerenu i tešku depresivnu epizodu.

Kod blage epizode su prisutna dva ili tri navedena simptoma. Osoba je depresivna ali može da obavlja mnoge aktivnosti. Kod umjerene epizode postoje četiri ili više opisanih simptoma i osoba već ima značajne teškoće prilikom obavljanja svojih aktivnosti. Teška depresivna epizoda može biti sa ili bez psihotičnih simptoma. U teškoj depresivnoj epizodi bez psihotičnih simptoma nekoliko simptoma je istaknuto, a najčešći su gubitak samopoštovanja, kao i ideje bezvrijednosti i krivice. Često su prisutne suicidalne ideje, kao i razni tjelesni simptomi. Tešku depresivnu epizodu sa psihotičnim simptomima karakterišu halucinacije, sumanutosti, motorna usporenost (tzv. depresivni stupor). Socijalne aktivnosti su onemogućene. Osobama koje se nalaze u ovakvoj epizodi život može biti ugrožen usled suicidalnih sklonosti, kao i sklonosti dehidraciji i gladovanju (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Rekurentni depresivni poremećaj karakteriše više depresivnih epizoda, bez bilo kakvih intervala povišenog raspoloženja i energije (manija). Ipak, mogu se pojaviti kratke epizode blago

povišenog raspoloženja (hipomanija) i to odmah nakon depresivne epizode. Teži oblici ovog poremećaja su slični depresiji sa somatskim karakteristikama i bipolarnoj depresiji. Prva epizoda se može javiti u bilo kom uzrastu, od djetinjstva do starosti. Početak može biti akutan ili pritajen, kao što i dužina epizode varira od nekoliko nedjelja do nekoliko mjeseci. Uvijek je prisutan rizik od pojavljivanja manične epizode, bez obzira na broj depresivnih epizoda. Ukoliko se to desi, dijagnozu treba promijeniti u bipolarni poremećaj. Kod rekurentnog depresivnog poremećaja je takođe moguće razlikovati trenutno blagu, umjerenu i tešku epizodu (sa i bez psihotičnih simptoma). Kada je osoba imala dvije ili više depresivnih epizoda u svom iskustvu, ali ih nema nekoliko mjeseci, smatra se da je u remisiji (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Perzistentni poremećaj raspoloženja karakterišu česti i trajni poremećaji raspoloženja, pri čemu većina epizoda nisu dovoljno teške da bi se mogle dijagnostifikovati kao hipomanija ili blaga depresivna epizoda. Ovo stanje može trajati godinama, nekada i skoro čitav život. Distimija predstavlja višegodišnje i hronično depresivno raspoloženje, čiji intenzitet i trajanje nisu dovoljno izraženi da bi se osobi dijagnostifikovao blagi, umjereni ili teški rekurentni depresivni poremećaj. Ovdje spada i ciklotimija, koja će detaljnije biti opisana u odeljku gdje ćemo govoriti o bipolarnom poremećaju (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

1. 3. 7. 1. 1. Istraživanja specifičnosti i stabilnosti depresivne self-šeme kod unipolarne depresije

U svim prethodnim poglavljima, dokumentovana je specifičnost i stabilnost kognitivne šeme kod unipolarne depresivnih pacijenata (u aktuelnoj epizodi i u remisiji), pa ćemo u ovom poglavlju dati glavne zaključke na osnovu prethodno iznijetih nalaza.

- Kada je riječ o osobama sa dijagnostifikovanom unipolarnom depresijom, a koji se nalaze u aktuelnoj depresivnoj epizodi, istraživanja nedvosmisleno sugerišu da je depresivna self-šema

manifestna na svim nivoima: i mjere usmjerene na strukturu i sadržaj self-šeme, kao i mjere produkata pokazuju da ove osobe posjeduju disfunkcionalne stavove o sebi, svijetu i budućnosti; a ujedno i demonstriraju negativnu pristrasnost pri procesiranju informacija (Abramson et al., 2002; Alloy, Abramson, Murray, Whitehouse, & Hogan, 1997; Dozois & Dobson, 2001a, Ingram et al., 1998).

- Važan dio Beckove teorije (Beck, 1967) se odnosi na specifičnost kognitivne šeme za različite poremećaje, pa je tako i depresivna kognitivna šema specifična za depresivne poremećaje. On navodi da, kada je u pitanju sadržaj šeme, depresivnu karakteriše sadržaj koji se tiče gubitka, dok je npr. za anksiozne poremećaje karakterističan sadržaj koji se tiče opasnosti. Vođeni ovim, istraživanja su se mahom fokusirala na ispitivanja i poređenje kognitivne šeme kod depresivnih i anksioznih pacijenata. Meta analize (Beck & Perkins, 2001) pokazuju da depresivni i anksiozni pacijenti imaju značajna preklapanja po pitanju sadržaja šeme, ali da depresivne osobe karakteriše značajno više prisutan sadržaj koji se tiče gubitka, što jeste u skladu sa hipotezom o specifičnosti sadržaja kognitivne šeme, ali sadržaj koji se tiče opasnosti je podjednako prisutan i kod depresivnih i kod anksioznih pacijenata, što nije u skladu sa hipotezom o specifičnosti kognitivnog sadržaja (Beck, Brown, Steer, Brown, 1989; Clark, Steer, Beck, Snow, 1996; Epkins, 1996; Jolly, Dyck, Kramer, Wherry, 1994; Westra & Kuiper, 1996). Rađena su i istraživanja koja se tiču organizacije self-šeme kod ove dvije grupe pacijenata (Dozois & Frewen, 2006), ali su ona još uvijek malobrojna. U navedenoj studiji Dozoise i Frewena (Dozois & Frewen, 2006) pokazano je da depresivne i socijalno anksiozne ispitanike karakteriše visoko konsolidovan sadržaj negativne interpersonalne šeme, a slabo konsolidovan sadržaj pozitivne šeme, što ove dvije grupe ispitanika razlikuje od kontrolne grupe. Dakle, generalno gledano, dobijene su samo djelimične potvrde hipoteze o kognitivnoj specifičnosti na uzorku depresivnih i anksioznih pacijenata. Kada su u pitanju ostali poremećaji, najbliže provjerama specifičnosti su istraživanja koja su se bavila implicitnim samopoštovanjem kod paranoidnih i depresivnih pacijenata (Kesting, Mehl, Rief, Lindenmeyer, & Lincoln, 2011; Kinderman, 1994; Vázquez, Díez-Alegría, Hernández-Lloreda, & Moreno, 2008; Valiente et al., 2011) i ona su pokazala da se paranoidni pacijenti ne razlikuju značajno od depresivnih pacijenata, čime je dovedena u pitanje hipoteza o specifičnosti kognitivne šeme za svaki poremećaj. Nemamo ni istraživanja koja su se direktno

bavila specifičnošću kognitivne šeme kod bipolarnih pacijenata, ali studije (Hill, Oei, & Hill, 1989; Hollon, Kendall, & Lumry, 1986) su pokazale da se ovi pacijenti slabo razlikuju od unipolarno depresivnih kada se nalaze u depresivnoj epizodi, čime je ponovo dovedena u pitanje pretpostavka da svaki poremećaj karakteriše specifična kognitivna šema. Dakle, rezultati koji se tiču specifičnosti kognitivne šeme raznoliki kada su u pitanju anksiozni poremećaji, a nedostajući kada su u pitanju ostali poremećaji. Ono što možemo da zaključimo na osnovu ispitivanja koja su se posredno bavila ovom temom kod paranoidnih i bipolarnih pacijenata jeste da je moguće dovesti u pitanje hipotezu o specifičnosti kognitivne šeme kod različitih poremećaja, i pretpostaviti da je kod sva tri poremećaja prisutna depresivna kognitivna (self) šema.

- Kod unipolarno depresivnih pacijenata koji se nalaze u remisiji negativno mišljenje izostaje kada se primjenjuju mjere kognitivnih produkata (Lewinsohn et al., 1981; Mogg, Bradley, & Williams, 1995; Zuroff et al., 1999). Međutim, mjere koje su usmjerene na sadržaj i strukturu kognitivne self-šeme (ili uvođenje kognitivnog opterećenja u istraživanje) ukazuju na postojanje latentne depresivne self-šeme tj. na njenu stabilnost i mimo depresivnih epizoda (Solomon et al., 1998, Dozois & Dobson, 2001a). Ona se kasnije, prilikom dejstva stresnog životnog događaja, može ponovo aktivirati, što rezultira novom depresivnom epizodom. Na osnovu ovog nalaza, Dozois i Beck (2008) podržavaju tezu da depresivna kognitivna self-šema (konkretno, njeni negativni aspekti) predstavlja faktor vulnerabilnosti, dok su disfunkcionalni stavovi i automatske misli prije markeri samog poremećaja. Kada je riječ o procesiranju informacija kod unipolarno depresivnih osoba u remisiji, studije demonstriraju pomiješane rezultate. Dok neke izvještavaju o depresivnoj pristrasnosti prilikom procesiranja informacija, neke pokazuju da depresivni procesi i produkti izostaju van epizode (Dozois & Dobson, 2001). Ipak, većina studije pokazuje da se depresivna pristrasnost javlja jedino kada je prisutno indukovanje depresivnog raspoloženja (Ingram et al., 1998; Persons & Miranda, 1992).. Ovaki nalazi su u skladu sa Beckovom teorijom depresije (Beck, 1967) jer, po njoj, osobe vulnerabilne za depresiju imaju latentnu depresivnu šemu koja se aktivira prilikom dejstva negativnog životnog događaja (ili indukovanjem depresivnog raspoloženja). Aktivirana šema pokreće negativno procesiranje informacija, koje do tada nije prisutno. Tačnije, ovim osobama se aktivira negativna self-šema koja negativno boji procjene i sjećanja

na relevantna lična iskustva. Sa druge strane, neke novije studije demonstriraju da negativno procesiranje informacija i disfunkcionalna uvjerenja zapravo povećavaju rizik za javljanje prve depresivne epizode, kao i za rekurentnost poremećaja (Abramson et al., 2002; Alloy et al., 1999; Alloy et al., 2006). Dakle, depresivna pristrasnost, po ovim nalazima, predstavlja prilično stabilni faktor vulnerabilnosti za depresiju, bez obzira na trenutno stanje osobe. U studiji Alloyeve i sar. (Alloy et al., 1997) je demonstrirano da je negativno procesiranje informacija prisutno kod osoba visoko vulnerabilnih za depresiju. Ovi ispitanici su na negativne attribute (neuspješan, nemotivisan, beskoristan) imali brže vrijeme reakcije i lakše su ih pozivali u sjećanje nego pozitivne attribute (vrijedan, komeptentan, energičan). Obrnut slučaj je bio s osobama koje su nevulnerabilne za depresiju. Lewisohn, Joiner i Rohde (2001) su pokazali da su disfunkcionalna uvjerenja i atribucioni stil u interakciji sa djelovanjem negativnih stresnih događaja i predviđaju unipolarnu depresivnu epizodu. Međutim, dok disfunkcionalna uvjerenja vode do depresivne epizode u uslovima visokog stresa, atribucioni stil bolje predviđa depresivnu epizodu u uslovima niskog stresa. Dakle, mjere usmjerene na sadržaj i strukturu kognitivne šeme mahom ukazuju da je prisutna stabilna šema kod unipolarno depresivnih pacijenata, dok mjere koje su usmjerene na procesiranje i disfunkcionalnosti daju pomiješane rezultate. Iako se prisustvo depresivnog procesiranja i disfunkcionalnosti mimo epizode tumači kao visoka vulnerabilnost osobe za narednu depresivnu epizodu, njihovo prisustvo u remisiji nije u skadu sa Beckovim modelom (Beck, 1967) jer bi po njemu trebalo da oni izostaju kada je šema latentna.

1. 3. 7. 2. Bipolarni poremećaj

Bipolarni poremećaj karakterišu dvije ili više epizoda u kojima su raspoloženje i aktivnost osobe značajno poremećeni. Smetnje se ogledaju ili u povišenom raspoloženju, aktivnosti i energiji (hipomanične i manične epizode) ili u depresivnom raspoloženju, smanjenoj energiji i aktivnosti (depresivne epizode). Česte epizode samo hipomanije ili samo manije takođe treba

dijagnostifikovati kao bipolarni poremećaj. Razlikujemo bipolarni poremećaj sa hipomaničnom, maničnom (sa ili bez psihotičnih simptoma), blagom, umjerenom ili teškom (sa ili bez psihotičnih simptoma) depresivnom ili mješovitom epizodom (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Kada je osoba sa bipolarnim poremećajem u hipomaničnoj epizodi, karakteriše je trenutna hipomanična epizoda, pri čemu osoba u istoriji ima bar jednu drugu afektivnu epizodu (hipomaničnu, maničnu, depresivnu ili mješovitu). Hipomanija predstavlja stalno povišeno raspoloženje, povećanu energiju i aktivnost, izražen je osjećaj blagostanja, dobre fizičke i duševne efikasnosti. Prisutna je i povećana društvenost, komunikativnost, pretjerana familijarnost i seksualna želja, smanjena potreba za snom, ali poremećaj nije tog stepena da bi bio ugrožen poslovni uspjeh ili da bi došlo do odbacivanja od strane okoline. Nekada se može pojaviti i razdražljivost, kao i prostačko ponašanje. Ipak, mnogo češća je euforična društvenost. Promjene raspoloženja nisu praćene halucinacijama ili sumanutim idejama (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Za dijagnozu bipolarnog poremećaja sa maničnom epizodom bez psihotičnih simptoma je potrebno da je ranije postojala bar jedna druga afektivna epizoda (hipomanična, manična, depresivna ili mješovita). Trenutnu epizodu karakteriše povišeno raspoloženje. Može varirati od bezbrižne veselosti do nekontrolisanog uzbuđenja. Energija je povećana (hiperaktivnost), kao i govorljivost. Prisutna je nesanica, kao i rasijanost usled nemogućnosti da se pažnja zadrži. Dolazi do skoka samopoštovanja, često uz izražene ideje veličine i slobodnog izražavanja. Normalne socijalne inhibicije nestaju pa je osoba sklona neuobičajnom i neprimjerenom ponašanju (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Bipolarni poremećaj sa maničnom epizodom sa psihotičnim simptomima karakteriše povišeno raspoloženje i aktivnost, uz prisustvo sumanutih ideja (obično veličine) ili halucinacija (najčešće glasovi koji se direktno obraćaju pacijentu) koji su najčešće saobraženi afektu. Prisutna je pretjerana uzbuđenost, motorni nemir i bujica ideja, zbog čega je osobu skoro nemoguće razumjeti. Da bi se uspostavila ova dijagnoza, potrebno je da osoba u iskustvu ima bar jednu afektivnu epizodu (hipomanijsku, manijsku, depresivnu ili mješovitu) (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Bipolarni poremećaj sa blagom ili umjerenom depresivnom epizodom karakteriše depresivna epizoda koja ima više od 2 simptoma koja karakterišu depresiju, a takođe je prisutna manja ili veća teškoća pri obavljanju svakodnevnih poslova. Za uspostavljanje ove dijagnoze potrebno je da je osoba imala bar jednu hipomaničnu, maničnu ili mješovitu epizodu u istoriji (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Bipolarni poremećaj sa teškom depresivnom epizodom bez psihotičnih simptoma podrazumijeva tešku depresivnu epizodu, gdje je prisutno nekoliko simptoma karakterističnih za depresiju, a među tipičnim spadaju gubitak samopoštovanja i ideje bezvrijednosti i krivice. Često su prisutne suicidalne misli, kao i tjelesne tegobe. Osoba u istoriji ima bar jednu hipomaničnu, maničnu ili mješovitu epizodu (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Bipolarni poremećaj sa teškom depresivnom epizodom sa psihotičnim simptomima karakteriše, osim stanja opisanog u prethodnom pasusu, prisustvo psihotičnih simptoma, u vidu halucinacija, sumanutosti, motorne usporenosti ili depresijskog stupora. Socijalne aktivnosti su time onemogućene. Da bi se ova dijagnoza uspostavila, takođe je potrebno da osoba u iskustvu ima bar jednu hipomaničnu, maničnu ili mješovitu epizodu (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Bipolarni poremećaj sa mješovitom epizodom karakteriše brzo smjenjivanje depresivnih i maničnih simptoma. Osoba je prethodno imala u iskustvu bar jednu hipomaničnu, maničnu ili mješovitu epizodu (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Perzistentni poremećaj raspoloženja, koji je opisan u dijelu o unipolarnoj depresiji, prisjetimo se, karakterišu česti i trajni poremećaji raspoloženja, pri čemu većina epizoda nisu dovoljno teške da bi se mogle dijagnostifikovati kao hipomanija ili blaga depresivna epizoda. Ovo stanje može trajati godinama, nekada i skoro čitav život. Pored distimije, koja je prethodno opisana, ovdje spada i ciklotimija. U pitanju je stanje u kom se smjenjuju periodi depresije i blagog ushićenja, ali njihov intenzitet i trajanje nisu dovoljno dugi da bi se ovo stanje moglo zvesti kao bipolarni afektivni poremećaj. Ovaj poremećaj je često prisutan kod rođaka osoba sa dijagnostifikovanim bipolarnim poremećajem, a dešava se i da se vremenom ova dijagnoza razvije u bipolarni poremećaj (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Bipolarni poremećaj u remisiji podrazumijeva da je osoba u iskustvu imala bar jednu hipomaničnu, maničnu ili mješovitu afektivnu epizodu, a pored toga još jednu hipomanijskog, manijskog, depresivnog ili mješovitog tipa ali u poslednjih nekoliko mjeseci ne pati od bilo kog značajnog poremećaja raspoloženja (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Bipolarni poremećaj je dugo vremena objašnjavan isključivo biološkim varijablama. Međutim, iako je prevalenca bipolarnog poremećaja visoka i postoje mnoga istraživanja koja koriste neurolikovne, biohemijske i neuropatološke metode, etiologija i patofiziologija ovog poremećaja nije potpuno poznata. Ipak, kod bipolarnih pacijenata najčešće su prisutne lezije u prefrontalnom i temporalnom dijelu mozga. Lezije u lijevoj hemisferi su češće povezane sa depresijom a lezije u desnoj hemisferi sa manijom, iako može biti drugačije u zadnjim djelovima mozga (npr. depresija je u vezi sa parijetookcipitalnom lezijom) (Goodwin & Jamison, 1990). Takođe, većina studija je saglasno da je prefrontalna i prednja paralimbička hiperaktivnost povezana sa depresivnom epizodom, dok su nalazi za maniju nekonzistentni (Altshuler, Curran, Hauser & Mintz, 1995). Opšti zaključak je da bipolarni poremećaj nastaje usled interakcije većeg broja promjena koje mogu zahvatiti različite neuronske krugove, odnosno, mogu biti posljedica poremećaja regulacije otpuštanja neurotransmitera ili provođenja signala u različitim signalnim sistemima. Sva istraživanja prilično jasno pokazuju na poremećaj regulacije u složenom odnosu biogenih amina u centralnom nervnom sistemu (Hilty, Brady & Hales, 1999). “Kateholaminska hipoteza” se najčešće koristi za objašnjenje bipolarnog poremećaja, pogotovo manije. Naime, po ovoj hipotezi, do manije dolazi zbog viška kateholamina a do depresije zbog manjka. Najčešće se noradrenalin dovodi u vezu sa depresijom. Dopamin se takođe koristi za objašnjenje bipolarnog poremećaja, jer prekursor dopamina L-dop, amfetamini i TCA često dovode do hipomanije. Sa druge strane, antipsihotici koji blokiraju receptore dopamina su efikasni u liječenju manije (Hilty, Brady & Hales, 1999). Prema tzv. “permisivnoj hipotezi” nizak nivo serotonina vodi i do depresivnog i do maničnog stanja, mahom preko prigušivanja drugih neurotransmitera (najčešće noradrenalin i dopamina) (Hilty, Brady & Hales, 1999). Neuroendokrini uzroci ogledaju se u poremećaju limbičko-hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osovine (Daban, Vieta, Mackin & Young, 2005). Imuni faktori sniženi su i kod manije i kod depresije (Altamura, Buoli & Pozzoli, 2014). Dokazi o nasljeđivanju su naročito jaki za ovaj poremećaj. Istraživanja nad pacijentima sa bipolarnim afektivnim poremećajem ukazuju da je riječ o naslednoj bolesti za koju je

karakterističan: povećan rizik za rođake u prvom koljenu, kao što su roditelji, braća i djeca; kompleksan model nasljeđivanja; niz fenotipskih oblika bolesti koji su povezani sa genetičkim defektima (Goodwin & Jamison, 1990; Reus & Freimer, 1997).

1. 3. 7. 2. 1. Teorija nastanka i razvoja bipolarnog poremećaja

Kognitivne teorije depresije, a naročito Beckova teorija (Beck, 1967), se često koriste i za objašnjenje nastanka, razvoja i održavanja bipolarnog poremećaja (Alloy et al., 2006; Alloy, Reilly–Harrington, Fresco, & Flannery–Schroeder, 2006; Alloy et al., 1999; Hammen, Davila, Brown, Ellicott, & Gitlin, 1992; Newman, Leahy, Beck, Reilly–Harrington, & Gyulai, 2002; Reilly–Harrington et al., 1999). Autori smatraju da su isti kognitivni procesi koji doprinose vulnerabilnosti za unipolarnu depresiju odgovorni i za razvijanje depresivne epizode kod bipolarnog poremećaja. Mišljenja su da se ova epizoda, isto kao i kod unipolarne depresije, najčešće javlja nakon što osoba doživi negativni životni događaj. Kada je riječ o maničnoj epizodi, po Becku (Beck, 1976), osobe sklone maničnim epizodama imaju pozitivnu self-šemu koja se sastoji od nerealističnih pozitivnih stavova o sebi, svijetu i budućnosti. Kada se ova pozitivna self-šema aktivira nakon dejstva pozitivnih životnih događaja, javlja se manična simptomatologija. Ipak, utvrđeno je da i negativni životni događaji mogu biti okidači za maničnu epizodu (Alloy et al., 2006; Alloy, Reilly-Harrington et al., 2006; Johnson & Roberts, 1995). Na osnovu toga autori izvode zaključak da je kognitivni stil prisutan prilikom interpretiranja negativnih događaja važniji za razvoj maničnih i hipomaničnih epizoda od kognitivnog stila prisutnog prilikom interpretiranja pozitivnih događaja. Ovaj zaključak je u skladu sa psihodinamskim viđenjem po kome manično stanje predstavlja odbranu tj. kontra-reakciju na depresivne tendencije koje stoje u pozadini (Freeman, 1971).

1. 3. 7. 2. 2. Istraživanja specifičnosti i stabilnosti kognitivne self-šeme kod bipolarnog poremećaja

Kod bipolarnog poremećaja, osobe koje se nalaze u depresivnoj epizodi, ne demonstriraju nikakvu razliku po pitanju sadržaja aktivirane kognitivne self-šeme u odnosu na osobe koje imaju dijagnozu unipolarne depresije, a koje se takođe nalaze u depresivnoj epizodi. I jedni i drugi pacijenti pokazuju izrazito negativno viđenje sebe, svijeta i budućnosti, kao i negativnu pristrasnost pri procesiranju informacija. Na primjer, i unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti pokazuju isti broj negativnih automatskih misli i disfunkcionalnih stavova (Hill, Oei, & Hill, 1989; Hollon, Kendall, & Lumry, 1986). Takođe, pokazalo se da su i unipolarno i bipolarno depresivne žene samokritične u značajno većoj mjeri od nekliničkog dijela uzorka (Rosenfarb, Becker, Khan, & Mintz, 1998). Reilly–Harrington i sar. (1999) su u svojoj studiji demonstrirali da unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti pokazuju unutrašnji, stabilni i globalni atribucioni stil za negativne događaje, kao i spoljašnji, nestabilni i specifični atribucioni stil za pozitivne događaje, što nije bio slučaj sa nekliničkim dijelom uzorka.

Studije koje su se bavile ispitivanjem bipolarnih u maničnoj ili hipomaničnoj epizodi su pokazale koliko je važno napraviti razliku između istraživanja gdje su korišćene implicitne mjere self-šeme u odnosu na one gdje su korišćene eksplicitne. Bentall i Thompson (1990) su upoređivali studente čiji je skor bio visok na skali hipomanije sa onima kojima je skor bio nizak, koristeći Strupov emocionalni test, koji predstavlja implicitnu mjeru. Pokazali su da, baš kao i kod unipolarne depresivnih (Ingram et al., 1998), hipomaničnim studentima treba duže da imenuju boju kada je prikazana riječ vezana za depresiju, što nije slučaj u situacijama kada je prikazana riječ vezana za euforiju. Isti nalaz su demonstrirali Lyon, Startup i Bentall (1999) u svom istraživanju gdje su poredili bipolarne pacijente u depresivnoj epizodi, bipolarne pacijente u maničnoj epizodi i opštu populaciju. Oni su takođe demonstrirali da bipolarno depresivni pacijenti pokazuju negativno procesiranje informacija poput unipolarne depresivnih pacijenata, a takođe su skloni da zapamte mnogo više negativnih nego pozitivnih samoopisnih atributa. Pacijenti u maničnoj epizodi su demonstrirali pozitivnu pristrasnost kada je primijenjena eksplicitna mjera (sebe su opisivali mnogo više sa pozitivnim umjesto sa negativnim atributima) ali kada su primijenjene implicitne

mjere, nije demonstrirana razlika u odnosu na unipolarne depresivne pacijente i bipolarnu pacijente u depresivnoj epizodi: negativnim događajima su pripisivali unutrašnji uzrok, sporije su imenovali riječi koje su se ticale depresije i ponovili su više negativnih nego pozitivnih samoopisnih atributa. Ovi nalazi sugeriraju da kod bipolarnih pacijenata moguće da je prisutna ista šema kao kod unipolarne depresivnih pacijenata, čime je dovedena u pitanje pretpostavka da svaki poremećaj karakteriše specifična kognitivna šema.

Nekoliko studija se bavilo stabilnošću kognitivnih obrazaca kod bipolarnih pacijenata ispitujući osobe u remisiji ili longitudinalnim dizajnom istraživanja i nalazi su dosta neusaglašeni. Ipak, meta-analize su pokazale da na mjerama koje su usmjerene na sam sadržaj kognitivne self-šeme, ovi pacijenti pokazuju negativnu sliku o sebi dok na mjerama produkata izrazito pozitivnu, čak nekada pozitivniju od opšte populacije (Winters & Neale, 1985; Rosenfarb et al., 1998; Scott, Stanton, Garland, & Ferrier, 2000; Alloy et al., 2005). Predstavimo neke od studija koje su se bavile ispitivanjem sadržaja i produkata self-šeme kod bipolarnih u remisiji.

U dvije studije sa istim uzorkom, Tracy i sar. (Pardoen, Bauwens, Tracy, Martin, & Mendlewicz, 1993; Tracy, Bauwens, Martin, Pardoen, & Mendlewicz, 1992) nisu pokazali niže generalno samopoštovanje kod bipolarnih u remisiji u odnosu na kontrolnu grupu. Takođe, Reilly-Harrington i sar. (1999) nisu demonstrirali razlike u atribucionom stilu, disfunkcionalnim stavovima, kao ni na mjerama procesiranja informacija kod unipolarne depresivnih u remisiji, bipolarne depresivnih u remisiji i opšte populacije. Ipak, bipolarni u remisiji su produkovali više depresivnih nego nedeprativnih samoopisnih atributa i procijenili da će se ponašati više depresivno u budućnosti u poređenju s unipolarne depresivnim u remisiji i opštom populacijom. Takođe, četiri studije su pružile dokaze da je kod bipolarnih u remisiji prisutan negativan kognitivni stil i procesiranje informacija. Winters i Neale (1985) su pokazali da iako bipolarni u remisiji na eksplicitnim mjerama pokazuju veće samopoštovanje od unipolarne depresivnih u remisiji i opšte populacije, na implicitnim mjerama oni vrše negativno procesiranje poput unipolarne depresivnih u remisiji. Rosenfarb i sar. (1998) su pokazali da su unipolarne depresivne i bipolarne depresivne žene u remisiji značajno više samokritične od kontrolne grupe, s jedinom razlikom što su se unipolarne depresivne žene pokazale značajno više zavisnim od kontrolne grupe. U studiji Scotta i sar. (Scott et al., 2000) demonstrirano je da bipolarni u remisiji imaju značajno više disfunkcionalnih stavova (naročito vezano za perfekcionizam i prihvatanje

od strane drugih), veću sociotropiju, a i produkovalu su manje rešenja za probleme socijalne prirode, u odnosu na kontrolnu grupu. U istraživanjima Abramsonove i sar. (Abramson et al., 2006) osobe sklone bipolarnom poremećaju su pokazale negativniji kognitivni stil i procesiranje informacija od osoba koje spadaju u rizičnu grupu za razvijanje unipolarne depresije. Bipolarni su demonstrirali negativnije procesiranje, disfunkcionalnija uvjerenja (posebno vezana za perfekcionizam), autonomiju (posebno vezano za kontrolu), samokritičnost, samosvjesnost, veći stepen ruminiranja u poređenju sa kontrolnom grupom. Razlike nisu pokazane kada je riječ o zavisnosti i sociotropiji. Bipolarne osobe je naročito karakterisala briga vezana za uspjeh, perfekcionizam, autonomija, samokritičnost i ruminiranje, dok je zavisnost, sociotropija, briga vezana za odnose s drugim ljudima više karakterisitika unipolarne depresivnih osoba.

Samo dvije studije su imale longitudinalni dizajn prilikom ispitivanja stabilnosti kognitivne šeme kod bipolarnog poremećaja. Eich i sar. (Eich, Macaulay, & Lam, 1997) su kod 10 pacijenata kojima su se brzo smjenjivale epizode depresivnog i maničnog raspoloženja pokazali kako su u depresivnoj fazi sjećanja koja osoba ima značajno negativnija u odnosu na ona koja su dominantna u maničnoj epizodi, što govori u prilog nestabilnosti kognitivne šeme kod bipolarnog poremećaja. Alloy i sar. (1999) su ispitivali atribucionni stil, disfunkcionalna uvjerenja, kao i kognicije o sebi. Uzorak je činilo 13 ciklotimičnih ispitanika, 8 distimičnih, 10 hipomaničnih i 12 iz opšte populacije, a ispitivani su u tri različita vremenska perioda. U prvom mjerenju, svi ispitanici su bili van epizode. U drugom mjerenju, ciklotimični i distimični su bili u depresivnom stanju, hipomanični su bili u hipomaničnom, a kontrolna grupa je bila u normalnom raspoloženju. U trećem mjerenju, distimični su bili u drugoj depresivnoj epizodi, ciklotimični i hipomanični su bili u hipomaničnoj epizodi, a kontrolna grupa je bila u normalnom raspoloženju. Nalazi su pokazali da su procesiranje i disfunkcionalna uvjerenja stabilni u toku vremena, uprkos promjeni raspoloženja. Tačnije, u različitim epizodama, distimični i ciklotimični pacijenti su vršili negativno procesiranje, nisu se razlikovali između sebe, a jesu u odnosu na hipomanične pacijente i opštu populaciju, koji se takođe nisu međusobno razlikovali po atribucionom stilu. Grupe su se razlikovale po trenutnim self-percepcijama, zavisno od toga u kojoj epizodi se nalaze. Iako se grupe nisu razlikovale po percepciji samih sebe u prvom i trećem mjerenju, u drugom mjerenju, kada su ciklotimični i distimični bili u depresivnoj epizodi, a hipomanični u hipomaničnoj epizodi, distimični i ciklotimični su o sebi mislili na mnogo negativniji način u

poređenju sa hipomaničnim i opštom populacijom. Takođe, kod ciklotimičnih su samoprocjene bile mnogo negativnije kada su u depresivnoj epizodi (2. mjerenje) u poređenju sa samoprocjenama u hipomaničnoj epizodi (3. mjerenje) ili u normalnom raspoloženju (1. mjerenje). Dakle, na osnovu ove studije, autori su izveli nekoliko zaključaka. Nasuprot ciklotimičnim, unipolarno hipomanični (nisu imali u istoriji depresivnu epizodu), pokazuju značajno pozitivnije procesiranje, slično onome koje je prisutno kod opšte populacije. Ovakav nalaz sugerše da se procesiranje može razlikovati kod unipolarne manije/hipomanije (značajno je pozitivnije) od onog kod manije/hipomanije kojoj je prethodila neka depresivna epizoda. Drugi krupan nalaz u ovom istraživanju sugerše da je kognitivna vulnerabilnost (negativno procesiranje i disfunkcionalni stavovi) stabilna uprkos promjeni u raspoloženju u okviru određenog poremećaja. Ipak, treba uzeti u obzir da su u uzorak ušle osobe koje nisu bile liječene, što autore upućuje na zaključak da su lijekovi ti koji mogu poboljšati procesiranje i smanjiti disfunkcionalnosti, a ne prirodno izlječenje samo po sebi. Zadnji važan nalaz je da ciklotimični pacijenti, iako pokazuju stabilnost po pitanju procesiranja i disfunkcionalnosti bez obzira na trenutno stanje, percepcije vezane za sebe se mijenjaju pa su u hipomaničnim epizodama značajno pozitivnije nego u depresivnim epizodama. Ovo autore (Alloy et al., 1999) navodi na zaključak da iako su negativno procesiranje i disfunkcionalnosti prilično stabilni kod bipolarnih pacijenata, ove osobe takođe mogu posjedovati još više latentnu pozitivnu šemu koja se aktivira u pozitivnom raspoloženju. Dalje studije bi trebale ispitati ovaj zaključak.

Dvije studije su se bavile ispitivanjem da li faktori vulnerabilnosti za pojavu i povratak unipolarne depresije ujedno predstavljaju i faktore vulnerabilnosti za epizode bipolarnog poremećaja. Johnson i sar. (Johnson, Meyer, Winett, & Small, 2000) su na malom uzorku bipolarnih pacijenata provjeravali da li nivo samopoštovanja predviđa buduće depresivne i maniće simptome. Pronašli su da nisko samopoštovanje predviđa porast depresivnih, ali ne i maničnih simptoma tokom vremena. Na nešto većem uzorku, Johnson i Fingerhut (2004) su pokazali da više negativnih a manje pozitivnih automatskih misli predviđaju porast depresivne, ali ne i manične simptomatologije u dvogodišnjoj follow-up studiji. Ni depresivni ni manični simptomi nisu predviđeni disfunkcionalnim stavovima. Sa druge strane, Scott i Pope (2003) su pokazali da je nisko samopoštovanje glavni prediktor relapsa u dvanaestomjesečnoj follow-up studiji, na malom uzorku hipomaničnih bipolarnih pacijenata. Alloy i sar. (2006) su u

tridesettromjesečnoj follow-up studiji pokazali da negativno procesiranje prilikom negativnih događaja i crta autonomije predviđaju javljanje depresivne epizode, dok autonomija i samokritičnost predviđaju hipomaničnu/maničnu epizodu. Ovaj nalaz ide u prilog pretpostavci da kognitivni stil koji povećava vulnerabilnost za unipolarnu depresiju, može takođe predstavljati rizik i za epizode bipolarnog poremećaja.

Dakle, generalni zaključak je da kada se u istraživanju primjenjuju implicitne mjere, bipolarni pacijenti pokazuju stabilnost depresivne kognitivne šeme. Na eksplicitnim mjerama, ova šema nije vidljiva van epizode.

1. 3. 7. 3. Paranoidni poremećaji

Paranoidnu shizofreniju karakterišu sumanute ideje koje su manje ili više bizarne, nesistematizovane, nepovezane, promjenljive. Prisutan je i poremećaj afekta, a javljaju se i halucinantna aktivnost, poremećaji volje, poremećaji doživljavanja sopstvenog ja (Nedić i Živanović, 2009). Kada je riječ o sumanutim idejama, obično su to ideje proganjanja, ali se javljaju i druge. Česte su ideje reference koje nastaju kada osoba trivijalan događaj ugradi u svoju sumanutu konstrukciju, čime se taj beznačajan događaj pretvara u plansko ponašanje drugih ljudi koje je usmjereno protiv nje (Davison & Neale, 1999).

Sumanuti poremećaj karakterišu razvoj jedne ili više sumanutih ideja, koje su vrlo uporne i nekad prisutne tokom cijelog života pojednca (Svetska zdravstvena organizacija, 1992). Sadržaj ideje/a je promjenljiv. Ideje nisu bizarne i često se odnose na situacije koje se mogu pojaviti u svakodnevnom životu. Najčešće su to ideje proganjanja, veličine, hipohondrijske ideje, ljubomore ili erotomanske sumanutosti. Shodno tome, razlikujemo više tipova poremećaja sa sumanutošću: persekutorni tip, sumanuta ljubomora, grandiozni tip, erotomanski tip, somatski tip i mješoviti tip. Raspoloženje osoba sa ovim poremećajem je u skladu sa sadržajem sumanutih ideja, afekat stenično prati sadržaje mišljenja. Poremećaji opažanja su rijetko prisutni. Uvida u postojanje poremećaja po pravilu nema. Pacijenti sa sumanutim poremećajem mogu djelovati krajnje neupadljivo, kako laicima, tako i ljekarima usled činjenice da im je očuvana „fasada“, a

psihičke funkcije van segmenta koji se odnosi na sumanute sadržaje nisu, bar na prvi pogled, grubo poremećene (Nedić i Živanović, 2009). Ova dijagnoza ne obuhvata jasne i uporne slušne halucinacije (glasove), moždano oboljenje ili shizofrene simptome, poput sumanutih ideja kontrole ili naglašene afektivne tuposti. Tek kod starijih pacijenata slušne halucinacije mogu biti prisutne, a da se ne isključuje ova dijagnoza, ali samo pod uslovom da halucinacije nisu tipično shizofrene i da podrazumijevaju mali dio sveukupne kliničke slike. Ovaj poremećaj se od paranoidne shizofrenije razlikuje po tome što je riječ o logički usaglašenom i konzistentnom sistemu paranoidnih ideja (Trebješanin, 2004). Dakle, gubitak kontakta sa realnošću se odnosi samo na ograničeni sumanuti sistem vjerovanja dok se ne odražava u ostalim sferama života.

Paranoidni poremećaj ličnosti karakteriše pretjerana osjetljivost na odbacivanje, nezaboravljanje uvreda, pretjerana sumnjičavost i tendencija da se neutralni, čak i pozitivni, postupci drugih tumače kao neprijateljski. Osobe s ovom dijagnozom su sklone patološkoj ljubomori, kao i pretjeranom zauzimanju i borbi za svoja prava. Često je prisutno i precjenjivanje sopstvene važnosti i obaviještenosti. Ovaj poremećaj može biti teren na kojem se neprimjetno i postepeno razvija poremećaj sa sumanutošću, koje osobe iz okruženja prepoznaju tek onda kada se jave grube promjene u ponašanju (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

1. 3. 7. 3. 1. Self-šema kod paranoidnih pacijenata prema savremenima teorijama persekucija



Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood i Kinderman (2001) su iznijeli model po kojem su paranoidne ideje posledica abnormalnih atribucionih procesa. Dosta istraživanja je potvrdilo specifičan atribicioni stil kod paranoidnih osoba (Bentall & Kaney, 1989; Candido & Romney, 1990; Won & Lee, 1997). Naime, pokazano je da paranoidne osobe pozitivnim događajima pripisuju unutrašnje uzroke, a negativnim spoljašnje uzroke u većoj mjeri nego što to čini

Slika 6. *Richard Bentall*

opšta populacija, pri čemu uzroke tih događaja naročito pripisuju postupcima i namjerama drugih ljudi (personalne atribucije). U skladu sa prethodno iznijetim, dalje je iznešena pretpostavka da paranoidne osobe koriste ovakav način atribuiranja kao odbrambeni manevar jer imaju latentna negativna vjerovanja o sebi koja postaju izrazito dominantna pri aktiviranju negativnih životnih događaja (Bentall et al., 2001). Osobe sa sumanutim idejama proganjanja nastoje da izbjegnu aktiviranje negativnih vjerovanja o sebi pripisujući uzroke prijetećih događaja akcijama drugih ljudi. Shodno iznijetom, pretpostavljeno je da će osobe s idejama proganjanja pokazati normalan ili čak vrlo visok skor na eksplicitnim mjerama samopoštovanja, dok će na implicitnim mjerama samopoštovanja demonstrirati izuzetno nizak skor (Bentall, 1994; Kinderman, 1994). Svjesni ili eksplicitni self-koncept predstavlja svjesne evaluacije osobe o sebi i najčešće im se u istraživanjima pristupa preko upitnika samoprocjene. Implicitni self-koncept se odnosi na automatske evaluacije osobe o sebi i one se odvijaju na nesvjesnom nivou (Bosson, Swann, & Pennebaker, 2000; Greenwald & Banaji, 1995). S obzirom na iznešenu pretpostavku o latentnoj negativnoj slici o sebi, javio se problem konstruisanja upitnika kojim bi se moglo pristupiti ovim nivoima self-koncepta. Najčešće se koriste različite varijante Strupovog emocionalnog zadatka (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996), testovi memorije (broj pozitivnih i negativnih samoopisnih pridjeva koje osoba zapamti) i, najčešće, mjerenje dužine reakcija na zadacima na kompjuteru gdje su samoopisne riječi pojavljuju u paru s pozitivnim i negativnim atributima (Greenwald & Farnham, 2000; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). Negativne latentne self-reprezentacije kod ove populacije su demonstrirane u dosta studija (Bentall & Kinderman, 1998; Valiente et al., 2011), čime je podržana hipoteza o depresivnoj kognitivnoj šemi i kod ove grupe pacijenata. Više o istraživanjima ćemo pisati u narednom poglavlju.

Bentallov model (Bentall et al., 2001) je ubrzo počeo trpjeti kritike, pa su tako Freeman i sar. (1998) na osnovu pregleda istraživanja koja su se bavila vezom samopoštovanja i paranoidnosti zaključili da je isuviše malo dokaza koji potvrđuju defanzivne procese o kojima govore Bentall i sar. (2001). Freeman i sar. (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002) smatraju da se paranoidnost gradi na niskom generalnom samopoštovanju. Oni pretpostavljaju da su nisko samopoštovanje, u kombinaciji sa kognitivnim greškama (npr. skakanje na zaključak) i atribucionim greškama, faktori vulnerabilnosti i održavanja persekucija. Ovaj model zagovara stanovište da paranoidne osobe imaju nisko i eksplicitno i implicitno samopoštovanje. Na osnovu

Freemanovog modela (Freeman et al., 2002) krenuo je talas istraživanja (Fowler et al., 2006; Lincoln et al., 2010; Rector, 2004) gdje je pretpostavljeno da paranoidne osobe karakteriše ekstremno negativno viđenje sebe (vide sebe kao slabe ili loše); takođe ih karakterišu disfunkcionalni self-koncepti vezani za: postignuće (imaju osjećaj bezvrijednosti zbog počinjene greške), socijalne veze (vide sebe kao inferiorne u odnosu na druge) i prihvatanje od strane drugih (neophodno im je odobravanje od strane drugih). Dakle, krenulo se od pretpostavke da pojedini aspekti self-koncepta su disfunkcionalni a ne generalno slika o sebi.

Chadwick i Trower (1997) ukazali su na mogućnost postojanja dva tipa paranoje: «jadan ja» - nezaslužene paranoje i «loš ja» - kažnjavajuće paranoje. Za oba tipa je karakteristično negativno viđenje drugih, ali je drugačije viđenje sebe. Prvi tip paranoje, «jadan ja», karakteriše to da pacijent sebe vidi kao žrtvu proganjanja. Ovaj tip može biti povezan sa procesom atribuiranja gdje se negativni događaji pripisuju spoljašnjem uzroku radi odbrane od samooptuživanja i niskog samopoštovanja, kao što predlažu Bentall i sar. (2001). Međutim, na eksplicitnom nivou, oni imaju pozitivnu self-šemu, čak je prisutan i superiorni doživljaj sebe u odnosu na druge. Drugi tip, «loš ja» paranoju, karakteriše pacijentovo vjerovanje da je proganjanje zaslužena posledica toga što je on sam „loš“. Stoga je ovaj tip paranoje povezan sa negativnom self-šedom i depresivnim karakteristikama, uključujući i nisko eksplicitno samopoštovanje, što je više u vezi sa onim o čemu govore Freeman i sar. (1998). Ipak, dokazi za ovu kategorizaciju su slabi (Bentall et al., 2001; Freeman, 2007).

Poslednji talas istraživanja persekucija govori o tome da je nestabilno samopoštovanje, prije nego generalno nisko samopoštovanje, ono što je ključan faktor u formiranju persekucija (Bentall et al., 2001; Kesting, Mehl, Rief, Lindenmeyer, & Lincoln, 2013; Thewissen et al., 2007; Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os, & Myin-Germeys, 2008). Bentall i sar. (2001) nadopunjuju svoj model i fluktuaciju u samopoštovanju kod osoba sa persekucijama interpretiraju u skladu s početnim pretpostavkama modela. Naime, fluktuaciju vide kao odraz nemogućnosti ovih osoba da konstantno održavaju sliku o sebi personalnim atribuiranjem negativnih događaja. Povremeno defanzivni mehanizam popusti i dolazi do manifestacije negativne self-šeme. Iznešena je i pretpostavka da paranoidne osobe samim tim imaju veće fluktuacije u samopoštovanju u odnosu na opštu populaciju, kao i da pad samopoštovanja dovodi do porasta paranoje (Bentall et al., 2001).

Bentall i sar. (2001) dalje nadograđuju svoj model pomoću Higginsove teorije self-diskrepance (Higgins, 1987). Prema ovoj teoriji osobe imaju više self-reprezentacija i kod paranoidnih osoba je prisutna razlika između trenutnih vjerovanja o sebi (aktuelni self, po terminologiji ove teorije) i standarda samovrednovanja, koji obuhvataju idealni self (kakva osoba želi biti) i primorajući/moralni self (kakva bi osoba trebala biti). Bentall i sar. (2001) uvode ove konstrukte u svoju teoriju i izvode pretpostavku da spoljašnji stil atribuiranja negativnih događaja smanjuje razliku između aktuelnog i idealnog selfa, ali i prouzrokuje kod paranoidnih osoba vjerovanja da su drugi ljudi zli i da imaju zle namjere, što za posledicu ima stvaranje nove diskrepance, ovoga puta između aktuelnog selfa i onoga kako osobe misle da ih drugi vide.

Priča se dalje usložnjava ako se pozovemo na Becka (Beck, 1983) koji je tvrdio da postoje različiti tipovi samovrednovanja. Autori (Ouimette, Klein, Anderson, & Riso, 1994) su krenuli od pretpostavke da je kod paranoidnih samovrednovanje zasnovano na autonomiji (individualno postignuće) a mnogo manje na sociotropiji (povezanost i interakcija sa drugima). Robson (1989) ističe da su različite mjere usmjerene na različite aspekte samovrednovanja, dok Gilbert i sar. (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004) smatraju da mjere koje su usmjerene na globalno samopoštovanje, poput Rozenbegove skale samopoštovanja (Rosenberg, 1965), nisu adekvatne i da je mnogo bolje primijeniti mjere koje pristupaju pozitivnom i negativnom self-konceptu odvojeno. Freeman (2007) dalje smatra da specifična negativna uvjerenja o sebi i drugima (self-šema) mnogo bolje od nivoa samopoštovanja predviđaju paranoju (Fowler et al., 2006; Smith et al., 2006). Dakle, zaključak je da bi u istraživanjima trebalo koristiti intrumente koji mjere self-šemu a ne samopoštovanje, a kojima se ujedno mogu zasebno ispitati pozitivni i negativni aspekti self-šeme, kao i autonomno, odnosno sociotropno, viđenje sebe.

1. 3. 7. 3. 2. Istraživanja kognitivne self-šeme kod paranoidnih osoba

Kada je riječ o eksplicitnom samopoštovanju kod paranoidnih osoba, nešto veći broj studija pokazuje da je samopoštovanje značajno niže nego kod opšte populacije (Combs et al., 2009; Kesting et al., 2011; MacKinnon, Newman-Taylor, Stopa, 2011; McKay, Langdon, & Coltheart,

2007; Merrin, Kinderman, & Bentall, 2007; Moritz, Werner, & von Collani, 2006; Vazquez, Diez-Alegria, Hernandez-Lioareda, & Moreno, 2008) dok u nešto manjem broju istraživanja nije nađena značajna razlika (Fornells-Ambrojo, & Garety, 2009; Lyon, Kaney, & Bentall, 1994; McCulloch, Clare, Howard, & Peters, 2006; Valiente et al., 2011). Ipak, kad je riječ o studijama gdje nije pronađena razlika, treba napomenuti da je studija Lyona i sar. (Lyon et al., 1994) imala vrlo mali uzorak (N=14), dok je uzorak u studijama Fornells-Ambrojoa i Garetya (Fornells-Ambrojo & Garety, 2009) i McCullocha i sar. (McCulloch et al., 2006) bio vrlo specifičan jer su uključeni samo pacijenti na početku epizode i na kraju epizode. U studiji (Thewissen et al., 2008) gdje je izvršena podjela uzorka na visoko, srednje i nisko paranoidne se pokazalo da više paranoidni pacijenti pokazuju niže eksplicitno samopoštovanje od manje paranoidnih pacijenata. Neka istraživanja koja su se bavila ispitivanjem eksplicitnog samopoštovanja kod paranoidnih osoba, kao kontrolnu grupu su imali depresivne pacijente. U većini studija s ovakvim dizajnom je pokazan značajno viši nivo samopoštovanja kod paranoidnih osoba u odnosu na depresivne pacijente (Candido, & Romney, 1990; Fornells-Ambrojo, & Garety, 2009; Lyon et al., 1994; McCulloch et al., 2006; Valiente et al., 2011; Vázquez et al., 2008). U manjem broju istraživanja nije nađena statistički značajna razlika (Kesting et al., 2011; Merrin et al., 2007; Moritz et al., 2006). Uticaj persekucija je ispitivan poređenjem aktuelno paranoidnih osoba sa paranoidnim pacijentima u remisiji ili sa aktuelno psihotičnim pacijentima, koji nisu paranoidni. Mahom nije pokazana razlika u nivou eksplicitnog samopoštovanja između akutno paranoidnih osoba i onih u remisiji (Vázquez et al., 2008; Kesting et al., 2011) ili između paranoidnih pacijenata i psihotičnih pacijenata, koji nisu paranoidni (Bowins, & Shugar, 1998; Combs et al., 2009; Freeman et al., 1998). U svega jednoj studiji (Moritz et al., 2006) je pokazano da paranoidni pacijenti imaju viši nivo eksplicitnog samopoštovanja u odnosu na psihotične osobe, koje nisu paranoidne. Imamo i studije gdje su upoređivani ispitanici na osnovu izraženosti paranoidnih simptoma (Cicero & Kerns, 2011; Combs & Penn, 2004; Combs et al., 2007; Ellett, Lopes, & Chadwick, 2003; Fowler et al., 2006; Martin & Penn, 2001; Palmier-Claus, Dunn, Morrison, & Lewis, 2011; Raes & Van Gucht, 2009; Thewissen et al., 2007; Warman, Lysaker, Luedtke, & Martin, 2010). Sve studije su pokazale da je niži nivo eksplicitnog samopoštovanja povezan s većim stepenom paranoidnosti. U svim ovim studijama je bio veliki uzorak (od 60 do 4636 ispitanika). Opšti zaključak je da postoji dovoljno dokaza u prilog tome da je opšte eksplicitno samopoštovanje nisko kod paranoidnih pacijenata, bilo da se nalaze u akutnoj fazi, remisiji ili u

subkliničkoj fazi. Takođe se da zaključiti da nivo samopoštovanja nije toliko nizak kao kod depresivnih pacijenata.

Implicitno samopoštovanje kod paranoidnih pacijenata je ispitivano u 5 studija s kliničkim i u jednoj sa subkliničkim uzorkom. Najčešće je korišćen Zadatak implicitnih asocijacija (IAT, Greenwald et al., 1998). Treba pomenuti da su implicitne mjere pokazale nižu konvergentnu validnost, u poređenju s eksplicitnim mjerama. U 3 studije (McKay et al., 2007; Moritz et al., 2006; Valiente et al., 2011) je pokazano da paranoidne osobe imaju niži nivo implicitnog samopoštovanja u odnosu na opštu populaciju. U ostale dvije (Kesting et al., 2011; MacKinnon et al., 2011) nije pokazana značajna razlika između grupa. U poređenju s depresivnim, jedna studija (Moritz et al., 2006) je pokazala da paranoidni pacijenti imaju niži nivo implicitnog samopoštovanja, dok dvije studije (Kesting et al., 2011; Valiente et al., 2011) to nisu ilustrovale. Imamo i istraživanja (Kesting et al., 2011; Moritz et al., 2006) gdje su vršena poređenja akutno paranoidnih pacijenata i paranoidnih osoba u remisiji i nije nađena razlika između ove dvije grupe. Neklinička studija (Cicero & Kerns, 2011) nije pokazala vezu između implicitnog samopoštovanja i paranoidnosti. Kada se uzmu u obzir navedeni rezultati, može se izvesti zaključak da nema dovoljno dokaza u prilog tome da je kod paranoidnih prisutno niže implicitno samopoštovanje u odnosu na opštu populaciju i depresivne pacijente. Takođe, persekutivno stanje (akutno paranoidni pacijenti vs. paranoidne osobe u remisiji) izgleda da ne utiče na nivo implicitnog samopoštovanja.

Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem diskrepance između implicitnog i eksplicitnog samopoštovanja kod paranoidnih osoba nisu pronašla razliku između akutno paranoidnih pacijenata i onih u remisiji (Kesting et al., 2011; Vázquez et al., 2008). Ipak, u obje studije je kod opšte populacije i depresivnih pacijenata nađena diskrepanca između implicitnog i eksplicitnog samopoštovanja: opšta populacija pokazuje viši eksplicitni u odnosu na implicitni nivo samopoštovanja, dok je obrnut trend pokazan kod depresivnih pacijenata. U nekliničkom uzorku, kao i u kliničkom, interakcija eksplicitnog i implicitnog samopoštovanja nije predvidjela paranoidnost (Cicero & Kerns, 2011). Dakle, mada je broj studija mali, u njima nema dovoljno podrške za postojanje diskrepance između eksplicitnog i implicitnog samopoštovanja kod paranoidnih osoba.

Kada je riječ o specifičnim self-šemama kod paranoidnih, postoje istraživanja koja su se bavila izučavanjem pozitivnih self-evaluacija, negativnih self-evaluacija, self-koncepta koji se tiče autonomije, self-koncepta koji se tiče sociotropije, samopoštovanja i opažene zasluženosti persekucija, nestabilnosti samopoštovanja. Rezultate za svaku od navedenih tema ćemo ponaosob prikazati u daljem tekstu.

Za ispitivanje pozitivnih self-evaluacija kod paranoidnih su se koristili upitnici samoprocjene gdje osobe treba da odrede koliko ih svaki pozitivni atribut opisuje. Četiri studije (Bentall et al., 2008; Kinderman, 1994; MacKinnon et al., 2011, Vázquez et al., 2008) su se bavile eksplicitnim self-evaluacijama kod paranoidnih pacijenata i opšte populacije i nisu nađene razlike između ove dvije grupe. U jednoj studiji (Palmier-Claus et al., 2011) nije nađena veza između pozitivnih self-evaluacija i paranoidnosti kod psihotičnih pacijenata, dok u studiji Bentalla i sar. (Bentall et al., 2009), koja je sadržala značajno veći uzorak, a gdje su poređeni paranoidni pacijenti, depresivni pacijenti i opšta populacija, pokazano je da što je paranoidnost više izražena, to su pozitivne self-evaluacije manje izražene. Paranoidne osobe su upoređivane s depresivnim pacijentima, i pronađeno je da paranoidni pacijenti imaju značajno više pozitivnih self-evaluacija od depresivnih (Bentall et al., 2008; Kinderman, 1994; Vázquez et al., 2008). Tri studije su se bavile vezom pozitivnih self-evaluacija i akutne paranoidnosti, pri čemu su u dvije (Bentall et al., 2008; Vázquez et al., 2008) poređeni akutno paranoidni pacijenti i paranoidne osobe u remisiji i nisu pronađene razlike među grupama. U trećoj studiji su poređeni paranoidni pacijenti i psihotične osobe (ali ne i paranoidne), i takođe nisu nađene razlike po prisutnosti pozitivnih self-evaluacija (Humphreys & Barrowclough, 2006). Ispitivanje pozitivnih self-evaluacija je vršeno i u nekliničkom uzorku, pri čemu je u većini istraživanja nađena veza pozitivnih self-evaluacija i paranoidnosti (Addington & Tran, 2009; Fowler et al., 2006; Freeman et al., 2008), dok je u 3 (Gracie et al., 2007; Pickering, Simpson, & Bentall, 2008; Udachina et al., 2009) ostvarena negativna veza. Naime, pokazano je da je veći stepen paranoidnosti povezan s manjim brojem pozitivnih self-evaluacija. Dvije studije (Kinderman, 1994; Vázquez et al., 2008) su ispitivale implicitne self-evaluacije i obje su pokazale da paranoidni pacijenti imaju manji broj pozitivnih self-evaluacija u poređenju s opštom populacijom. Nije pronađena razlika između paranoidnih i depresivnih pacijenata (Kinderman, 1994; Vázquez et al., 2008), kao ni između akutno paranoidnih osoba i paranoidnih osoba u remisiji. Dakle, opšti zaključak je da akutno paranoidni

pacijenti i paranoidne osobe u remisiji ne pokazuju razlike po prisustvu pozitivnih self-evaluacija ni između sebe ni u poređenju sa opštom populacijom, dok u poređenju s depresivnim pacijentima imaju značajno više pozitivnih self-evaluacija. Takođe, kod opšte populacije pozitivne self-evaluacije izgleda da nisu u vezi sa stepenom paranoidnosti. Na implicitnom nivou, stepen prisustva pozitivnih self-evaluacija je značajno niži. Ipak, ovaj nalaz je zasnovan na svega dvije studije.

Dalje je pokazano da su negativne self-evaluacije češće kod paranoidnih pacijenata u odnosu na opštu populaciju (Bentall et al., 2008; Kinderman, 1994; MacKinnon et al., 2011; Vázquez et al., 2008). Korelacione studije su takođe pokazale vezu između paranoidnosti i negativnih self-evaluacija (Fowler et al., 2012; Palmier-Claus et al., 2011; Smith et al., 2006). U longitudinalnoj studiji Fowlera i saradnika je pokazano da negativna self-šema predstavlja prediktor paranoidnosti (prije nego obrnuto) (Fowler et al., 2012). U poređenju s depresivnim pacijentima, studija Vázqueza i sar. (Vázquez et al., 2008) je pokazala da paranoidne osobe imaju manje negativnih self-evaluacija dok dvije studije (Kinderman, 1994; Bentall et al., 2008) nisu pokazale statistički značajne razlike. Ispitivana je i uloga akutne paranoidne epizode za negativne self-evaluacije. U dva istraživanja je pokazano da nema statistički značajne razlike između akutno paranoidnih pacijenata i paranoidnih osoba u remisiji kada je riječ o negativnih self-evaluacijama (Bentall et al., 2008; Vázquez et al., 2008;) dok je u trećem pokazano da paranoidni pacijenti imaju više negativnih self-evaluacija u odnosu na psihotične pacijente, koji nisu paranoidni (Humphreys & Barrowclough, 2006). Većina istraživanja na nekliničkom uzorku su pokazala da negativne self-evaluacije postaju učestalije s većom paranoidnošću (Addington & Tran, 2009; Fowler et al., 2006; Freeman et al., 2008; Gracie et al., 2007; Pickering et al., 2008; Udachina et al., 2009). Samo u jednoj studiji, s eksperimentalnim dizajnom, nije pokazana veza između negativnih self-evaluacija i paranoidnosti, mada je uzorak u ovom istraživanju bio izuzetno mali, svega 9 ispitanika (Green et al., 2011). Dvije studije su ispitivale implicitne negativne self-evaluacije. U jednoj studiji je demonstrirano više negativnih self-evaluacija kod paranoidnih pacijenata u odnosu na opštu populaciju (Kinderman, 1994), dok u drugoj studiji to nije pokazano (Vázquez et al., 2008). Nisu pokazane razlike između depresivnih i paranoidnih osoba (Kinderman, 1994; Vázquez et al., 2008), kao ni između akutno paranoidnih pacijenata i paranoidnih osoba u remisiji (Vázquez et al., 2008). Pregled istraživanja pokazuje jasnu vezu

eksplicitnih negativnih self-evaluacija kod paranoidnih osoba i onih koje su sklone persekucijama. S obzirom na mali broj studija, ostaje nejasno da li je nivo negativnih self-evaluacija povezan sa akutnom paranojom, kao ni da li se paranoidni i depresivni pacijenti razlikuju po negativnim self-evaluacijama. Takođe, suviše je malo studija koje su pristupale negativnim self-evaluacijama preko implicitnih mjera, pri čemu su rezultati neusaglašeni.

Kada je riječ o prisustvu disfunkcionalnih self-konceptata kod paranoidnih, u studiji Lincolna i sar. (Lincoln et al., 2010) je pokazano da ispitanici kojima je samopoštovanje bilo uslovljeno prihvatanjem od strane drugih (sociotropija) pokazuju veći stepen paranoidnosti. U studiji Moorheada i sar. (Moorhead, Samarasekera, & Turkington, 2005), gdje je korišćen DAS upitnik, pokazano je da je paranoidnost povezana sa osjetljivošću na ljubav, odobravanjem i postignućem (ali ne i sa odgovornošću i perfekcionizmom). Dalje je pokazano da se paranoidne osobe razlikuju od opšte populacije po samopoštovanju koje se tiče postignuća (autonomija), dok se nisu pokazale razlike u samopoštovanju koje se tiče prihvatanja od strane drugih (sociotropija). Ipak, nakon kontrolisanja nivoa depresije, grupe se više nisu razlikovale po samopoštovanju koje se tiče postignuća (Bentall et al., 2009). U nekliničkom uzorku, pokazana je veza samoljublja i samo-efikasnosti sa paranoidnom ideacijom (Cicero & Kerns, 2011). Ipak, iako nije utvrđena interakcija samoljublja i samo-efikasnosti u predviđanju paranoidnosti, pokazano je da paranoidnost raste s opadanjem samoljublja, nezavisno od nivoa samo-efikasnosti. Iz navedenog se može zaključiti da mali broj istraživanja, koja su se bavila disfunkcionalnošću self-šeme kod paranoidnih osoba, pokazuju da je potreba za prihvatanjem od strane drugih u vezi s persekucijama, dok je samopoštovanje koje se tiče postignuća ili samo-kompetentnosti izgleda manje važno za paranoidnost.

Ispitivanje samopoštovanja i opažene zasluženosti persekucija (koliko osoba vjeruje da zaslužuje proganjanje), pokazalo je da što je procijenjena veća zasluženost persekucija, to je niže samopoštovanje (Chadwick, Trower, Juusti-Butler, & Maguire, 2005; Freeman, Garety, & Kuipers, 2001) i više je negativnih self-evaluacija kod paranoidnih pacijenata (Chadwick et al., 2005; Fowler et al., 2012). U skladu s iznijetim, jedna studija je pokazala da osobe sa „jadan ja“ paranojom pokazuju niže generalno samopoštovanje u poređenju sa opštom populacijom (Fornells-Ambrojo & Garety, 2009). U nekliničkoj populaciji takođe je pokazano da što je procijenjena veća zasluženost persekucija, to je niže samopoštovanje (Pickering et al., 2008; Ellett

et al., 2003). Combs i sar. (2007) su se bavili poređenjem „jadan ja“ i „loš ja“ paranoje i pokazano je da „jadan ja“ paranoju karakteriše nizak nivo depresije, visoko samopoštovanje i umjerena socijalna anksioznost dok „loš ja“ paranoju karakteriše visok nivo depresije i socijalne anksioznosti, kao i nisko samopoštovanje. Dakle, na osnovu malog broja istraživanja, može se zaključiti da što je procijenjena veća zasluženost persekucija, to je niže samopoštovanje i veći broj negativnih samo-evaluacija i kod kliničke i kod nekliničke populacije.

Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem nestabilnosti samopoštovanja kod paranoidnih, na kliničkom uzorku, pokazuju vezu nestabilnog samopoštovanja i paranoidnosti (Jones, Hansen, Moskvina, Kingdon, & Turkington, 2010; Palmier-Claus et al., 2011; Thewissen et al., 2008; Thewissen et al., 2011). Palmier-Claus i sar. (2011) su našli da je fluktuacija u pozitivnoj (ali ne i negativnoj) self-šemi u vezi s porastom paranoidnosti, za period od 18 mjeseci, koliko je istraživanje trajalo. Jones i sar. (2011) su takođe pokazali da je tokom 18-omjesečnog trajanja istraživanja redukcija samopoštovanja bila praćena porastom paranoidnosti. Dvije studije su ispitivale vezu između fluktuacije samopoštovanja i paranoidnosti na dnevnom nivou. Jedna je pokazala da su veće promjene u trenutnom samopoštovanju u vezi sa izraženijom crtom paranoidnosti, dok je smanjenje trenutnog samopoštovanja praćeno izraženijim stanjem paranoidnosti (Thewissen et al., 2008). Druga studija je pokazala da je smanjenje samopoštovanja prediktor paranoidne epizode kod osoba s izraženom crtom paranoidnosti (Thewissen et al., 2011). Ispitivanja na nekliničkim uzorkom su takođe potvrdila vezu nestabilnosti u samopoštovanju i paranoidnosti. Raes i Van Gucht (2009) su našli da je veća fluktuacija u samopoštovanju u vezi s paranoidnošću. Thewissen i sar. (2007) su mjerili samopoštovanje tri puta u toku dvije godine i našli su da je veća fluktuacija u samopoštovanju u vezi sa subkliničkom paranoidnošću. Palmier i sar. (2011) su, u istraživanjima sa eksperimentalnim dizajnom, takođe pronašli da je, kada djeluje stresor, fluktuacija u samopoštovanju u vezi s paranoidnošću. Dvije studije su ispitivale vezu opšteg samopoštovanja, fluktuacija u samopoštovanju i paranoidnosti u kliničkom (Thewissen et al., 2008) i nekliničkom uzorku (Raes & Van Gucht, 2009). Pokazano je da je veza između paranoidnosti i fluktuacija u samopoštovanju značajna kada je opšte samopoštovanje uključeno u model, demonstrirajući na taj način da je sa paranoidnošću više u vezi fluktuacija u samopoštovanju nego nisko samopoštovanje. Dakle, mali broj studija se bavilo ispitivanjem veze nestabilnosti

samopoštovanja i paranoidnosti, ali su nalazi dosledni i pokazuju da je fluktuacija ili redukcija samopoštovanja u vezi sa paranoidnošću i u kliničkoj i nekliničkoj populaciji. Takođe, nalazi upućuju da smanjenje samopoštovanja dovodi do porasta paranoidnosti i da nisko samopoštovanje može predvidjeti paranoidnu epizodu. Na kraju, dvije studije su pokazale da je nestabilno samopoštovanje važnije od opšteg samopoštovanja, kada se radi o paranoidnosti.

2. EMPRIJSKI DIO

2. 1. Problemi istraživanja

Problemi ovog istraživanja se tiču ispitivanja:

1) *Specifičnosti kognitivne self-šeme* - postojanje depresivne kognitivne self-šeme kod različitih poremećaja (unipolarna depresija, bipolarna depresija, paranoidni poremećaji). Time želimo provjeriti pretpostavku proisteklu iz teorijskih postavki i iz istraživanja da je i kod bipolarnih i paranoidnih pacijenata prisutna depresivna self-šema. Beck je, sa druge strane, iznio hipotezu o specifičnosti kognitivnih sadržaja (Clark & Beck, 1989), a kasnije o kognitivnoj specifičnosti (Beck & Perkins, 2001), po kojoj je kognitivna šema specifična za različite poremećaje kao i procesi koji iz nje proizilaze. Stoga, mi želimo provjeriti da li je depresivna šema karakteristična za ova tri poremećaja ili, pak, svaki poremećaj karakteriše specifična self-šema. Ova tema je od itekako velikog značaja kako za teorijska objašnjenja navedenih poremećaja, tako i za praksu: prevenciju, prepoznavanje i terapijski rad sa osobama koje imaju neku od navedenih dijagnoza. Od naročitog značaja je ispitivanje kognitivne šeme kod bipolarnih i paranoidnih pacijenata, s obzirom da su ovi poremećaji mahom do sada objašnjavani biološkim varijablama. Želi se takođe napraviti detaljno poređenje između spomenutih dijagnoza po pitanju strukturalnih karakteristika šeme, kognitivnih procesa i produkata aktivirane šeme.

U ovom istraživanju će se staviti poseban akcenat na strukturu self-šeme i to će se ispitivati najnovijim instrumentima, koji validnije dopiru do dubljih slojeva kognitivnog aparata. U

dosadašnjim istraživanjima koja su se bavila izučavanjem strukture self-šeme, pokazano je da unipolarno depresivni pacijenti koji se nalaze u aktuelnoj epizodi imaju značajno više konsolidovanu negativnu self-šemu, a značajno manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu u poređenju s kontrolnom grupom (Dozois, 2002; Dozois & Dobson, 2001b; Dozois & Frewen, 2006). S obzirom da nam nisu poznata istraživanja koja su ispitivala organizaciju self-šeme preko interstimulusnih distanci kod bipolarnih i paranoidnih pacijenata, važan cilj nam je da provjerimo strukturu self-šeme kod ove dvije grupe pacijenata.

Self-šemu ćemo ispitivati i preko preferencije samoopisnih atributa, u zavisnosti od širine (uži/širi) i valence (pozitivni/negativni), što bi bila mjera organizacije self-šeme, ili samo u zavisnosti od valence atributa, što bi bila mjera produkata self-šeme. Kada su u pitanju unipolarno depresivni pacijenti, istraživanja izvještavaju o neočekivanim rezultatima. Tako npr. Karpinski i sar. (2007) su očekivali da će ove osobe pokazati preferenciju ka širim negativnim, a užim pozitivnim samoopisnim atributima, u odnosu na opštu populaciju, ali ipak nije demonstrirana značajna razlika između preferiranih atributa. Sa druge strane, kada je u pitanju valenca samoopisnih atributa, ovi ispitanici su se u spomenutom istraživanju ponašali u skladu sa očekivanjima i pokazali su značajno veću preferenciju negativnih atributa prilikom samoopisa u odnosu na pozitivne attribute, u poređenju s kontrolnom grupom. Naš cilj je da provjerimo dobijene rezultate za unipolarno depresivne pacijente, kao i da provjerimo kako se ponašaju bipolarni i paranoidni pacijenti, kada je riječ o preferenciji samoopisnih atributa naspram širine i valence. Pretpostavka je da će se bipolarni pacijenti ponašati identično kao unipolarno depresivne osobe, s obzirom da istraživanja mahom pokazuju visoku sličnost između ove dvije grupe pacijenata, kada se nalaze u depresivnoj fazi (Mitchell et al., 2011; Forty et al., 2008, Mitchell & Malhi, 2004; Cuellar, Johnson & Winters, 2005). Sa druge strane, za paranoidne osobe, vođeni Bentallovom teorijom (Bentall et al., 2001), očekujemo da će vršiti preferenciju užih pozitivnih i širih negativnih atributa u poređenju s kontrolnom grupom, i da će se tako demonstrirati njihova latentno depresivna šema (jer se na ovaj način ispituje manje svjesna slika o sebi), dok će istovremeno birati više pozitivne nego negativne attribute kao samopisne (u pitanju je više svjesna slika o sebi), čime će se demonstrirati njihov defanzivni manevar kojim se brane od latentno negativnih vjerovanja o sebi.

Disfunkcionalna uvjerenja su ispitivana kod sve tri kliničke grupe koje su predmet ovog istraživanja i pokazano je da su prisutna u mnogo većoj mjeri nego kod opšte populacije (Abramson et al., 2002; Bentall et al., 2009; Brown et al., 1995; D'Alessandro & Burton, 2006; Hill et al., 1989; Lincoln et al., 2010).

Kada je u pitanju kognitivno procesiranje, i kod unipolarne i kod bipolarne depresivnih pacijenata istraživanja mahom pokazuju da je prisutno depresivno procesiranje informacija u depresivnoj epizodi (Alloy et al., 1997; Ingram et al., 1998; Lyon et al., 1999), što je u skladu s pretpostavkama o aktiviranoj šemi koja potom pokreće i maladaptivne procese. Kod paranoidnih pacijenata, vođeni Bentallovom teorijom (Bentall et al., 2001), očekujemo da će se demonstrirati depresivna pristrasnost pri obradi informacija samo kada djeluje kognitivno opterećenje jer samo u tom slučaju očekujemo da će se manifestovati do tada latentna depresivna šema, koja će potom vršiti uticaj na kognitivne procese.

Dakle, u istraživanjima postoje neka odstupanja od teorijskih postavki pa je svakako važno provjeriti sve navedene pretpostavke u cilju dobijanja što preciznijih odgovora. Stoga nam je cilj da ovim istraživanjem damo doprinos u rasvjetljavanju važnih tema koje se tiču kognitivne self-šeme.

2) *Stabilnosti kognitivne self-šeme* – stabilnost depresivne kognitivne self-šeme u toku vremena kod unipolarne i bipolarne depresije je drugi problem kojim se bavi ovo istraživanje. Od velikog značaja kako za teoriju, tako i za praksu, predstavlja poređenje pacijenata koji se nalaze u različitoj fazi poremećaja. Poređenjem se žele bolje upoznati aspekti osoba sa afektivnim poremećajem koji se nalaze u remisiji, jer bi ta znanja mogla pomoći u prevenciji recidiva depresivne epizode. Po pitanju izučavanja stabilnosti kognitivne self-šeme takođe nailazimo na odstupanja od teorijskih pretpostavki.

Kad je u pitanju organizacija self-šeme, po Becku (Beck, 1967) depresivna self-šema je prisutna i van aktuelne epizode kod unipolarne depresivnih pacijenata, samo je latentna i neaktivna. Međutim, Dozois i Dobson (2001a) su pokazali da je faktor vulnerabilnosti za depresivnu epizodu negativna self-šema dok kod pozitivne self-šeme dolazi do reorganizacije tj. u remisiji pozitivna self-šema postaje konsolidovanija i sličnija onoj kod opšte populacije, što nije slučaj s negativnom self-šedom. Stoga smo mi naša očekivanja povodom stabilnosti self-šeme kod

unipolarno depresivnih pacijenata bazirali na rezultatima istraživanja, koja govore u prilog tome da je negativna self-šema stabilna, što ne važi za pozitivnu self-šemu. Kod bipolarnih pacijenata, nije ispitivana organizacija self-šeme preko interstimulusnih distanci, pa nam je cilj da ispitamo da li je kod ovih pacijenata prisutna stabilna ili nestabilna depresivna self-šema. Ako se vodimo istraživanjima, ona mahom pokazuju dosta sličnosti između unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata (Mitchell et al., 2011; Forty et al., 2008, Mitchell & Malhi, 2004; Cuellar, Johnson & Winters, 2005) pa je za očekivati i da će se kod bipolarnih pacijenata demonstrirati stabilnost depresivne šeme.

Ispitivanje stabilnosti preferencija širih negativnih i užih pozitivnih atributa kod aktuelno depresivnih pacijenata (i unipolarno i bipolarno) u odnosu na kontrolnu grupu, nije ispitivana do sada. Vođeni Beckovim modelom (Beck, 1967) koji govori o latentno depresivnoj self-šemi kod unipolarno depresivnih pacijenata u remisiji, kao i rezultatima istraživanja koja ukazuju da se aktuelno bipolarno depresivni ponašaju slično kao aktuelno unipolarno depresivni pacijenti (Mitchell et al., 2011; Forty et al., 2008, Mitchell & Malhi, 2004; Cuellar, Johnson & Winters, 2005), očekujemo da će obje grupe pacijenata pokazati sklonost ka preferenciji širih negativnih i užih pozitivnih samoopisnih atributa, u odnosu na kontrolnu grupu (radi se o manje svjesnoj slici o sebi). Sa druge strane, kada je riječ o preferenciji pozitivnih, odnosno negativnih atributa pri samoopisu, s obzirom da se ovdje radi o svjesnom doživljaju sebe, očekujemo da će pacijenti u remisiji pokazati veću preferenciju pozitivnih atributa u odnosu na negativne attribute i time pokazati veću sličnost sa kontrolnom grupom, dok je sa pacijentima u aktuelnoj epizodi obrnuta situacija. To je u skladu s nalazima koji izvještavaju o porastu eksplicitnog samopoštovanja kod unipolarno i bipolarno depresivnih u remisiji (Alloy et al., 2005, 2006; Creemers, Scholte, Engels, Prinstein, Wiers, 2012).

Istraživanja nisu usaglašena oko prisutnosti disfunkcionalnih stavova kod pacijenata u remisiji (Abela & D'Alessandro, 2002; Abela & Sullivan, 2003; Alloy et al., 1999; D'Alessandro & Burton, 2006; Hankin et al., 2004; Otto et al., 2007) pa je samim tim prisutna i dilema da li su disfunkcionalnosti faktori vulnerabilnosti za depresiju, ožiljci ili, pak, samo markeri depresije. Stoga je to jedno u nizu pitanja koja želimo rasvijetliti ovim ispitivanjem.

Istraživanja nad unipolarno depresivnim osobama u remisiji su pokazala da je depresivna pristrasnost pri obradi informacija prisutna samo kad je na neki način primovana (Ingram et al., 1998; Persons & Miranda, 1992), što ide u prilog Beckovoj teoriji (Beck, 1967) po kojoj je šema u remisiji latentna i samo se eksperimentalnim metodama može pobuditi, a onda šema vrši uticaj pobuđivanjem maladaptivnih pristrasnosti prilikom obrade informacija. Slično je pokazano i za bipolarne osobe u remisiji (Winters & Neale, 1985; Abramson et al., 2006). U ovom istraživanju ćemo se baviti i ovim pitanjem.

Dakle, cilj nam je ispitati stabilnost depresivne kognitivne šeme kod unipolarne i bipolarne depresije, što bi se manifestovalo na mjerama usmjerenim na strukturu i sadržaj šeme, dok očekujemo da će produkti šeme, kao i maladaptivi procesi, izostati u remisiji jer su i jedno i drugo posledica aktivirane šeme.

2. 2. Uzorak

U cilju utvrđivanja specifičnosti kognitivne self-šeme ispitanice su četiri grupe ispitanika²:

1. Aktuelno depresivni pacijenti s dijagnozom iz spektra depresivnih poremećaja - u obzir su došli pacijenti s jednom od sledećih dijagnoza:

- depresivna epizoda F 32 (.0 .1 .2 .3 .8 .9) –

22 ispitanika u našem uzorku je imalo ovu dijagnozu;

- rekurentni depresivni poremećaj F 33 (.0 .1 .2 .3 .4 .8 .9) –

4 ispitanika u istraživanju;

- perzistentni poremećaj raspoloženja F 34 (.1 .8 .9) –

² Ispitanici iz kliničkog dijela uzorka su razvrstani u grupe na osnovu dijagnoze od strane nadležnog ljekara, a na osnovu Međunarodne klasifikacije bolesti, ICD-10 (1992).

3 ispitanika u istraživanju;

- drugi poremećaj raspoloženja F 38 (.1 .8) –

1 ispitanik u istraživanju;

- nespecificovan poremećaj raspoloženja F 39 –

nismo imali ispitanike s ovom dijagnozom;

- kratkotrajna depresivna reakcija F 43 2.21 –

1 ispitanik u istraživanju.

Osim odgovarajuće dijagnoze ovi ispitanici su morali imati skor na BDI-ju veći od 20, i skor na skali psihotičnosti značajno niži nego kod paranoidnih pacijenata.

2. Aktuelno depresivni pacijenti s dijagnozom bipolarnog poremećaja, što podrazumijeva da pacijent ima jednu od naredne dvije dijagnoze:

- bipolarni afektivni poremećaj bez ranijih depresivnih epizoda F 31 (.0 .1 .2) –

6 ispitanika u istraživanju imalo je ovu dijagnozu;

- bipolarni afektivni poremećaj F 31 (.3 .4 .5) –

22 ispitanika u istraživanju.

Osim odgovarajuće dijagnoze ovi ispitanici su morali imati skor na BDI-ju veći od 20, i skor na skali psihotičnosti značajno niži nego kod paranoidnih pacijenata.

3. Aktuelno paranoidni pacijenti s dijagnozom iz spektra paranoidnih poremećaja - u obzir su došle sledeće dijagnoze:

- perzistentni poremećaj sa sumanutošću F 22 (.0 .8. .9) –

27 ispitanika u istraživanju imalo je ovu dijagnozu;

- paranoidni poremećaj ličnosti F 60.0 –

1 ispitanik u istraživanju;

- drugi akutni pretežno sumanutni psihotični poremećaj F 23.3 –

3 ispitanika u istraživanju.

Osim dijagnoze, ovi pacijenti su također morali imati skor na BDI-ju manji od 20, kao i skor na PAF-u veći od 60.

4. Ispitanici iz opšte populacije, kao kontrolna grupa, ukupno 66 ispitanika. Ovaj dio uzorka su činili studenti Filozofskog fakulteta u Novom Sadu. Ispitanici su bili uključeni u ovu grupu ako im je skor na BDI-ju bio manji od 20, a na CORE-OM-u manji od 34.

Za ispitivanje drugog problema, stabilnosti kognitivne self-šeme, uzorak je činilo pet grupa, od kojih su grupe aktuelno depresivnih pacijenata (unipolarno i bipolarno), i kontrolna grupa iste one koje su korišćene za ispitivanje prvog problema, tako da su dodate samo dvije nove grupe ispitanika u remisiji. U ove dvije grupe ispitanici su birani na osnovu istih kriterijuma kao i njihovi parnjaci sa akutnim poremećajima, jedino što je dodatni kriterijum bio da budu mjesec dana u remisiji³. Dakle sledećih pet grupa je korišćeno za ispitivanje problema stabilnosti kognitivne šeme:

1. Aktuelno depresivni pacijenti (s dijagnozom iz spektra depresivnih poremećaja);

2. Unipolarno depresivni pacijenti u remisiji (s dijagnozom iz spektra depresivnih poremećaja) –

16 ispitanika sa dijagnozom depresivne epizode (F 32),

13 ispitanika sa dijagnozom rekurentnog depresivnog poremećaja (F 33),

1 ispitanik sa perzistentnim poremećajem raspoloženja (F 34),

³ Procjenu o remisiji vršio je nadležni ljekar kome su se ovi pacijenti javljali radi kontrole, a na osnovu Međunarodne klasifikacije bolesti, ICD-10 (1992).

2 ispitanika sa nespecificovanim poremećajem raspoloženja (F 39),

1 ispitanik sa kratkotrajnom depresivnom reakcijom (F 43).

Osim odgovarajuće dijagnoze ovi ispitanici su morali imati skor na BDI-ju manji od 20, što bi spadalo u umjerenu kliničku depresiju, na PDSQ-u manji od 2 a na CORE-OM-u manji od 34.

3. Aktuelno depresivni pacijenti (s dijagnozom bipolarnog poremećaja);

4. Bipolarni pacijenti u remisiji (s dijagnozom bipolarnog poremećaja) –

svi, njih 29 ispitanika su imali dijagnozu bipolarni afektivni poremećaj (F 31).

Osim odgovarajuće dijagnoze ovi ispitanici su morali imati skor na BDI-ju manji od 20, što bi spadalo u umjerenu kliničku depresiju, na PDSQ-u manji od 2, a na CORE-OM-u manji od 34.

5. Ispitanici iz opšte populacije, kao kontrolna grupa.

Kao što se vidi u Tabeli 1, u svim kliničkim grupama je bilo oko 30 ispitanika. U kontrolnoj grupi, broj ispitanika je bio duplo veći. Ujednačavanje po starosti nije bilo izvodljivo zbog ispoljavanja poremećaja u različitim životnim periodima. Raspon u godinama ide od 19 do 77 godina. U Tabeli 1 je takođe predstavljen raspon godina i prosječna starost za svaku grupu ponaosob. U svim grupama su zastupljena oba pola (pri čemu veći procenat uzorka čine žene). U tabeli je predstavljen procenat muškaraca i žena za svaku grupu ponaosob, kao i na nivou cjelokupnog uzorka.

Tabela 1. Broj ispitanika, starost i pol

	N	Starost (Minimum)	Starost (Maksimum)	Starost (AS)	Starost (SD)	Muškarci	Žene
AUD	31	21	70	52.32	10.89	41.9%	58.1%
UDR	33	32	71	54.68	8.89	21.2%	78.8%
ABD	28	21	77	50	13.84	28.6%	71.4%
BR	29	20	67	46.56	17.65	31%	69%
P	31	22	73	44.77	13.58	35.5%	64.5%
KG	66	19	29	20.60	1.80	12%	88%
Ukupno	218	19	77	44.82	11.10	28.4%	71.6%

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, BR = bipolarni pacijenti u remisiji, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa; AS = aritmetička sredina, SD = standardna devijacija.

Uzorak su činili ispitanici različitog nivoa obrazovanja, pri čemu je najviše bilo onih sa srednjom školskom spremom. Takođe, najveći broj ispitanika je u braku/vezi (sem kod paranoidnih pacijenata, njih je najviše samaca), iako ima i razvedenih, udovaca/ica i samaca. U Tabeli 2 su predstavljeni podaci vezani za obrazovanje i bračni status za svaku grupu ponaosob, kao i za ukupni uzorak.

Tabela 2. Nivo obrazovanja i bračni status ispitanika

	Nivo obrazovanja			Bračni status			
	OŠS	SŠS	VŠS	U braku/vezi	Razvedeni	Udovci	Samci
AUD	12 (39%)	15 (48%)	4 (13%)	15 (48%)	4 (13%)	7 (23%)	5 (16%)
UDR	5 (15%)	21 (64%)	7 (21%)	22 (67%)	3 (9%)	3 (9%)	5 (15%)
ABD	3 (11%)	19 (68%)	6 (21%)	16 (57%)	2 (7%)	6 (22%)	4 (14%)
BR	2 (7%)	16 (55%)	11 (38%)	17 (59%)	1 (3%)	4 (14%)	7 (24%)
P	3 (10%)	22 (71%)	6 (19%)	11 (35%)	3 (10%)	4 (13%)	13 (42%)
KG	0 (0%)	66 (100%)	0 (0%)	42 (64%)	0 (0%)	0 (0%)	24 (36%)
Ukupno	25 (11%)	159 (73%)	34 (16%)	123 (56%)	13 (6%)	24 (11%)	58 (27%)

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, BR = bipolarni pacijenti u remisiji, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa; OŠS = osnovna školska sprema, SŠS = srednja školska sprema, VŠS = visoka školska sprema.

Veći broj ispitanika iz našeg istraživanja živi u gradu. Po grupama to izgleda ovako: aktuelno unipolarno depresivni pacijenti – 52% živi u gradu, 48% na selu; aktuelno bipolarno depresivni pacijenti – 68% živi u gradu, 32% na selu; aktuelno paranoidni pacijenti – čak 90% živi u gradu, 10% na selu; unipolarno depresivni pacijenti u remisiji – 70% živi u gradu, a 30% na selu; bipolarne osobe u remisiji – 76% u gradu živi, a 24% na selu. Kad je riječ o kontrolnoj grupi, svi ispitanici su u trenutku ispitivanja živjeli u gradu.

Svi ispitanici u kliničkim grupama (i oni u aktuelnoj epizodi i oni u remisiji) su primali farmakoterapiju. Na psihoterapiju nije išao niko od ispitanika u trenutku ispitivanja. Ranije su išli svega 3 ispitanika iz grupe aktuelno unipolarno depresivnih pacijenata, 2 ispitanika iz grupe unipolarno depresivnih pacijenata u remisiji, 2 ispitanika iz grupe aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, 5 ispitanika iz grupe bipolarnih pacijenata u remisiji i 1 pacijent iz grupe paranoidnih pacijenata. Na nivou uzorka, svega 8% pacijenata je potražilo pomoć u vidu psihoterapije.

Broj ranijih hospitalizacija kod kliničkih grupa je prikazan u Tabeli 3. Iz tabele vidimo da najveći broj ispitanika u trenutku ispitivanja nije imao ranije hospitalizacije.

Tabela 3. *Broj ranijih hospitalizacija kod kliničkih grupa*

	Broj ranijih hospitalizacija				
	0	1	2	3-5	više od 5
AUD	8 (26%)	9 (29%)	9 (29%)	2 (6%)	3 (10%)
UDR	17 (51%)	4 (12%)	5 (15%)	4 (12%)	3 (10%)
ABD	5 (18%) ⁴	9 (32%)	6 (22%)	4 (14%)	4 (14%)
BR	4 (14%)	7 (24%)	6 (21%)	7 (24%)	5 (17%)
P	14 (45%)	6 (19%)	9 (29%)	0 (0%)	1 (3%)
Ukupno	48 (31%)	35 (23%)	35 (23%)	17 (12%)	16 (11%)

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, BR = bipolarni pacijenti u remisiji, P = paranoidni pacijenti.

Kao kriterijume isključivanja iz uzorka imali smo: prisustvo dodatnih dijagnoza iz grupe organskih poremećaja i bolesti zavisnosti, neprihvatanje potpisivanja saglasnosti o učešću u istraživanju, odustajanje od ispitivanja u bilo kom momentu i nepotpuno ispunjavanje skala, nedostatak osnovne kompjuterske pismenosti (iz uzorka su isključeni svi koji ne znaju osnove na računaru zbog rešavanja jednog testa na kompjuteru).

⁴ Iako ovi pacijenti nisu prethodno imali bolničko liječenje, dijagnoza bipolarnog poremećaja je ustanovljena na osnovu ambulantno liječenog hipomaničnog stanja ili anamnestički prepoznatog u prethodnom periodu.

2. 3. Instrumenti

2. 3. 1. Instrumenti za procjenu kognitivnih konstrukata

Zadatak skaliranja psiholoških distanci (The Psychological Distance Scaling Task, PDST, Dozois & Dobson, 2001b) – predstavlja instrument kojim se mjeri struktura tj. organizacija sadržaja unutar kognitivne sheme. Instrument je ilustrovan u uvodu rada (Slika 4).

Na ekranu računara je ispitanicima prezentovan kvadrat dimenzije $16 \times 16\text{cm}^2$, podijeljen na 4 jednaka kvadrata horizontalnom i vertikalnom linijom, apscisom i ordinatom. Pridjevi su prikazivani nasumično na sredini kvadrata. Ovaj test zahtijeva od ispitanika da lociraju odgovore u pravougli koordinantni sistem procjenjujući istovremeno koliko se dati pridjev odnosi na njih (na x osi) i određujući mu valencu (na y osi). Na x osi prikazani pridjev je moguće rangirati od *uopšte me ne opisuje* do *opisuje me u velikoj mjeri*. Na y osi, pridjev je moguće rangirati od ekstremno negativnog do ekstremno pozitivnog. Svaki pridjev se, dakle, nalazi u samom centru koordinantnog sistema, a ispitanik uz pomoć kompjuterskog miša locira tačku u sistemu, vršeći paralelnu procjenu ovih dvehu dimenzija. Prije početka eksperimenta ispitanici su prošli kroz vježbu gdje su vršili procjenu 4 pridjeva, nakon čega je uslijedila procjena 80 eksperimentalnih pridjeva, razvrstanih u 4 kategorije (u svakoj po 20 atributa): pozitivni interpersonalni (npr. ohrabren, utješén), negativni interpersonalni (npr. neželjen, odbijen), pozitivni koji se tiču postignuća (npr. uspješán, sposobán) i negativni koji se tiču postignuća (npr. nekompetentán, manjkáv). Dozois (2007) navodi da su pridjevi birani naspram povezanosti sa sržnim uvjerenjima koja su predstavljena kao značajne odrednice faktora rizika za depresiju u Bekovoj teoriji (Beck, 1967). Misli se na uvjerenja koja su u vezi sa gubitkom, nevoljenošću, nekompetentnošću. Atributi su prevedeni na srpski jezik i pri tome se vodilo računa o adekvatnosti prevoda u odnosu na frekvenciju, dužinu riječi i stepen emocionalne intenzivnosti iste. Koordinantne tačke (odgovori snimljeni na kompjuteru) se koriste za izračunavanje interstimulusne distance za pozitivne pridjeve, i zasebno za negativne pridjeve, a u zavisnosti od stepena prihvaćenosti (Dozois, 2007). Horizontalni i vertikalni pikseli su kompjuterski standardizovani (Dozois, 2007). Interstimulusnu distancu čini kvadratni korijen količnika srednje kvadrirane distance svake pridjev – pridjev kombinacije koja se nalazi unutar svake posebne liste pridjeva (npr. interpersonalno – pozitivno) i ukupnog broja svih mogućih distanci (Dozois, 2007).

Pretpostavka je da što je manja distanca između pridjeva, veća je povezanost tj. konsolidovanost sadržaja. Važi i obrnuto (Dozois & Frewen, 2006).

Instrument je pokazao zadovoljavajuću konvergentnu i divergentnu validnost (Dozois & Dobson, 2001b). Negativne interstimulusne distance su značajno negativno povezane sa depresivnošću tj. skorom na BDI-II ($r=-.66$, $p<0.001$), anksioznošću tj. skorom na BAI ($r=-.54$, $p<0.001$), prisjećanjem negativnih atributa na self-relevantnim zadacima ($r=-.30$, $p<.01$) i negativnom self-kompleksnošću ($r=-.52$, $p<0.001$). Drugim riječima, visoka konsolidovanost negativnih atributa je pozitivno povezana s ovim mjerama. Pozitivne interstimulusne distance su pozitivno povezane sa sa depresivnošću tj. skorom na BDI-II ($r=.52$, $p<0.001$) i anksioznošću tj. skorom na BAI ($r=.37$, $p<0.01$), dok su negativno povezane sa prisjećanjem negativnih atributa ($r=-0.28$, $p<0.01$) i self-kompleksnošću ($r=-0.36$, $p<0.001$). Interstimulusne distance nisu značajno korelirale sa Strupovim zadatkom. Šestomjesečna test-retest pouzdanost za negativne i pozitivne interstimulusne distance kod depresivnih osoba je bila 0.70 i 0.51.

Zadatak procjene pridjeva zasnovan na širini (Breadth-Based Adjective Rating Task, BART, Karpinski, Steinberg, Versek, & Alloy, 2007) – ovaj upitnik ujedno služi i za mjerenje strukture i za mjerenje produkata kognitivne šeme. Baziran je na premisi da ljudi sa visokim samopoštovanjem teže da kvalitete koji su u skladu sa njihovim očekivanjima opisuju širim, apstraktnim osobinama, a one koje se ne slažu sa očekivanjima, užim i specifičnim. Obrnut slučaj je sa osobama koje imaju nisko samopoštovanje, a gdje bi spadale i osobe sa depresivnom kognitivnom šemom. Na Odsijeku za psihologiju u Novom Sadu razvijena je, uz dozvolu autora, verzija BART-a od 60 ajtema – atributa koji su razvrstani u 4 grupe na osnovu širine i valence (detaljan opis razvoja instrumenta prikazan je u Arsenov, 2010). Širina pridjeva predstavlja koliko je pridjev specifičan (uključuje manji broj ponašanja) ili ekstremno širok (uključuje većinu ponašanja), dok valenca predstavlja pozitivnost, poželjnost, odnosno nepoželjnost, negativnost određene osobine. Tako su oformljene kategorije: Uži-negativni (npr. rasejan, sklon raspravljanju, sramežljiv), Uži-pozitivni (npr. budan, uglađen, sklon razmišljanju), Širi-pozitivni (npr. koristan, širokih shvatanja, živahan), Širi-negativni (npr. impulsivan, nepouzdan, neefikasan). Ispitanici na devetostepenoj skali određuju u kojoj mjeri se dati pridjev odnosi na njih. Pri tome, 1 na skali označava da se navedeni pridjev uopšte ne odnosi na njih a 9 da se u potpunosti odnosi. Za svaku grupu atributa (uži negativni, uži pozitivni, širi negativni, širi

pozitivni) se izračuna skor tako što se saberu brojevi zaokruženi za svaki atribut koji pripada određenoj skupini. Kada se uzme u obzir i širina i valenca atributa, dobija se mjera strukture kognitivne šeme, dok kada se uzme u obzir samo valenca dobija se mjera produkata self šeme. Mjeru strukture kognitivne šeme (mi smo je nazvali implicitno samopoštovanje – IS jer se radi o djelimično nesvjesnom viđenju sebe) dobijamo tako što od sume skora dobijenog na užim negativnim (UN) i skora na širim pozitivnim atributima (ŠP) oduzmemo sumu skora dobijenog na užim pozitivnim (UP) i širim negativnim atributima (ŠN). Dakle, $IS = (UN+ŠP)-(UP+ŠN)$. Što je veći skor, to osoba ima veće implicitno samopoštovanje. Mjera produkata self šeme (mi smo ovaj skor nazvali eksplicitno samopoštovanje – ES jer se radi o svjesnom viđenju sebe) se dobija kada ukupan skor na negativnim atributima (i užim i širim) oduzmemo od ukupnog skora na pozitivnim atributima (i užim i širim). Dakle, $ES = P - N$. Što je dobijeni skor veći, to je eksplicitno samopoštovanje veće. Karpinski i sar. (2007) su provjerili test-retest pouzdanost instrumenta i ona se pokazala zadovoljavajućom. Prvo je urađena provjera za dužu varijantu testa, koja sadrži 144 atributa i pokazano je da kada je interval između mjerenja bio jedna nedelja, korelacija skorova dobijenih u prvom i drugom mjerenju je iznosila $r=0.60$, a kada je interval bio 4 nedelje, ostvarena je vrlo slična korelacija, $r=0.65$. Za kraću verziju, od 72 atributa, dobijena je dosta niža test-retest pouzdanost pa tako, kada je interval između mjerenja bio jedna nedelja, korelacija među skorovima je iznosila $r=0.43$, a kada je interval bio četiri nedelje, korelacija je iznosila $r=0.56$. Takođe, autori su pokazali da BART uspješno razlikuje depresivne pacijente od opšte populacije. Mi smo koristili verziju od 60 atributa koja je prevedena i provjerena na Odsijeku za psihologiju u Novom Sadu „back translation“ metodom. Pokazano je da ova verzija uspješno diskriminiše osobe sa invaliditetom od studenata bez posebnih potreba na osnovu implicitne, ali ne i eksplicitne mjere (Arsenov, 2010). U našem istraživanju pouzdanost testa je zadovoljavajuća (Cronbahov alfa za negativne attribute=0.89, KMO za negativne attribute=0.88; Cronbahov alfa za pozitivne attribute=0.87, KMO za pozitivne attribute=0.87).

Skala disfunkcionalnih stavova (Dysfunctional Attitude Scale, DAS 24; Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam & Beck, 1994) – predstavlja 24-ajtemsku verziju upitnika koja ukazuje na sadržaj kognitivne sheme (disfunkcionalna uvjerenja). Naime, radi se o primoravajućim, imperativnim uvjerenjima na međunivou koja u svom ekstremnom obliku predstavljaju predispoziciju za depresivno reagovanje i sadržaj depresivne kognitivne šeme. Test se sastoji od 3 subskale:

Postignuće (8 ajtema koji se odnose na postignuće, odnosno na strah od neuspjeha), Zavisnost (8 ajtema koji se odnose na afektivnu zavisnost i visoku potrebu za potvrdom od strane drugih) i Self-kontrola (8 ajtema koji se odnose na važnost samo-kontrole u opštem funkcionisanju). Ispitanici na sedmostepenoj skali procjenjuju koliko se slažu sa navedenim stavkama (od 1 – uopšte se ne slažem do 7 – u potpunosti se slažem). Skor se dobija sumiranjem zaokruženih vrijednosti, pri čemu viši skor pokazuje i viši stepen disfunkcionalnosti. Mogući ukupni skor varira od 24 do 168. Sem ukupnog, moguće je izračunati i skor za svaku subskalu ponaosob. Kad su u pitanju subskale, mogući skor varira od 8 do 56. U izvornom članku, gdje je predstavljen navedeni instrument, navodi se da je Cronbahov alfa za subskalu Postignuće $\alpha=0.85$, za subskalu zavisnost $\alpha=0.74$, za Self-kontrolu $\alpha=0.68$. Interkorelacija između subskala je: Postignuće-Zavisnost (Pearsonov $r=0.57$), Postignuće-Self-kontrola (Pearsonov $r=0.51$), Zavisnost-Self-kontrola (Pearsonov $r=0.25$). Sve korelacije su značajne na nivou $p<0.001$. U ovom radu je korišćena verzija DAS-24 prevedena na srpski jezik (Novović, Gavrilov, Tovilović i Biro, 2005). Autori su pokazali da je pouzdanost ovog testa na kliničkom uzorku, Cronbahov alfa=0.72. U ovom istraživanju, na cjelokupnom uzorku, skala takođe ima dobru unutrašnju konzistentnost (Cronbahov alfa=0.86).

Test ispremetanih rečenica (Scrambled Sentences Test, SST, Wenzlaff, 1993) – predstavlja test za mjerenje depresivne kognitivne pristrasnosti. Sastoji se od dva dijela. U oba segmenta, ispitanicima se prikazuju nizovi od šest riječi, od kojih može da se sastavi rečenica. Njihov zadatak je da iskoriste 5 od ponuđenih 6 riječi, i konstruišu rečenicu (npr. ciljeve ću ostvariti svoje ja neću). Odgovor daju tako što upisuju broj (od 1 do 5) iznad riječi, koji treba da odgovara redosledu riječi u rečenici koju su sastavili. Od svakog niza moguće je sastaviti više rečenica. Ovdje se zapravo mjeri ispitanikova tendencija da dvosmisleni sadržaj tumači pozitivno (npr. Ja ću ostvariti svoje ciljeve.) ili negativno (npr. Ja svoje ciljeve neću ostvariti.). Istraživanja pokazuju da depresivne i vulnerabilne osobe (npr. osobe sa istorijom depresivne epizode, ali trenutno bez simptoma) imaju sklonost da na SST-u konstruišu značajno više negativnih rečenica, nego nedeprativne osobe, naročito u uslovima kognitivnog opterećenja. Opterećenje je zadatak da pamte šestocifreni broj sastavljajući istovremeno rečenice iz prve ili druge liste (Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Bates, 1998; Wenzlaff & Eisenberg, 2001; Wenzlaff, Meir & Salas, 2002; Wenzlaff, Rude, Taylor, Stultz & Sweatt, 2001). Ispitanicima se, dakle, daju dvije liste i

3.5 min. za rešavanje svake. Prilikom formiranja rečenica, u jednoj od dvije liste pamte šestocifreni broj koji, nakon završenog bloka, treba da zapišu na papir. Na taj način se kontroliše uticaj kognitivnog opterećenja. Cilj uvođenja kognitivnog opterećenja jeste redukcija mogućnosti da ispitanici voljno suzbijaju ili cenzurišu depresivne misli. SST je adaptiran na srpski jezik i rezultati preliminarne studije su pokazali da ovaj test predstavlja validnu mjeru kognitivne vulnerabilnosti za depresiju (SSST, Novović, Mihić, Biro, Tovilović, 2014). Ova verzija testa se sastoji od dvije liste od po 27 rečenica. Pouzdanost testa je zadovoljavajuća (oko 0.70). Autori su pokazali da su koeficijenti pouzdanosti za depresivna rešenja (0.62 za situaciju sa kognitivnim opterećenjem a 0.64 za situaciju bez kognitivnog opterećenja) nešto manji nego za ispravna rešenja (0.93 za situaciju sa kognitivnim opterećenjem a 0.95 za situaciju bez kognitivnog opterećenja). Kada je u pitanju konvergentna i divergentna validnost, Novović i sar. (2014) su pokazali da je proporcija depresivnih rečenica usko povezana sa depresijom ($r=0.54$; DASS - Depression, anxiety and stress scale, Lovibond & Lovibond, 1995), dok su ostale korelacije značajne, ali variraju od niskih do visokih: sa anksioznošću ($r=0.35$; DASS – Depression, anxiety and stress scale, Lovibond & Lovibond, 1995), disfunkcionalnim stavovima ($r=0.39$; DAS – Disfunctional attitude scale, Weissman & Beck, 1978), distancama između negativnih atributa koji se tiču postignuća ($r=-0.43$; PDST – Psychological distance scale, Dozois & Dobson, 2001), distancama između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća ($r=0.72$; PDST – Psychological distance scale, Dozois & Dobson, 2001), distancama između negativnih interpersonalnih atributa ($r=-0.48$; PDST – Psychological distance scale, Dozois & Dobson, 2001), distancama između pozitivnih interpersonalnih atributa ($r=0.72$; PDST – Psychological distance scale, Dozois & Dobson, 2001). SSST je ostvario više korelacije s konvergentnim mjerama (DASS - depresija, DAS, PDST), a manje s divergentnim mjerama (DASS - anksioznost). Korelacija između SSST i depresije je značajno veća nego između SSST i anksioznosti ($p<0.01$). Korelacije SSST-a i PDST-a variraju od srednjih do visokih, s tim što se veća veza ostvaruje s distancama između pozitivnih atributa. Veze SSST-a i DAS-a su bile značajne ali niske, što je u skladu i sa nalazima Rudove i sar. (Rude i sar., 2010) a što nam govori da su ove dvije mjere orjentisane ka različitim aspektima kognitivne vulnerabilnosti za depresiju. Što se tiče diskriminativne validnosti, SSST uspješno razlikuje vulnerabilne od nevulnerabilnih osoba, i u situaciji sa kognitivnim opterećenjem i u situaciji bez kognitivnog opterećenja ($F(1.322)=59.64$; $p<0.001$; $\eta^2=0.16$)

Takođe, muškarci su pokazali veću sklonost ka produkciji depresivnih rečenica od žena, i u situaciji sa i u situaciji bez kognitivnog opterećenja ($F(1.1067)=3.57$; $p=0.059$; $\eta^2=0.003$).

2. 3. 2. Instrumenti za kontrolu nivoa simptoma

Bekov inventar depresije (The Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) – simptomatska mjera depresivnosti. Ovaj instrument je zadat svim ispitanicima, u cilju utvrđivanja izraženosti depresivnih simptoma. U pitanju je standardizovani 21-ajtemski instrument. Ispitanici ocjenjuju svaki ajtem na četvorostepenoj skali, od 0 do 3, zaokružujući rečenicu koja najbolje opisuje njihovo stanje u poslednjih dvije nedelje. Totalni skor se računa sabiranjem zaokruženih vrijednosti i može biti od 0 do 63, s tim da veći skor označava i veću depresivnost. Prema priručniku za BDI-II, rezultati između 0 i 13 predstavljaju minimalnu depresivnost, od 14 i 19 blagu, od 20 do 28 umjerenu, a od 29 naviše predstavljaju tešku depresivnost (Beck et al., 1996). Instrument je preveden na srpski jezik, uz dozvolu izdavača (Novović, Mihić, Tovilović, Jovanović i Biro, 2011). Prevod je korigovan metodom povratnog prevoda (*back-translation*). Na uzorku od 400 studenata Univerziteta u Novom Sadu su proverene psihometrijske karakteristike instrumenta (Novović i sar., 2011). Demonstrirana je zadovoljavajuća unutrašnja konzistentnost ($\alpha=0.87$) i test-retest pouzdanost (0.63). Kada se radi o konvergentnoj i divergentnoj validnosti, pokazane su umjerene i visoke korelacije sa instrumentima koji mjere slične fenomene ($r=.70$ sa skalom simptoma depresivnosti) i niske i nepostojeće sa nepovezanim konstruktima ($r=.19$ sa impulsivnim traženjem senzacija). Ovi rezultati su zadovoljavajući. Jedino ne ide u korist divergentnoj valjanosti korelacija s mjerom anksioznosti ($r=.70$). Međutim, ovaj rezultat često dobijaju i drugi autori (Fountoulakis et al., 2006; Novy, Nelson, Goodwin, & Rowzee, 1993). Na našem uzorku pouzdanost skale je veoma visoka (Cronbach alfa=0.95).

Feningštajnova skala paranoje (Paranoia Scale, PS; Feningstein & Vanable, 1992) - simptomatska mjera paranoidnosti. Ovaj upitnik je zadat samo paranoidnim ispitanicima, sa ciljem utvrđivanja nivoa paranoidnosti kod istih. Upitnik se sastoji od 20 ajtema, preuzetih iz MMPI-a. Zadatak ispitanika je da na petostepenoj skali utvrde stepen slaganja sa navedenim rečenicama. Ukupan skor se računa sabiranjem zaokruženih vrijednosti i varira od 20 do 100.

Veći skor označava veći stepen paranoidnosti. Test je preveden i provjeren na Odsijeku za psihologiju u Novom Sadu „*back translation*“ metodom. Pouzdanost PAF skale se pokazala visokom, Cronbah-ov alfa = 0.87 (Bošković i Novović, 2011). U našem istraživanju, takođe je pokazana veoma visoka pouzdanost (Cronbahov alfa=0.91).

Upitnik za skrining psihijatrijskih dijagnoza (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire – PDSQ: Zimmerman, 2002). Ovaj upitnik namijenjen je za procjenu prisustva simptoma psihotičnosti (6 ajtema). Format odgovora je dihotoman: da/ ne. Upitnik je konstruisan na osnovu kriterijuma poremećaja prema DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). U ovoj studiji koristili smo samo skorove na skalama, ne i dihotomnu ocjenu da li ispitanik zadovoljava kriterijume za poremećaj. Skorovi su normalizovani zbog zakrivljenosti distribucije. Koeficijent pouzdanosti za ovu skalu se u našem istraživanju pokazao zadovoljavajućim, Cronbahov alfa=0.78.

Rutinska procjena kliničkih simptoma (The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, CORE-OM, Barkham et al., 1998) – kriterijumska mjera za isključivanje iz uzorka zbog prisustva drugih kliničkih simptoma. Ovaj upitnik je zadat pacijentima u remisiji i kontrolnoj grupi, sa ciljem isključivanja iz uzorka pojedinaca koji pokazuju da imaju neke kliničke simptome koji bi mogli uticati na zavisne varijable. U pitanju je 34-ajtemski upitnik. Ispitanik treba da izvijesti o tome kako se osjećao u poslednjih nedelju dana. 4 ajtema se odnose na *subjektivno blagostanje*, 12 na *psihičke probleme* i 12 na *funkcionisanje*. Takođe, 6 ajtema mjeri *rizik*, 4 rizik od samo-povrjeđivanja i 2 rizik za povrjeđivanja drugih. Ispitanicima je ponuđena petostepena skala (od 0=nikad do 4=skoro uvijek) kako bi označili frekvenciju svakog simptoma u proteklih nedelju dana. Skor se dobija prostim sumiranjem zaokruženih brojeva, i može se računati za svaki domen ponaosob, kao i ukupni. Ukupan skor varira od 0 do 136; za subskele subjektivno blagostanje i rizik od 0 do 16, dok za subskele psihički problemi i funkcionisanje varira od 0 do 48. Što je veći skor, to je nivo izraženosti drugih kliničkih simptoma veći. Autori (Barkham i sar., 1998) su ispitivali psihometrijske karakteristike upitnika na uzorku od 1106 ispitanika iz opšte populacije i 890 ispitanika iz kliničke populacije. Interna pouzdanost (0.75-0.94) i test-retest pouzdanost s periodom između testiranja od jedne nedelje (0.60-0.91) su veoma prihvatljive. Test je preveden i provjeren na Odsijeku za psihologiju u Novom Sadu „*back translation*“ metodom. Ovaj test je u našem istraživanju pokazao visoku pouzdanost (Cronbahov alfa=0.73).

Svi testovi su dostavljeni u prilogu (6-10).⁵

2. 4. Hipoteze

U istraživanju se očekuju sledeći rezultati:

1) Sve tri kliničke grupe ispitivane u epizodi (unipolarno depresivni pacijenti, bipolarno depresivni pacijenti i paranoidni pacijenti) će, nasuprot kontrolnoj grupi, pokazati sledeće karakteristike depresivne kognitivne self-šeme:

a) bolju povezanost negativnih atributa kojima se opisuju, a slabiju povezanost pozitivnih nego kontrolna grupa. Ovu svoju pretpostavku smo izveli vodeći se postavkama autora (Dozois & Dobson, 2001; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010) koji su krenuli od nalaza da se self-relevantne informacije efikasnije obrađuju nego one manje relevantne, zbog čega su dalje pretpostavili da je brže obrađivanje posledica njihove bolje organizacije tj. bolje međusobne povezanosti. Na osnovu toga, može se očekivati da će osobe sa depresivnom kognitivnom šemom (aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti, kao i paranoidni pacijenti) pokazati značajno veću povezanost negativnih sadržaja nego kontrolna grupa tj. manju distancu između negativnih atributa, jake veze, što će rezultirati i brzom aktivacijom ove šeme u slučaju prisustva negativnih životnih događaja i drugih stimulusa. Sa druge strane, pretpostavili su da je povezanost pozitivnih sadržaja značajno manja nego u kontrolnoj grupi, da su veze slabije, distance između atributa veće što će rezultirati slabom aktivacijom ove šeme. Ove svoje pretpostavke, autori su i potvrdili u gore spomenutim istraživanjima za aktuelno unipolarno depresivne pacijente. Koliko nam je poznato, ispitivanje organizacije kognitivne self-šeme na ovaj način nije ispitivano kod aktuelno depresivno bipolarnih i paranoidnih pacijenata. Kao što je ranije naznačeno, mi smo pretpostavili da će se ove dvije grupe pacijenata ponašati kao i unipolarno depresivne osobe vodeći se nalazima prethodnih istraživanja koja govore da unipolarno i bipolarni pacijenti pokazuju veliku sličnost u depresivnoj epizodi (Mitchell et al., 2011; Forty et al., 2008, Mitchell & Malhi, 2004; Cuellar, Johnson & Winters, 2005), kao i

⁵ Beckov inventar depresivnosti (*BDI-II*; Beck et al., 1996) nije priložen jer je zaštićen autorskim pravom.

vodeći se Bentallovom teorijom (Bentall et al., 2001) po kojoj paranoidne osobe imaju latentno negativna vjerovanja o sebi. Nasuprot kliničkoj populaciji, za očekivati je od kontrolne grupe da pokaže bolju povezanost pozitivnih sadržaja, a slabiju povezanost negativnih sadržaja u odnosu na pacijente u aktuelnoj epizodi, što je takođe demonstrirano u navedenim istraživanjima.;

b) pokazao trend ka opisivanju sebe u većoj mjeri širim negativnim i užim pozitivnim atributima u odnosu na šire pozitivne i uže negativne. Ovu hipotezu smo izveli vodeći se pretpostavkama Karpinskog i sar. (Karpinski et al., 2007) da osobe s niskim samopoštovanjem (a time i osobe s depresivnom kognitivnom šemom) opisuju sebe koristeći u većoj mjeri negativne karakteristike koje su široke i apstraktne nego one koje su uske po obimu ponašanja na koje se odnose, vjerovatno zato što vjeruju da se njihove loše osobine mogu generalizovati na veliki broj ponašanja. Slično tome, autori su pretpostavili da ove osobe koriste u većoj mjeri uske i konkretne pozitivne karakteristike pri opisu sebe nego široke pozitivne, te na taj način smatraju da su njihove pozitivne osobine specifične za mali broj ponašanja. To je suprotan trend od onog koji se očekuje od osoba sa visokim samopoštovanjem tj. od opšte populacije. Istraživanja mahom potvrđuju da opšta populacija vrši preferenciju širih pozitivnih i užih negativnih atributa u odnosu na depresivne pacijente (Dunning, Meyerowitz, & Holzberg, 1989; Karpinski, 2005; Karpinski et al., 2007). Kad je riječ o osobama s depresivnom šemom, Karpinski i sar. (2007) nisu potvrdili svoje početno očekivanje za depresivne osobe, što su objasnili nekliničkim uzorkom. Ponovo, bipolarni i paranoidni pacijenti nisu ispitivani na ovaj način a pretpostavku da će se ponašati isto kao unipolarno depresivni pacijenti smo izveli posredno iz istraživanja nad bipolarno depresivnim pacijentima (Mitchell et al., 2011; Forty et al., 2008, Mitchell & Malhi, 2004; Cuellar, Johnson & Winters, 2005) i iz teorije i istraživanja za paranoidne pacijente (Bentall et al., 2001; Bentall & Kinderman, 1998; Valiente et al., 2011).

c) više maladaptivnih uvjerenja će pokazati kliničke grupe u odnosu na kontrolnu. Prema Beckovom modelu (Beck, 1967) u aktuelnoj depresivnoj epizodi je aktivna depresivna šema, a samim tim i sadržaj šeme koji se tiče disfunkcionalnosti o sebi, svijetu i budućnosti. Uvjerenja koja se ispituju upitnikom DAS (DAS 24 – Power et al., 1994) se više odnose na intermedijalna maladaptivna uvjerenja koja su u formi uslovnih pravila „Ako...onda...“. Naime, radi se o disfunkcionalnim pretpostavkama o tome šta su neophodni uslovi da bi čovjek bio srećan. U pitanju su teško ostvarivi uslovi koji privremeno mogu biti ispunjeni i održavati osobu van

depresije, ali čim uslov nije zadovoljen aktiviraju se bazična uvjerenja, koja čine sadržaj depresivne šeme. U aktuelnoj epizodi, kako je sadržaj šeme aktivan, i disfunkcionalnosti na intermedijalnom nivou su prisutne. One su bliže svijesti, pa su samim tim i lakše mjerljive. Većina istraživanja je i dalo potvrdu za ovakvu pretpostavku tj. izvijestilo da depresivni pacijenti u aktuelnoj epizodi demonstriraju značajno više maladaptivnih uvjerenja od kontrolne grupe (D'Alessandro & Burton, 2006; Hankin et al., 2004; Joiner et al., 1999). Pretpostavka da će i bipolarni pacijenti i paranoidne osobe imati značajno više maladaptivnih uvjerenja ne slijedi direktno iz Beckovog modela (Beck, 1967). Za bipolarne pacijente smo to pretpostavili s obzirom da se ponašaju slično kao unipolarne depresivni u samoj epizodi (Mitchell et al., 2011; Forty et al., 2008, Mitchell & Malhi, 2004; Cuellar, Johnson & Winters, 2005), zbog čega smo pretpostavili i da je kod njih aktivna depresivna šema. Istraživanja potvrđuju da ove osobe demonstriraju maladaptivna uvjerenja u aktuelnoj depresivnoj epizodi u mnogo većoj mjeri od kontrolne grupe (Hill et al., 1989; Hollon et al., 1986). Za paranoidne smo pretpostavili da će pokazati značajno više maladaptivnih uvjerenja od kontrolne grupe jer smo i kod njih pretpostavili latentnu depresivnu šemu. Ovu pretpostavku smo zasnovali na Bentallovom modelu (Bentall et al., 2001) po kojoj se paranoidne osobe personalnim atribuiranjem zapravo štite od latentno negativne slike o sebi. Pretpostavljamo da u samoj epizodi povremeno dolazi do popuštanja defanzivnog manevra, čime sadržaj depresivne šeme ispliva na površinu. Tome u prilog idu i istraživanja koja pokazuju da su maladaptivna uvjerenja prisutna kod ovih osoba (Lincoln et al., 2010; Moorhead et al., 2005). Na kraju, pretpostavka je, a i spomenuti nalazi potvrđuju, da kontrolna grupa neće pokazati disfunkcionalna uvjerenja jer u pozadini nema depresivne self-šeme.;

d) negativnu pristrasnu interpretaciju nejasnog materijala pod dejstvom kognitivnog opterećenja. Ovu pretpostavku smo izveli na osnovu Wegnerove (Wegner, 1994) Teorije ironičnih procesa, po kojoj osobe s depresivnom kognitivnom šemom konstantno vrše odvracanje od neprijatnih misli, što zahtijeva veliki napor i angažovanje kognitivnih resursa (supresija misli). Međutim, kada resursi popuste (pod dejstvom stresora, afekta ili kognitivnog opterećenja) dolazi do zakazivanja mentalne kontrole potrebne da bi se supresija uspješno vršila tj. dolazi do ironične aktivacije monitoring sistema koji omogućava prodiranje negativnih kognicija u um, što vodi do javljanja neželjenog emotivnog stanja. Ovaj nalaz je potvrđen u mnogobrojnim studijama za unipolarne

depresivne pacijente (Conway et al., 1991; Howell & Conway, 1992; Renaud & McConnell, 2002; Wenzlaff et al., 1991). Pretpostavku da će se bipolarni i paranoidni pacijenti ponašati isto smo izveli, kako je ranije naznačeno, na osnovu nalaza koji sugerišu da se unipolarna i bipolarna depresivna epizoda ne razlikuju značajno (Mitchell et al., 2011; Forty et al., 2008, Mitchell & Malhi, 2004; Cuellar, Johnson & Winters, 2005), dok smo za paranoidne pacijente pretpostavili isto vodeći se Bentallovom teorijom (Bentall et al., 2001) po kojoj ove osobe imaju latentnu depresivnu self-šemu, što je i potvrđeno u nekim istraživanjima (Bentall & Kinderman, 1998; Valiente et al., 2011). Nasuprot tome, kontrolna grupa neće demonstrirati depresivnu kognitivnu pristrasnost u situaciji sa kognitivnim opterećenjem, jer nemaju depresivnu kognitivnu šemu koja bi pokrenula interpretativnu pristrasnost. Ovo je i u skladu s navedenim teorijama i istraživanjima.

Kliničke grupe će pokazati sledeće međusobne razlike:

a) Aktuelno depresivne osobe (unipolarno/bipolarno) će opisivati sebe više negativnim a manje pozitivnim atributima u odnosu na paranoidne pacijente i kontrolnu grupu. Drugim riječima, eksplicitno samopoštovanje kod aktuelno depresivnih osoba biće niže nego ono kod paranoidnih pacijenata i kontrolne grupe. Ova pretpostavka je zasnovana na Beckovoj teoriji (Beck, 1967) po kojoj se produkti depresivne kognitivne šeme ispoljavaju njenom aktivacijom (dakle, u aktuelnoj epizodi). To je i potvrdilo veći broj istraživanja (Dobson & Shaw, 1987; Dohr et al., 1989; Zuroff et al., 1999). Paranoidni pacijenti i kontrolna grupa će, s druge strane, pokazati sklonost ka opisivanju sebe više pozitivnim a manje negativnim atributima. Kontrolna grupa će takvu sklonost demonstrirati zbog objektivno višeg samopoštovanja, na šta nas i studije upućuju (Karpinski et al., 2007). Za paranoidne pacijente smo pretpostavili da će se ponašati kao kontrolna grupa vodeći se Bentallovom teorijom (Bentall et al., 2001) koja govori o tome da iako ove osobe imaju autentično negativnu sliku o sebi, one čuvaju sliku o sebi vršeći personalno atribuiranje negativnih događaja. Time će na svjesnom, eksplicitnom nivou demonstrirati visoko samopoštovanje tj. vršiti preferenciju pozitivnih atributa u odnosu na negativne pri samoopisu.

b) Negativnu pristrasnu interpretaciju nejasnog materijala bez kognitivnog opterećenja u većoj mjeri će ispoljiti aktuelno depresivne osobe (unipolarno/bipolarno) u odnosu na paranoidne

ispitanike i kontrolnu grupu. Ovu pretpostavku smo izveli na osnovu Wenzlaffove teorije (Wenzlaff, 1998) po kojoj se van epizode vrši supresija depresivnih misli, a u toku depresivne epizode (koja je najčešća posledica dejstva negativnog događaja) dolazi do popuštanja supresije i „isplivavanja“ depresivnog sadržaja. Na osnovu Bentalllove teorije (Bentall et al., 2001), koja govori o tome da paranoidne osobe čuvaju sliku o sebi tako što vrše personalno atribuiranje negativnih događaja, pretpostavili smo da zbog uspješne supresije kod njih neće doći do manifestacije depresivnog sadržaja u situaciji bez kognitivnog opterećenja. Kod kontrolne grupe smatramo da neće doći do depresivne kognitivne pristrasnosti zbog autentično pozitivne slike o sebi, o čemu govore i istraživanja (Segal & Ingram, 1994; Solomon et al., 1998).

2) Depresivna kognitivna šema pokazuje stabilnost u toku epizode i u remisiji, što će se manifestovati kroz sledeće rezultate:

a) Kliničke grupe, unipolarne i bipolarni depresivni pacijenti će, kako tokom epizode, tako i u remisiji, pokazati bolju povezanost negativnih atributa kojima se opisuju u odnosu na kontrolnu grupu, dok između sebe kliničke grupe neće pokazati razlike. Ovu pretpostavku smo zasnovali na osnovu nalaza Dozoise i Dobsona (Dozois & Dobson, 2001) koji su pokazali da organizacija negativne self-šeme ostaje stabilna u toku vremena, čak i kada dođe do poboljšanja. Iako se po Becku (Beck, 1967) disfunkcionalna kognitivna self-šema aktivira tokom epizode, ali je prisutna i prije i poslije depresivne epizode, samo je latentna, gore spomenuti autori su demonstrirali da to važi samo za negativni aspekt self-šeme. Kontrolna grupa će, sa druge strane, demonstrirati slabije povezanu negativnu self-šemu u odnosu na kliničke grupe, što je u skladu i s teorijskim postavkama i sa dosadašnjim istraživanjima (Dozois & Dobson, 2001b; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010).

b) Kliničke grupe unipolarne i bipolarni depresivnih pacijenata će, kako tokom epizode, tako i u remisiji, pokazati trend ka opisivanju sebe širim negativnim i užim pozitivnim atributima u odnosu na šire pozitivne i uže negativne, u većoj mjeri nego kontrolna grupa, dok između sebe kliničke grupe neće pokazati razlike. Hipotezu smo izveli vodeći se pretpostavkama Karpinskog i sar. (Karpinski et al., 2007) da osobe s niskim samopoštovanjem (samim tim i osobe s depresivnom kognitivnom šemom) opisuju sebe koristeći u većoj mjeri široke i apstraktne

negativne attribute (koji se mogu primijeniti na širok spektar njihovog ponašanja), a uske i konkretne pozitivne attribute (koji se mogu primijeniti na uzak spektar njihovog ponašanja). To je suprotan trend od onog koji se očekuje od osoba sa visokim samopoštovanjem tj. od kontrolne grupe. Pretpostavku da će se depresivni pacijenti u remisiji ponašati isto kao aktuelno depresivni smo izveli vodeći se Beckovom teorijom (Beck, 1967) po kojoj šema ostaje latentna i u remisiji, a što sugerišu i istraživanja (Solomon et al., 1998, Dozois & Dobson, 2001a). Preferencija širine samoopisnih atributa predstavlja indirektnu mjeru samopoštovanja, čime se pristupa stabilnijim aspektima šeme (u pitanju je manje svjesna slika o sebi).

c) Kliničke grupe unipolarne i bipolarnu depresivnu pacijenata će, kako tokom epizode, tako i u remisiji, pokazati više maladaptivnih uvjerenja od kontrolne grupe, a kliničke grupe se neće razlikovati među sobom. Ovu pretpostavku smo zasnovali na nalazima da su disfunkcionalnosti prisutne i kod osoba u remisiji (D'Alessandro & Burton, 2006; Hankin et al., 2004; Joiner et al., 1999; Reilly-Harrington et al., 1999). Dakle, po Becku i njegovim sledbenicima (Beck et al., 1979; Ingram et al., 1998; Dozois & Dobson, 2001) disfunkcionalnosti su u vezi sa sadržajem kognitivne šeme i one su faktor vulnerabilnosti za depresiju; preko njih se uspješno predviđa naredna depresivna epizoda, naročito u interakciji s negativnim životnim događajima. Ipak, postoji i suprotna evidencija koja ukazuje na promjene disfunkcionalnih stavova sa izlaskom iz depresivne epizode i ukazuju na potrebu afektivnog primovanja osoba u remisiji ako se želi doći do disfunkcionalnih uvjerenja (Abela & D'Alessandro, 2002; Abela & Sullivan, 2003; Dykman & Johll, 1998; Lewinsohn et al., 2001). Očekuje se da kontrolna grupa neće demonstrirati disfunkcionalna uvjerenja, što je u skladu i s teorijskim postavkama i sa navedenim istraživanjima.

d) Kliničke grupe (aktuelno unipolarne/bipolarne depresivne i pacijenti u remisiji) će pokazati negativnu pristrasnu interpretaciju nejasnog materijala sa kognitivnim opterećenjem, za razliku od kontrolne grupe, a između sebe kliničke grupe neće pokazati razliku. Do zaključka o stabilnosti kognitivne šeme se, između ostalog, došlo i na osnovu istraživanja supresije. Kod aktuelno depresivnih supresija svakako ne djeluje pa se depresivna pristrasnost manifestuje bez obzira na opterećenje, dok kod depresivnih u remisiji, autori (Wenzlaff & Bates, 1998) su pokazali da, čim se u istraživanje uvede kognitivno opterećenje, supresija popušta i dolazi do manifestacije depresivnog sadržaja (Miranda et al., 1990; Persons & Miranda, 1992; Segal &

Ingram, 1994; Solomon et al., 1998). Ovakvi nalazi su u saglasnosti sa pretpostavkom da je depresivna self-šema relativno stabilna u toku vremena, samo što je u remisiji latentna, odnosno uspavana (Beck, 1967). Kontrolna grupa, nasuprot tome, neće demonstrirati depresivnu kognitivnu pristrasnost ni pod dejstvom kognitivnog opterećenja jer kod njih u pozadini nije prisutna depresivna kognitivna šema.

Kliničke grupe, koje se nalaze u različitoj fazi poremećaja, će pokazati sledeće razlike:

a) Kliničke grupe u aktuelnoj depresivnoj epizodi će pokazati slabiju povezanost pozitivnih atributa kojima se opisuju u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu, koje među sobom neće pokazati razliku. Ovu pretpostavku smo zasnovali na osnovu nalaza Dozoise i Dobsona (Dozois & Dobson, 2001) koji su pokazali da kod pozitivne self-šeme dolazi do reorganizacije sadržaja tj. u remisiji dolazi do smanjenja distanci između pozitivnih atributa. Iako je po Becku (Beck, 1967) disfunkcionalna kognitivna self-šema prisutna i u remisiji, samo je latentna i neaktivna, gore spomenuti autori su demonstrirali da to važi samo za negativni aspekt self-šeme. Pozitivni aspekt kognitivne šeme se reorganizuje, što je i potencijalni uzrok poboljšanja. Kontrolna grupa će, poput osoba u remisiji, demonstrirati dobro povezanu pozitivnu self-šemu, što su i potvrdile sve dosadašnje studije (Dozois & Dobson, 2001; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010).

b) Aktuelno depresivne osobe (unipolarno/bipolarno) će pokazati sklonost da opisuju sebe više negativnim, a manje pozitivnim atributima u odnosu na depresivne i bipolarnu osobu u remisiji, kao i u odnosu na kontrolnu grupu. Sa druge strane, pacijenti u remisiji i kontrolna grupa neće demonstrirati razlike. Ovu pretpostavku smo izveli na osnovu Beckove teorije (Beck, 1967) po kojoj produkti depresivne kognitivne šeme nestaju u remisiji jer je šema tada latentna i samim tim neaktivna. To je i potvrdilo veći broj istraživanja (Dobson & Shaw, 1987; Dohr et al., 1989; Zuroff et al., 1999). Kontrolna grupa će pokazati sklonost ka preferenciji pozitivnih atributa u odnosu na negativne, zbog autentično višeg samopoštovanja, što su studije i demonstrirale (Karpinski et al., 2007).

c) Negativnu pristrasnu interpretaciju nejasnog materijala bez kognitivnog opterećenja u većoj mjeri će ispoljiti aktuelno depresivne osobe (unipolarno/bipolarno) nego depresivni i bipolarni pacijenti u remisiji i kontrolna grupa, dok se tri posljednje grupe neće razlikovati po pristrasnosti u interpretaciji. Ovakvu pretpostavku smo izveli na osnovu nalaza koji sugerišu da maladaptivnog procesiranja nema kod depresivnih u remisiji u situacijama kada nema kognitivnog opterećenja, odnosno kada se supresija vrši uspješno (Wenzlaff & Bates, 1998; Wenzlaff et al., 2001). Dakle, bez dejstva kognitivnog opterećenja, šema je „uspavana“ pa se samim tim i ne manifestuje. Ista istraživanja su pokazala da aktuelno depresivni pacijenti pokazuju depresivnu pristrasnost i u situaciji kada ne djeluje opterećenje jer dejstvo afekta čini da se supresija ne vrši. Kod kontrolne grupe, naravno, neće biti demonstrirana negativna pristrasnost u situaciji bez kognitivnog opterećenja usled nepostojanja depresivne kognitivne šeme u pozadini, što su pokazala i spomenuta istraživanja.

2. 5. Postupak analize podataka. Podaci su obrađeni u programu Statistika. Od tehnika za analizu podataka je korišćeno:

1) deskriptivna analiza – izračunati su prosječni skorovi na zavisnim varijablama (interstimulusne distance, implicitno i eksplicitno samopoštovanje, disfunkcionalna uvjerenja i depresivna pristrasnost) i simptomatskim mjerama (nivo depresivnosti, simptomi psihopatologije, nivo paranoidnosti, psihotični simptomi);

2) jednosmjerna analiza varijanse za provjeru kontrolnih varijabli tj. utvrđivanje razlika među grupama po depresivnosti, simptomima mentalnih poremećaja i psihotičnim simptomima;

3) provjera psihometrijskih karakteristika testova: koeficijenti pouzdanosti – Kronbahov alfa, interkorelacije, KMO; korelacije između zavisnih varijabli (interstimulusne distance, implicitno i eksplicitno samopoštovanje, disfunkcionalna uvjerenja i depresivna pristrasnost); korelacije između zavisnih varijabli i simptomatskih mjera (interstimulusne distance, implicitno i eksplicitno samopoštovanje, disfunkcionalna uvjerenja i depresivna pristrasnost, s jedne strane, i nivo depresivnosti, simptomi psihopatologije: subjektivno blagostanje, psihološki problemi, funkcionalnost i rizik, i nivo paranoidnosti, s druge strane).

4) jednosmjerna analiza varijanse i kovarijanse za ispitivanje specifičnosti i stabilnosti implicitnog i eksplicitnog samopoštovanja. U analizi koja se odnosila na specifičnost samopoštovanja, kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) je sadržao četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja), dok za ispitivanje stabilnosti samopoštovanja kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) je sadržao pet nivoa koji se odnose na vrstu, fazu i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/unipolarno depresivni pacijenti u remisiji/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/bipolarni pacijenti u remisiji/odsustvo poremećaja). Zavisne varijable prilikom ispitivanja i specifičnosti i stabilnosti su bile:

- za ispitivanje implicitnog samopoštovanja: nivo implicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko valence i širine odgovora na BART-u;
- za ispitivanje eksplicitnog samopoštovanja: nivo eksplicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko valence odgovora na BART-u.

Da bismo ispitali uticaj kovarijata, prilikom ispitivanja specifičnosti kognitivne self-šeme, radili smo analize i sa kovarijatima (ANCOVA) i bez kovarijata (ANOVA). U analizama sa kovarijatima, kovarijati su bili starost i nivo depresivnosti, operacionalno definisan skorom na BDI-ju .

5) analizu varijanse i kovarijanse sa kombinovanim faktorima, za ispitivanje specifičnosti i stabilnosti organizacije self-šeme; specifičnosti i stabilnosti disfunkcionalnih stavova; specifičnosti i stabilnosti depresivne pristrasnosti.

Za ispitivanje specifičnosti, kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) je sadržao četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja), dok za ispitivanje stabilnosti kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) je sadržao pet nivoa

koji se odnose na vrstu, fazu i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/unipolarno depresivni pacijenti u remisiji/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/bipolarni pacijenti u remisiji/odsustvo poremećaja). Zavisne varijable prilikom ispitivanja i specifičnosti i stabilnosti su bile:

- za ispitivanje organizacije self šeme: interstimulusne distance a faktori unutar subjekata su bili: sadržaj atributa (atributi koji se tiču postignuća/interpersonalni atributi) i valenca atributa (negativni/pozitivni atributi);
- za ispitivanje disfunkcionalnih stavova: intenzitet disfunkcionalnih uvjerenja, a faktor unutar subjekata je sadržaj uvjerenja (postignuće/zavisnost/kontrola);
- za ispitivanje depresivne pristrasnosti: proporcija produkovanih depresivnih rečenica u odnosu na broj tačno produkovanih rečenica, a faktor unutar subjekata je opterećenje (prisustvo/odsustvo opterećenja).

Da bismo ispitili uticaj kovarijata, prilikom ispitivanja specifičnosti kognitivne self-šeme, radili smo analize i sa kovarijatima (ANCOVA) i bez kovarijata (ANOVA). U analizama sa kovarijatima, kovarijati su bili starost i nivo depresivnosti, operacionalno definisan skorom na BDI-ju .

2. 6. Procedura. Samo istraživanje je obavljeno na tri lokacije. Prvo se pristupilo prikupljanju podataka u Kliničkom centru Vojvodine i u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti u Kovinu, gdje su testirani pacijenti u aktuelno depresivnoj epizodi, odnosno sa simptomima nekog od paranoidnih poremećaja. Paralelno su skupljani podaci u ambulanti, u okviru Kliničkog centra Vojvodine, gdje na regularne kontrole dolaze pacijenti s dijagnostifikovanom depresijom, odnosno bipolarnim poremećajem, a koji se nalaze u remisiji. Nakon prikupljanja podataka od strane kliničkog dijela uzorka, pristupilo se testiranju kontrolne grupe. Testiranje se izvršilo u jednom navratu, na Filozofskom fakultetu u Novom Sadu.

Sam proces ispitivanja tekao je tako što su ispitanicima, koji su od strane nadležnog psihijatra upućeni na testiranje jer zadovoljavaju i uključujuće (dijagnozu) i isključujuće kriterijume, prvo predočene informacije o samom istraživanju, nakon čega im je data na potpis saglasnost o učešću. Potom su uzeti osnovni podaci, posle čega su ispitanici pristupili rešavanju testa za utvrđivanje psiholoških distanci između samoopisnih atributa na računaru. Zatim im je zadata baterija papir-olovka testova, pri čemu je redosled testova kod svih grupa bio isti.

3. REZULTATI

Prije obrade podataka pristupilo se procesu vinzorizacije tj. transformaciji ekstremnih podataka. Ovaj postupak je urađen kako bi se smanjio uticaj ekstremnih skorova na krajnje rezultate istraživanja.

3. 1. Deskriptivna analiza

U Tabeli 4 su prikazane prosječne vrijednosti i standardne devijacije na testovima primijenjenim u studiji, i to za svaku grupu ponaosob. Kao što se može primijetiti iz tabele, distance između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća kod kliničkih grupa su veće u odnosu na kontrolnu grupu. Distance između interpersonalnih pozitivnih atributa su veće kod bipolarnih pacijenata u remisiji, i naročito kod paranoidnih pacijenata, u odnosu na ostale kliničke grupe i kontrolnu grupu. Kada su u pitanju distance između negativnih atributa, kod aktuelno depresivnih osoba (i unipolarno i bipolarno) su manje nego kod ostalih grupa, pogotovo kad se radi o atributima koji se tiču postignuća. Depresivna pristrasnost je veća pod opterećenjem nego bez opterećenja, osim kod paranoidnih pacijenata i kontrolne grupe. Takođe se može primijetiti da je, u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje, depresivna pristrasnost najviše izražena kod unipolarno depresivnih pacijenata u epizodi i van nje, a u uslovima bez kognitivnog opterećenja kod aktuelno depresivnih pacijenata, i unipolarno i bipolarno. Disfunkcionalna uvjerenja koja se tiču

postignuća su više izražena kod kliničkih grupa u odnosu na kontrolnu grupu, naročito kod ispitanika koji se nalaze u aktuelnoj epizodi. Disfunkcionalna uvjerenja koja se tiču zavisnosti su više izražena kod unipolarno depresivnih osoba (aktuelno i u remisiji) i aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata u odnosu na ostale grupe. Disfunkcionalna uvjerenja koja se tiču kontrole su više izražena kod kliničkih grupa, naročito kod onih u aktuelnoj epizodi, u odnosu na kontrolnu grupu. Implicitno samopoštovanje je značajno niže kod aktuelno depresivnih pacijenata (unipolarno i bipolarno) u odnosu na ostale grupe. Isto važi i za eksplicitno samopoštovanje, s tim što se tu čini interesantan nalaz da je eksplicitno samopoštovanje kod unipolarno i bipolarno depresivnih osoba koje se nalaze u remisiji, kao i kod paranoidnih pacijenata veće nego kod kontrolne grupe.

Tabela 4. *Prosječni skorovi na zavisnim varijablama*

	AUD				UDR				ABD				BR				P				KG			
	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)
Distance (+p)	1.16	.56	-.40 (.45)	-.65 (.87)	.62	.62	1.03 (.42)	-.04 (.82)	.77	.57	.50 (.46)	-.88 (.90)	.47	.51	1.29 (.44)	1.11 (.86)	.63	.50	.75 (.42)	.77 (.82)	.34	.24	1.18 (.30)	2.09 (.59)
Distance (+i)	.39	.41	-.58 (.42)	-.11 (.82)	.21	.40	.65 (.41)	-.29 (.81)	.38	.37	-.18 (.44)	-.85 (.86)	.90	.83	-.04 (.44)	-1.77 (.86)	1.33	.57	-	.00	.37	.25	.99 (.29)	2.10 (.58)
Distance (-p)	.74	.55	.43 (.42)	-.63 (.82)	1.37	.69	-.33 (.47)	-.86 (.92)	.75	.58	.57 (.45)	.25 (.87)	1.52	.60	-.79 (.48)	.28 (.93)	1.39	.47	-.62 (.43)	1.85 (.84)	1.25	.54	-.16 (.31)	-.57 (.61)
Distance (-i)	1.16	.52	.45 (.43)	.13 (.84)	1.50	.65	-.33 (.52)	-.80 (1.01)	1.01	.52	.52 (.46)	-.69 (.90)	1.57	.64	-.38 (.51)	-1.07 (.99)	1.46	.57	.06 (.46)	-.51 (.89)	1.41	.51	.51 (.32)	-.54 (.63)
DP (O)	.52	.31	-.20 (.48)	-.82 (.93)	.40	.41	.54 (.47)	-1.39 (.92)	.37	.29	.43 (.46)	-.17 (.90)	.15	.22	1.71 (.46)	2.68 (.89)	.20	.27	1.30 (.44)	1.26 (.86)	.08	.13	1.77 (.29)	2.23 (.58)
DP (BO)	.48	.28	.14 (.46)	-.66 (.90)	.20	.26	1.60 (.41)	2.23 (.81)	.27	.25	.30 (.47)	-1.36 (.92)	.10	.14	1.70 (.44)	2.05 (.86)	.21	.24	1.41 (.46)	2.75 (.89)	.08	.13	1.92 (.30)	3.92 (.59)
DU (post)	37.74	10.36	-.22 (.42)	-1.30 (.82)	28.73	12.41	.41 (.41)	-.95 (.80)	34.55	10.78	-.24 (.45)	-.64 (.87)	27.55	12.95	.47 (.43)	-1.22 (.84)	30.81	12.75	24 (.42)	-	25.50	9.17	.61 (.29)	-.00 (.58)
DU (zavis)	29.71	10.73	-.17 (.42)	-1.06 (.82)	25.33	9.52	.19 (.41)	-.57 (.80)	27.92	9.87	14 (.45)	-.40 (.87)	22.07	9.45	.91 (.43)	.24 (.84)	21.81	9.95	1.05 (.42)	.61 (.82)	23.88	7.31	.29 (.29)	-.02 (.58)
DU (kont)	36.93	8.06	-.27 (.42)	-.94 (.82)	36.81	7.73	-.18 (.41)	-.70 (.80)	39.70	6.36	-.80 (.45)	.80 (.87)	34.76	7.75	-.04 (.43)	-.76 (.84)	37.93	6.65	-.13 (.42)	-.88 (.82)	32.92	6.05	-.28 (.29)	-.91 (.58)
IS	-20.16	23.06	-.72 (.42)	.86 (.82)	-1.66	24.80	-.32 (.41)	-.04 (.81)	-21.82	22.55	-.48 (.44)	.32 (.86)	5.93	14.10	.39 (.43)	-.75 (.84)	-6.71	22.92	-.10 (.42)	-.36 (.82)	4.74	17.99	-.04 (.29)	.59 (.58)
ES	38.22	50.35	-.22 (.42)	-1.04 (.82)	94.72	62.35	-.74 (.41)	-.31 (.81)	55.53	61.34	.42 (.44)	-.77 (.86)	94.94	37.61	83.05 (.43)	-.12 (.84)	109.55	59.85	-.63 (.42)	.43 (.82)	88.95	50.86	-.33 (.29)	.09 (.58)

Napomena: AUD = aktualno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji, ABD = aktualno bipolarno depresivni pacijenti, BR = bipolarni pacijenti u remisiji, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa; AS = aritmetička sredina, SD = standardna devijacija; S = Skewness; SE = Standardna greška; K = Kurtosis; + p = pozitivni atributi koji se tiču postignuća; + i = pozitivni interpersonalni atributi; - p = negativni atributi koji se tiču postignuća, - i = negativni interpersonalni atributi; DP (O) = depresivna pristrasnost u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje; DP (BO) = depresivna pristrasnost u uslovima bez kognitivnog opterećenja; DU (post) = disfunkcionalna uvjerenja koja se tiču postignuća; DU (zavis) = disfunkcionalna uvjerenja koja se tiču zavisnosti; DU (kont) = disfunkcionalna uvjerenja koja se tiču kontrole; IS = implicitno samopoštovanje; ES = eksplicitno samopoštovanje .

U Tabeli 5 su predstavljene prosječne vrijednosti na simptomatskim mjerama, za svaku grupu ponaosob. Vidimo da su depresivni simptomi najviše izraženi kod aktuelno depresivnih pacijenata, zatim slijede paranoidni pacijenti i unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti u remisiji, a najmanje kod kontrolne grupe. Klinički simptomi psihopatologije su nešto više izraženi kod unipolarno i bipolarno depresivnih osoba u remisiji u odnosu na kontrolnu grupu. Psihотиčni simptomi su najviše izraženi kod paranoidnih osoba, potom slijede unipolarno depresivni pacijenti (u aktuelnoj epizodi i u remisiji) pa bipolarni pacijenti (u depresivnoj epizodi i van epizode) a najmanje, kao što se i očekuje, kod kontrolne grupe.

Tabela 5. *Prosječna vrijednost na simptomatskim mjerama*

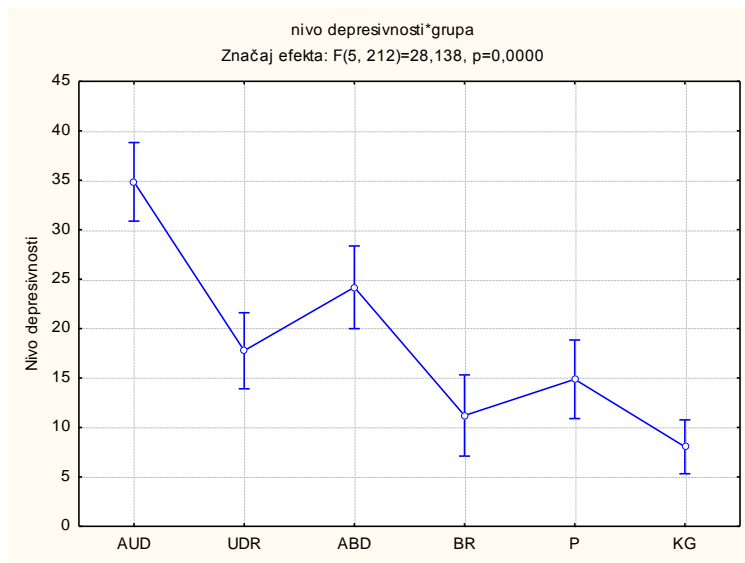
	Depresivnost				Simptomi psihopatologije				Paranoidnost				Psihотиčni simptomi			
	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)	AS	SD	S (SE)	K (SE)
AUD	34.84	12.20	-.37 (.42)	-.45 (.82)									2.03	1.64	.28 (.42)	-1.22 (.82)
UDR	17.76	13.85	.71 (.41)	-.58 (.80)	62.52	5.62	-.39 (.43)	.44 (.84)					1.27	1.48	1.02 (.41)	.35 (.80)
ABD	24.18	13.81	.02 (.44)	-.68 (.86)									.74	1.40	2.39 (.45)	5.24 (.87)
BR	11.21	10.16	1.41 (.43)	1.70 (.84)	61.25	4.30	.38 (.47)	1.40 (.92)					.82	1.49	2.49 (.44)	6.32 (.86)
P	14.87	11.61	.96 (.42)	.46 (.82)					66	19.94	-.54 (.43)	-.44 (.83)	3.06	1.46	-.46 (.42)	-.41 (.82)
KG	8.04	7.86	1.78 (.29)	3.34 (.58)	45.57	8.48	1.08 (.29)	.94 (.58)					.19	.56	3.28 (.29)	11.44 (.58)
U	16.79	14.31	.82 (.16)	-.42 (.33)	52.86	10.85	-.07 (.22)	-1.26 (.44)	66	19.94	-.54 (.43)	-.44 (.83)	1.19	1.60	1.19 (.17)	.22 (.33)

Napomena: AS = aritmetička sredina, SD = standardna devijacija; S = Skewness; SE = Standardna greška; K = Kurtosis; AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji, ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, BR = bipolarni pacijenti u remisiji, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa, U = ukupan skor.

3. 2. Provjera kontrolnih varijabli

3. 2. 1. Razlike u depresivnosti među grupama

Jednosmerna analiza varijanse je primijenjena kako bi se uporedili aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti, unipolarno depresivni i bipolarni pacijenti u remisiji, aktuelno paranoidni pacijenti i kontrolna grupa po nivou depresivnosti, sa ciljem da se ustanovi da li su grupe koje su u fazi bolesti značajno depresivnije od onih u remisiji kao i od kontrolne grupe, a što je bio uslov za formiranje grupa. Analiza je pokazala da među grupama postoje neke značajne razlike u nivou depresivnosti, $F(5,212)=28.14$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.40$. Na osnovu Scheffeovog testa saznajemo da su aktuelno unipolarne depresivne osobe značajno više depresivne od svih ostalih kliničkih grupa, kao i od kontrolne grupe, $p<0.05$. Aktuelno bipolarne depresivne osobe su značajno depresivnije i od bipolarnih pacijenata u remisiji, $p<0.05$, i od kontrolne grupe, $p<0.05$. Budući da su i unipolarne depresivne i bipolarne depresivne pacijenti u epizodi značajno depresivniji od pacijenata u remisiji i od kontrolne grupe, možemo reći da je uslov za formiranje grupa u pogledu depresivnosti zadovoljen. Jedino paranoidna grupa nije depresivnija od kontrolne, što međutim nije uslov za formiranje ove grupe.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji, ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, BR = bipolarni pacijenti u remisiji, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 1. *Nivo depresivnosti u grupama*

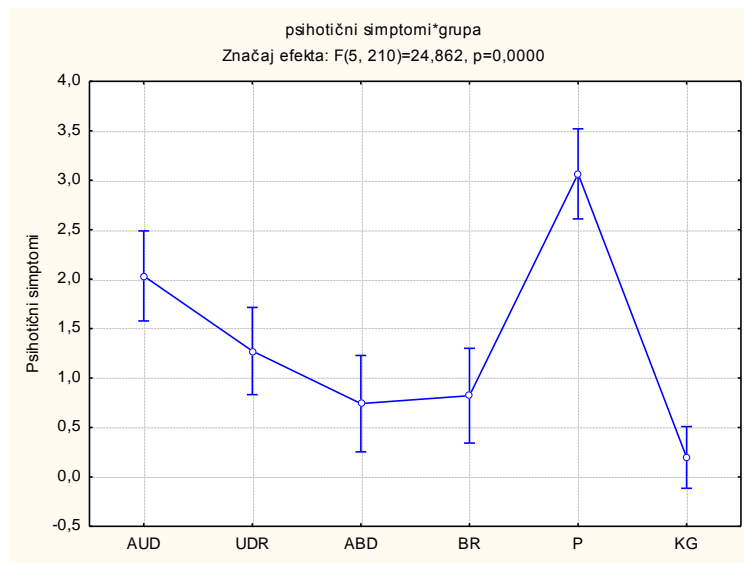
3. 2. 2. Razlike u simptomima mentalnih poremećaja kod grupa

Kad je riječ o kliničkim simptomima psihičkih poremećaja mjenim upitnikom CORE-OM (*The Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure, CORE-OM*, Barkham et al., 1998), analiza varijanse nad grupama u remisiji i kontrolnom sugerše da se neke grupe međusobno značajno razlikuju, $F(2,116)=76.46$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.57$. Pokazano je da se unipolarno depresivni pacijenti u remisiji i bipolarni pacijenti u remisiji ne razlikuju međusobno, ali obje grupe imaju značajno više drugih kliničkih simptoma u odnosu na kontrolnu grupu, $p<0.05$, što je razumljivo s obzirom na nejednaku brzinu povlačenja pojedinih simptoma (Iacoviello, Alloy, Abramson, & Choi, 2010; Morris, 2002). Ipak, kako bismo se uvjerali da kod pacijenata u remisiji zaista postoji remisija, željeli smo detaljnije ispitati ovaj nalaz pa su ispitanici upoređivani po skorovima na subskalama spomenutog upitnika. Pokazano je da se međusobno razlikuju pacijenti u remisiji od kontrolne grupe samo na skali koja mjeri subjektivno blagostanje, $F(2,116)=18.22$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.19$, ali da na skali koja mjeri psihičke probleme ne pokazuju razlike,

$p > 0.05$. Kako je subskala koja mjeri psihičke probleme bila ključni uslov za formiranje grupa koji smo postavili, možemo zaključiti da je on zadovoljen.

3. 2. 3. Razlike u psihotičnim simptomima kod grupa

Po psihotičnim simptomima poređeno je svih 6 grupa jednosmernom analizom varijanse. Ustanovljeno je da postoje neke značajne razlike među grupama, $F(5,210)=24.86$, $p < 0.01$, parcijalni $\eta^2=0.37$. Scheffeov test je pokazao da paranoidni pacijenti imaju značajno više psihotičnih simptoma od svih ostalih grupa, $p < 0.05$, sem od unipolarno depresivnih pacijenata, što je i bio cilj da se ustanovi ovom provjerom. Aktuelno unipolarne depresivne osobe imaju značajno više psihotičnih simptoma od aktuelno bipolarne depresivne osobe, $p < 0.05$, i bipolarnih osoba u remisiji, $p < 0.05$, kao i od kontrolne grupe, $p < 0.05$. Aktuelno unipolarne depresivni pacijenti nisu pokazali razlike u odnosu na paranoidne osobe jer su mahom (ali ipak u manjoj mjeri nego paranoidne osobe) odgovarali potvrdno na ajtem: “Da li ste bili ubedeđeni da Vas drugi ljudi posmatraju, govore o Vama ili Vas špijuniraju?” uz dodatan komentar da jesu sigurni da su bili ogođvarani. Dakle, stekao se utisak da depresivne osobe nisu ovo pitanje doživjele u paranoidnom smislu i da nisu stavili akcenat na špijuniranje već na ogođvaranje. Većina ispitanika je i iz manjih sredina, pa je objektivno moguće da je takvo ponašanje izraženije u njihovom okruženju. Takođe je učestan potvrdan odgovor bio na pitanje: “Da li su Vam se neke stvari zaista desile, ali su Vam drugi ljudi rekli da ste ih Vi umislili?”. Ovo pitanje je moglo biti shvaćeno u smislu da im drugi ljudi govore da nisu bolesni, nesrećni i sl. a za njih je to istina. Nije isključeno ni da je neko od ovih pacijenata imao poremećaj psihotičnog nivoa (psihotičnu depresiju), što nije bio uslov za isključenje iz uzorka. Unipolarne depresivni pacijenti u remisiji se razlikuju značajno i od kontrolne grupe, $p < 0.05$, što u slučaju pomenutog pitanja može da ukaže na doživljaj stigmatizovanosti zbog lijećenja na psihijatriji.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji, ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, BR = bipolarni pacijenti u remisiji, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 2. *Psihotični simptomi u grupama*

3. 3. Provjera psihometrijskih karakterisitika testova

3. 3. 1. Koeficijenti pouzdanosti

U Tabeli 6 su predstavljeni Kronbahov alfa i KMO kao koeficijenti pouzdanosti skala korišćenih u studiji.

Tabela 6. *Koeficijenti pouzdanosti skala korišćenih u studiji*

	Kronbahov alfa (α)	KMO
BDI	.94	.95
BART – negativni atributi	.89	.88
BART – pozitivni atributi	.87	.87
DAS 24	.86	.86
PDSQ – skala psihotičnosti	.78	.77
CORE-OM	.73	.80
PAF	.91	.55

Kao što se iz Tabele 6 može vidjeti, Kronbahov alfa za sve vrijednosti prelazi .70, što nam govori o prihvatljivoj pouzdanosti svih skala primijenjenih u istraživanju. Koeficijent je naročito visok kod skala koje mjere depresivnost i paranoidnost. Kronbahov alfa je visok i kad je riječ o upitniku koji mjeri implicitno i eksplicitno samopoštovanje, izraženost disfunkcionalnih uvjerenja i psihotične simptome, dok je nešto niži, ali opet zadovoljavajući, kod upitnika koji mjeri kliničke simptome poremećaja.

KMO je, poput Krobahovog α , pokazao visoke vrijednosti. Jedino za upitnik koji mjeri paranoidnost je nešto manji u poređenju s drugim upitnicima.

3. 3. 2. Korelacije između zavisnih varijabli

U Tabeli 7 su predstavljene korelacije (Pearsonov koeficijent) između:

- interstimulusnih distanci i to: za negativne attribute koji se tiču postignuća, pozitivne attribute koji se tiču postignuća, interpersonalne negativne attribute, interpersonalne pozitivne attribute;
- eksplicitnog nivoa samopoštovanja, implicitnog nivoa samopoštovanja;
- disfunkcionalnih uvjerenja: koja se tiču postignuća, zavisnosti i kontrole i
- depresivne kognitivne pristrasnosti: u situaciji sa i bez kognitivnog opterećenja.

Tabela 7. *Korelacije između zavisnih varijabli na cijelom uzorku*

	Distance			Samopoštovanje		Disfunkcionalna uvjerenja		Depresivna pristrasnost		
	+postign.	- interspers.	+interspers.	EksPLICITNO	Implicitno	Postignuće	Zavisnost	Kontrola	Opterećenje	Bez opter.
- postign.	-.45**	.55**	-.01	.48**	.34**	-.17*	-.30**	-.02	-.37**	-.35**
+ postign.	1	-.30**	.16*	-.30**	-.32**	.10	.04	.01	.35**	.26**
- interspers.		1	.07	.42**	.25**	-.25**	-.21**	-.05	-.36**	-.28**
+ interspers.			1	-.05	-.08	.04	-.12	-.07	-.02	.12
EksPLICITNO				1	.44**	-.20**	-.31**	.15*	-.46**	-.58**
Implicitno					1	-.16**	-.16*	-.01	-.29**	-.47**
Postignuće						1	.39**	.53**	.25**	.30**
Zavisnost							1	.20**	.19**	.29**
Kontrola								1	.05	.04
Opterećenje									1	.55**
Bez opter.										1

Napomena: - postign. = distance između negativnih atributa koji se tiču postignuća; + postign. = distance između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća; - interspers. = distance između interpersonalnih negativnih atributa; + interspers. = distance između interpersonalnih pozitivnih atributa; Bez opter. = depresivna pristrasnost u situaciji bez kognitivnog opterećenja; ** = $p < 0.01$; * = $p < 0.05$

Kao što se može iz Tabele 7 vidjeti, veći broj korelacija je značajan i varira od slabog intenziteta (od 0.10 do 0.30) do srednjeg intenziteta (od 0.40 do 0.60) (Dancey i Reidy, 2004). Mahom se najveće unutar-testovne korelacije koje postižu subskele svakog od testova ponaosob.

Između različitih testova neke korelacije su takođe značajne pa tako i eksplicitno i implicitno samopoštovanje koreliraju značajno sa distancama između negativnih atributa (što je veće samopoštovanje, negativni atributi su manje konsolidovani), što je u skladu sa pretpostavkama teorija iz kojih su potekli konstrukti. Veza sa pozitivnim atributima koji se tiču postignuća je negativna, dakle, što je veće samopoštovanje, to su pozitivni atributi koji se tiču postignuća

konsolidovaniji. Intenzitet veze između samopoštovanja i distanci varira od slabog do srednjeg. Samopoštovanje (i implicitno i eksplicitno) također korelira sa disfunkcionalnim stavovima, pa tako što je veće samopoštovanje, to su manje izražene disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća i zavisnosti, dok eksplicitno samopoštovanje pokazuje pozitivnu vezu sa disfunkcionalnim uvjerenjima koja se tiču kontrole. Korelacije samopoštovanja i disfunkcionalnih uvjerenja spadaju u kategoriju slabih po intenzitetu (od 0.10 do 0.30). Implicitno i eksplicitno samopoštovanje također ostvaruju negativnu vezu sa depresivnom kognitivnom pristrasnošću, i u uslovima kada djeluje i kada ne djeluje kognitivno opterećenje. Dakle, što je veće samopoštovanje to je depresivna kognitivna pristrasnost manje izražena. Ove veze su mahom srednjeg intenziteta (od 0.40 do 0.60). Disfunkcionalna uvjerenja koja se tiču postignuća i zavisnosti ostvaruju negativnu vezu sa distancama između negativnih atributa tj. što su disfunkcionalna uverenja više izražena, negativni atributi u self-šemi su više konsolidovani. Ove korelacije su slabog intenziteta (od 0.10 do 0.30). Sa druge strane, disfunkcionalna uvjerenja ostvaruju pozitivnu vezu sa depresivnom kognitivnom pristrasnošću, i kada djeluje i kada ne djeluje kognitivno opterećenje. Što su više izražene disfunkcionalnosti, to je veća i depresivna kognitivna pristrasnost. Ove korelacije su također slabog intenziteta (od 0.10 do 0.30). Na kraju, depresivna kognitivna pristrasnost ostvaruje negativnu vezu sa distancama između negativnih atributa (što je više izražena pristrasnost, negativni atributi su konsolidovaniji), a pozitivnu vezu sa pozitivnim atributima koji se tiču postignuća (što je više izražena depresivna pristrasnost, pozitivni atributi su manje konsolidovani). Intenzitet ovih korelacija je također slab (od 0.10 do 0.30). Ovakvi nalazi su u skladu s pretpostavkama teorija iz kojih potiču korelirani konstrukti, te govori o konstrukt validnosti upotrijebljenih testova.

3. 3. 3. Korelacije između zavisnih varijabli i simptomatskih mjera

Urađena je i korelacija između zavisnih varijabli i simptomatskih mjera. Rezultati su prikazani u Tabeli 8.

Tabela 8. *Korelacije zavisnih varijabli i simptomatskih mjera na cjelokupnom uzorku*

	Depresivnost	Subjektivno blagostanje	Psihološki problemi	Funkcionalnost	Rizik	Paranoidnost
Distance						
- postignuće	-.45**	.16	-.15	.27**	-.15	-.30
+ postignuće	.41**	.13	.13	.17	.15	.48**
- interspers.	-.40**	.29**	-.41**	.28**	-.18	-.24
+ interspers.	.02	.16	.03	.08	.12	.16
Samopoštovanje						
Implicitno	-.68**	.23*	-.53**	.29**	-.27**	-.48**
EksPLICITNO	-.54**	.16	-.31**	.20*	-.19*	-.21
Disfunkcionalnosti						
Postignuće	.41**	-.14	.41**	-.08	.23*	.19
Zavisnost	.35**	-.30**	.32**	-.26**	.05	.49**
Kontrola	-.12	-.01	.25**	.08	.14	.02
Depresivna pristr.						
Opterećenje	.60**	.05	.32**	-.01	.43**	.40*
Bez opterećenja	.69**	-.17	.52**	-.20*	.42**	.38

Napomena: - postignuće = distance između negativnih atributa koji se tiču postignuća; + postignuće = distance između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća; - interspers. = distance između interpersonalnih negativnih atributa; + interspers. = distance između interpersonalnih pozitivnih atributa; Depresivna pristr. = depresivna pristrasnost; ** = $p < 0.01$; * = $p < 0.05$

Iz Tabele 8 se vidi da zavisne varijable najveće korelacije ostvaruju sa nivoom depresivnosti (skor na BDI-ju) i nivoom izraženosti psihičkih problema (skor na jednoj subskali upitnika

CORE-OM). Intenzitet ovih korelacija je srednjeg intenziteta (od 0.40 do 0.60) (Dancey & Reidy, 2004).

Depresivnost ostvaruje značajnu negativnu vezu sa distancama između negativnih atributa (što je depresivnost veća, to su negativni atributi više konsolidovani), a pozitivnu vezu sa distancama između pozitivnih atributa u vezi postignuća (što je depresivnost veća, ovi pozitivni atributi su manje konsolidovani). Veza sa implicitnim i eksplicitnim samopoštovanjem je negativna tj. sa većom depresivnošću, samopoštovanje je niže. Korelacija sa disfunkcionalnim uvjerenjima koja se tiču postignuća i zavisnosti je pozitivna (s izraženijom depresijom, povećava se i broj disfunkcionalnosti), kao i sa depresivnom kognitivnom pristrasnošću, pa s većom depresivnošću ide i naglašenija depresivna pristrasnost, i u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje i u uslovima bez kognitivnog opterećenja. Sve veze su srednjeg intenziteta (od 0.40 do 0.60). Ovi nalazi su u skladu s pretpostavkama teorija iz kojih su potekli posmatrani konstrukti.

Subjektivno blagostanje, mjereno upitnikom CORE-OM, ostvaruje pozitivnu korelaciju s distancama između interpersonalnih negativnih atributa, što nam govori da što je veće subjektivno blagostanje – to su interpersonalni negativni atributi manje konsolidovani u memoriji. Ovaj nalaz je u skladu s teorijskim očekivanjima. Sa eksplicitnim samopoštovanjem subjektivno blagostanje ostvaruje pozitivnu vezu, što je takođe u skladu sa teorijskim postavkama. Na kraju, što je veće subjektivno blagostanje, to su manje izražene disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti. Sve korelacije su slabog intenziteta (od 0.10 do 0.30).

Psihološki problemi mjereni upitnikom CORE-OM su negativno povezani sa distancama između interpersonalnih negativnih atributa (što su više izraženi, to su interpersonalni negativni atributi konsolidovaniji), kao i sa eksplicitnim i implicitnim samopoštovanjem (izraženiji problemi idu sa nižim samopoštovanjem). Pozitivnu vezu ova dimenzija CORE-OM-a ostvaruje i sa svim disfunkcionalnim uvjerenjima (izraženiji psihički problemi idu sa većom izraženošću disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća, zavisnosti i kontrole) i sa depresivnom kognitivnom pristrasnošću, u uslovima kada djeluje i kada ne djeluje kognitivno opterećenje (što su više izraženi problemi, pristrasnost je izraženija). Korelacije su pretežno srednje po intenzitetu (od 0.40 do 0.60). Ovi nalazi su u skladu s teorijskim očekivanjima.

Funkcionalnost, još jedna dimenzija CORE-OM-a, pozitivno korelira sa distancama između negativnih atributa (veća funkcionalnost je u vezi sa manjom konsolidovanošću između negativnih atributa u memoriji), samopoštovanjem (što je veća, to je i implicitno i eksplicitno samopoštovanje veće), dok negativno korelira sa disfunkcionalnim uvjerenjima koja se tiču zavisnosti (što je veća funkcionalnost, to je zavisnost manje izražena), kao i sa depresivnom kognitivnom pristrasnošću u situaciji bez kognitivnog opterećenja (što je veća funkcionalnost, pristrasnost je manja u ovima uslovima). Intenzitet korelacija je slab (od 0.10 do 0.30). Rezultati su u skladu s teorijskim očekivanjima.

Rizična ponašanja, mjerena putem CORE-OM-a, su u negativnoj korelaciji sa samopoštovanjem. Dakle, manje su izražena kada je implicitno i eksplicitno samopoštovanje veće. Zanimljiv je nalaz da što su rizična ponašanja više izražena, to su i disfunkcionalna uvjerenja vezana za postignuća više izražena. Intenzitet ovih korelacija je slab (od 0.10 do 0.30). Takođe s porastom rizičnog ponašanja, raste i depresivna kognitivna pristrasnost. Ove korelacije su srednjeg intenziteta (od 0.40 do 0.60).

Paranoidnost ostvaruje pozitivnu vezu s distancama između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća. Dakle, što je više izražena paranoidnost, to su pozitivni atributi koji se tiču postignuća manje konsolidovani. Paranoidnost ostvaruje negativnu vezu s eksplicitnim samopoštovanjem (što je paranoidnost više izražena, to je eksplicitno samopoštovanje niže). Pozitivnu vezu paranoidnost još ostvaruje sa disfunkcionalnostima koje se tiču zavisnosti (što je paranoidnost veća, to su ove disfunkcionalnosti više izražene), kao i sa depresivnom pristrasnošću u situaciji sa kognitivnim opterećenjem (s većom paranoidnošću ide i veća depresivna pristrasnost u ovim uslovima). Sve veze su srednje po intenzitetu (od 0.40 do 0.60). Sem nalaza koji govori o vezi paranoidnosti i eksplicitnog samopoštovanja, ostali nalazi su u skladu s teorijskim očekivanjima.

3. 4. Specifičnost depresivne self-šeme

3. 4. 1. Specifičnost organizacije self-šeme

3. 4. 1. 1. Provjera specifičnosti organizacije self-šeme uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)

Za provjeru specifičnosti organizacije self-šeme kod pacijenata koji se nalaze u aktuelnoj epizodi koristili smo Analizu kovarijance sa kombinovanim faktorima u okviru GLM paketa programa Statistika, sa jednim faktorom između subjekata i dva unutar subjekata. Kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla su interstimulusne distance a faktori unutar subjekata su: sadržaj atributa (atributi koji se tiču postignuća/interpersonalni atributi) i valenca atributa (negativni/pozitivni atributi). Kovarijati su starost i nivo depresivnosti, operacionalno definisan skorom na BDI-ju.

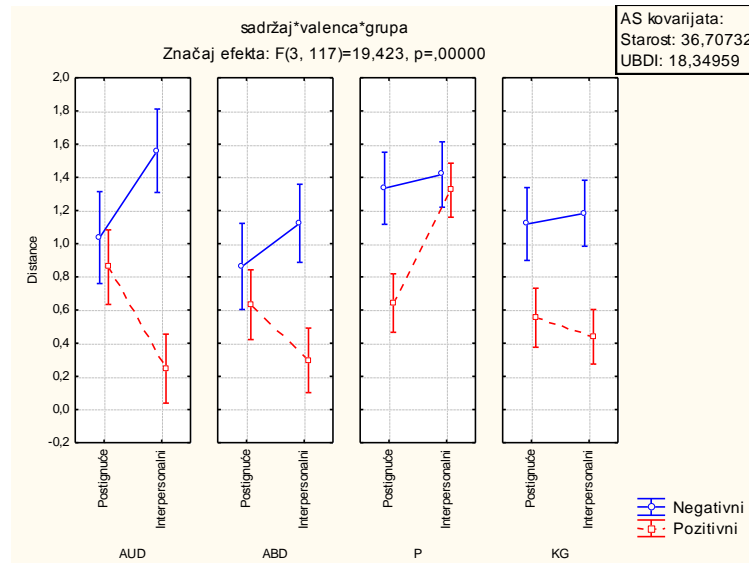
Tabela 9. Rezultati analize kovarijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu interstimulusne distance

	df	F	p
Starost	1	.36	.55
Nivo depresivnosti	1	4.44	.04*
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	8.09	.00**
Sadržaj atributa	1	5.61	.02*
Sadržaj atributa*Starost	1	1.59	.21
Sadržaj atributa*Nivo depresivnosti	1	4.58	.04*
Sadržaj atributa*Vrsta i prisustvo poremećaja	3	9.45	.00**
Valenca atributa	1	20.45	.00**
Valenca atributa*Starost	1	.19	.66
Valenca atributa*Nivo depresivnosti	1	24.74	.00**
Valenca atributa*Vrsta i prisustvo poremećaja	3	1.42	.24
Sadržaj atributa*Valenca atributa	1	.38	.54
Sadržaj atributa*Valenca atributa*Starost	1	.30	.58
Sadržaj atributa*Valenca atributa*Nivo depresivnosti	1	.00	.99
Sadržaj atributa*Valenca atributa* Vrsta i prisustvo poremećaja	3	19.42	.00**

** p<0.01; *p<0.05

3. 4. 1. 1. 1. Interakcija sadržaja i valence atributa i vrste i prisustva poremećaja

Kao što vidimo iz Tabele 9, rezultati su pokazali značajnu interakciju vrste atributa (atributi koji se tiču postignuća/interpersonalnih odnosa), valence atributa (negativni/pozitivni) i vrste poremećaja, $F(3,117)=19.42$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.33$. Na grafiku 3 su predstavljene distance između negativnih, odnosno pozitivnih atributa, posebno za interpersonalne i posebno za attribute koji se tiču postignuća, za svaku grupu ponaosob.

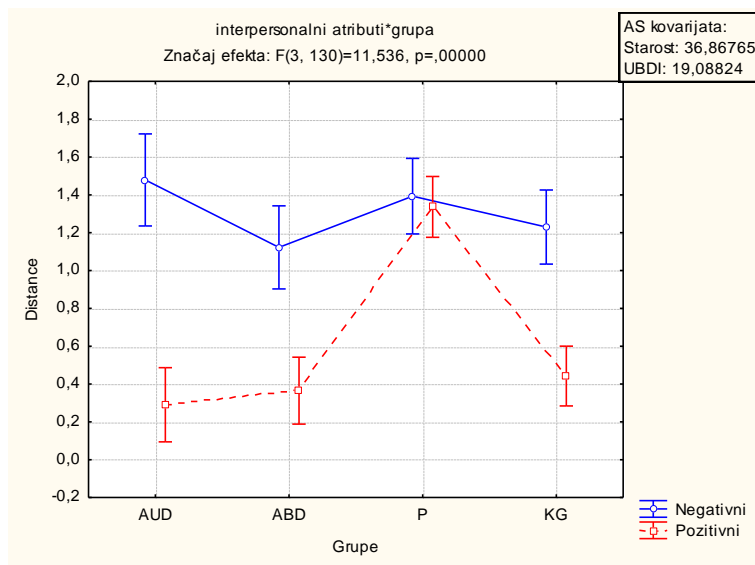


Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 3. *Efekat interakcije sadržaja i valence atributa i vrste/prisustva poremećaja na distance između samoopisnih atributa*

Trostruka interakcija znači da postoji dvostruka interakcija koja varira na različitim nivoima treće varijable. Stoga smo pristupili zasebnoj analizi rezultata za interpersonalne attribute, odnosno za attribute koji se tiču postignuća:

1. Prvo smo ispitali razlike među grupama po distancama za interpersonalne attribute različite valence (Grafik 4). ANCOVA je pokazala da među grupama postoje neke značajne razlike, $F(3,130)=11.54, p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.21$.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

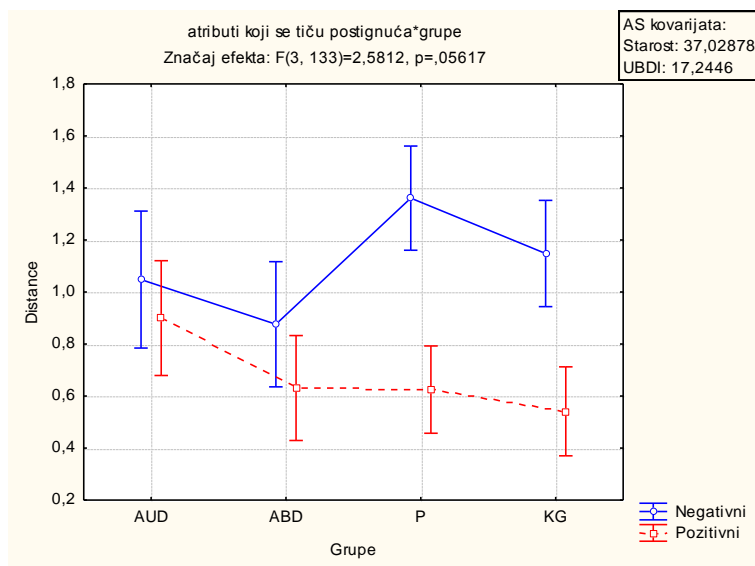
Grafik 4. *Distance između interpersonalnih atributa kod grupa*

Da bismo ispitali razlike između grupa, koristili smo Tukey-Kramerov metod. Pokazano je da za interpersonalne negativne attribute, aktuelno unipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno veće distance od aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, $p < 0.01$, $r = 0.75$, i kontrolne grupe, $p < 0.01$, $r = 0.75$. Aktuelno bipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno manje distance u odnosu na paranoidne osobe, $p < 0.01$, $r = 0.79$, i u odnosu na kontrolnu grupu, $p < 0.01$, $r = 0.46$, dok paranoidni pacijenti pokazuju značajno veće distance u odnosu na kontrolnu grupu, $p < 0.01$, $r = 0.62$. Kao što vidimo, veličina efekta za sva poređenja je srednja ili velika. Naime, po Cohenovoj klasifikaciji (Cohen, 1988, 1992) se navodi da je $r \geq 0.10$ karakteriše kao mali efekat, $r \geq 0.30$ kao srednji a $r \geq 0.50$ kao veliki. Veličina efekta je pokazala da unipolarno depresivni pacijenti imaju veće distance i od paranoidnih osoba, ali se radi o srednjem efektu, $r = 0.38$. Kada su u pitanju interpersonalni pozitivni atributi, paranoidne osobe imaju značajno veće distance od svih ostalih grupa, $p < 0.01$, $r = 0.98$. Aktuelno unipolarno depresivni pacijenti imaju značajno manje distance i u odnosu na kontrolnu grupu, $p < 0.01$, $r = 0.64$. Veličina efekta je pokazala da

aktuelno bipolarno depresivni pacijenti imaju manje distance od kontrolne grupe, $r=0.42$, a veće u odnosu na unipolarno depresivne pacijente, $r=0.34$, ali se u oba slučaja radi o srednjem efektu.

Za svaku grupu (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti, aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, paranoidni pacijenti, kontrolna grupa) urađeno je poređenje distanci između pozitivnih interpersonalnih atributa u odnosu na distance između negativnih interpersonalnih atributa. Tu jedino nije pokazana značajna razlika u distancama kod paranoidnih pacijenata, $p<0.05$. Ostale grupe (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti, aktuelno bipolarno depresivni pacijenti i kontrolna grupa) su pokazale značajne razlike po distancama između pozitivnih interpersonalnih atributa u odnosu na distance između negativnih interpersonalnih atributa. Rezultati za aktuelno depresivne pacijente (i unipolarno i bipolarno) nisu u skladu s početnim pretpostavkama, dok za pranoide i kontrolnu grupu jesu.

2. Urađena je posebna analiza za attribute koji se tiču postignuća (Grafik 5). ANCOVA je pokazala neke značajne razlike među grupama, $F(3, 133)=2.58$, $p=0.05$, parcijalni $\eta^2=0.05$.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 5. Distance između atributa koji se tiču postignuća kod grupa

Za negativne attribute koji se tiču postignuća, Tukey-Kramerov metod je pokazao da paranoidni pacijenti imaju značajno veće distance od svih ostalih grupa, $p < 0.01$, i od unipolarno depresivnih pacijenata, $r = 0.80$, i od bipolarno depresivnih pacijenata, $r = 0.91$, i od kontrolne grupe, $r = 0.72$; aktuelno bipolarno depresivni pacijenti imaju značajno manje distance od aktuelno unipolarno depresivnih osoba, $p < 0.01$, $r = 0.56$; kao i od kontrolne grupe, $p < 0.01$, $r = 0.77$. Dakle, veličina efekta je pokazala da se veoma razlikuju aktuelno bipolarno depresivni i paranoidni pacijenti od svih ostalih grupa, s tim što aktuelno bipolarni pacijenti imaju manje distance od svih ostalih grupa, a paranoidne osobe imaju veće distance od ostalih. U oba slučaja, radi se o velikom efektu. Najmanja razlika se pokazala između aktuelno unipolarno depresivnih pacijenata i kontrolne grupe, radi se o srednjem efektu, $r = 0.39$. Kada su u pitanju pozitivni atributi koji se tiču postignuća, aktuelno unipolarno depresivni pacijenti imaju značajno veće distance u odnosu na sve ostale grupe, $p < 0.01$, i od aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, $r = 0.79$, i od paranoidnih pacijenata, $r = 0.82$, i od kontrolne grupe, $r = 0.87$. Dakle, ovdje se radi o velikim efektima. Veličina efekta je pokazala da kontrolna grupa ima manje distance između spomenutih atributa u odnosu na aktuelno bipolarno depresivne, $r = 0.43$, i paranoidne pacijente, $r = 0.42$. Ipak, ovdje se radi o srednjem efektu. Maltene nema razlike između aktuelno bipolarno depresivnih i paranoidnih pacijenata, $r = 0.05$.

Takođe smo uporedili značajnost razlike u distancama između negativnih atributa koji se tiču postignuća u odnosu na pozitivne attribute koji se tiču postignuća za svaku grupu ponaosob. Za ovu analizu smo koristili Tukey-Kramerov metod. Sve grupe (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti, aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, paranoidni pacijenti i kontrolna grupa) imaju značajno veću distancu između negativnih atributa koji se tiču postignuća u odnosu na distance između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća, $p < 0.01$. Ovakav rezultat se očekivao za kontrolnu grupu, ali ne i za kliničke grupe.

3. 4. 1. 1. 2. Interakcija valence i vrste i prisustva poremećaja

Interesantan je svakako i nalaz da se interakcija valence atributa i vrste poremećaja nije pokazala značajnom, $F(3,117)=1.42$, $p>0.05$, parcijalni $\eta^2=0.03$. Dakle, ispitanici koji se nalaze u aktuelnoj epizodi ne razlikuju se od kontrolne grupe po distancama između negativnih tj. pozitivnih atributa, što je bila početna pretpostavka u ovom istraživanju. Naime, pretpostavljali smo da će ispitanici iz kliničkih grupa imati manje distance između negativnih atributa a veće između pozitivnih, u poređenju sa kontrolnom grupom.

3. 4. 1. 2. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 10 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za organizaciju self-šeme u kliničkim grupama, kada smo držali nivo depresivnosti i starost kod grupa pod kontrolom.

Tabela 10. Očekivani i dobijeni rezultati za organizaciju self-šeme

	Hipoteze				Rezultati			
	Negativni atributi		Pozitivni atributi		Negativni atributi		Pozitivni atributi	
	Interpersonalni	Postignuće	Interpersonalni	Postignuće	Interpersonalni	Postignuće	Interpersonalni	Postignuće
AUD	↓	↓	↑	↑	↑	↓	↓	↑
ABD	↓	↓	↑	↑	↓	↓	↓	↑
P	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; ↓ - konsolidovana, stisnuta šema, bliski atributi u odnosu na kontrolnu grupu; ↑ - razbijena, nekonsolidovana šema, udaljeni atributi u odnosu na kontrolnu grupu

Iz Tabele 10 vidimo da naši rezultati samo djelimično podržavaju neše hipoteze, dajući drugačije rezultate od očekivanih.

3. 4. 1. 2. Provjera specifičnosti organizacije self-šeme bez kontrole starosti i depresivnosti (ANOVA)

Kako se u prethodnoj analizi kovarijat starost nije pokazao značajnim, $F(1,117)=0.36$, $p>0.05$, dok se uticaj kovarijata nivo depresivnosti pokazao značajnim, $F(1,117)=4.44$, $p<0.05$, uradili smo i analizu bez kovarijata, kako bismo detaljnije ispitali uticaj nivoa depresivnosti na rezultate. Koristili smo Analizu varijanse sa kombinovanim faktorima u okviru GLM paketa programa Statistika, sa jednim faktorom između subjekata i dva unutar subjekata. Kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisne varijable su interstimulusne distance a faktori unutar subjekata su: sadržaj atributa (atributi koji se tiču postignuća/interpersonalni atributi) i valenca atributa (negativni/pozitivni atributi). Rezultati su predstavljeni u Tabeli 11.

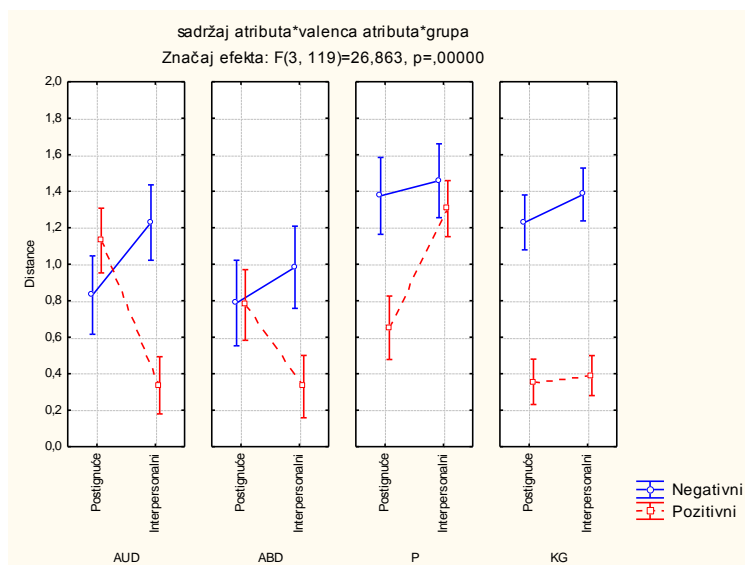
Tabela 11. *Rezultati analize varijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu interstimulusne distance*

	df	F	P
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	20.69	.00**
Sadržaj atributa	1	1.11	.29
Sadržaj atributa*Vrsta i prisustvo poremećaja	3	14.01	.00**
Valenca atributa	1	58.82	.00**
Valenca atributa*Vrsta i prisustvo poremećaja	3	7.25	.00**
Sadržaj atributa*Valenca atributa	1	24.27	.00**
Sadržaj atributa*Valenca atributa* Vrsta i prisustvo poremećaja	3	26.86	.00**

** p<0.01; *p<0.05

3. 4. 1. 2. 1. Interakcija sadržaja i valence atributa i vrste i prisustva poremećaja

Rezultati su pokazali značajnu interakciju vrste atributa (atributi koji se tiču postignuća/interpersonalni), valence atributa (negativni/pozitivni) i vrste poremećaja, $F(3,119)=26.86$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.40$. Na Grafiku 6 su predstavljene distance između negativnih, odnosno pozitivnih atributa, posebno za interpersonalne i posebno za attribute koji se tiču postignuća, za svaku grupu ponaosob.

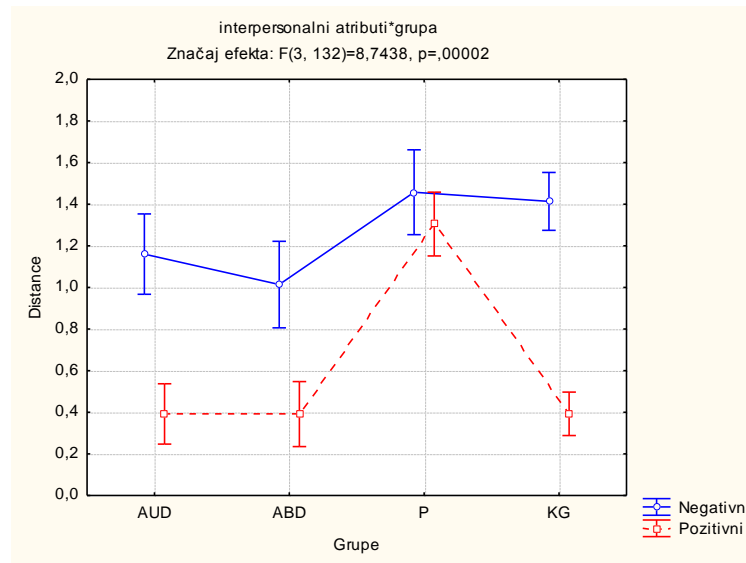


Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 6. *Efekat interakcije sadržaja i valence atributa i vrste/prisustva poremećaja na distance između samoopisnih atributa*

Trostruka interakcija znači da postoji dvostruka interakcija koja varira na različitim nivoima treće varijable. Stoga smo pristupili zasebnoj analizi rezultata za interpersonalne attribute, odnosno za attribute koji se tiču postignuća.

1. Prvo smo ispitali razlike među grupama po distancama za interpersonalne attribute različite valence (Grafik 7). ANOVA je pokazala da među grupama postoje neke značajne razlike, $F(3,132)=8.74, p<0.01, \text{parcijalni } \eta^2=0.17.$



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

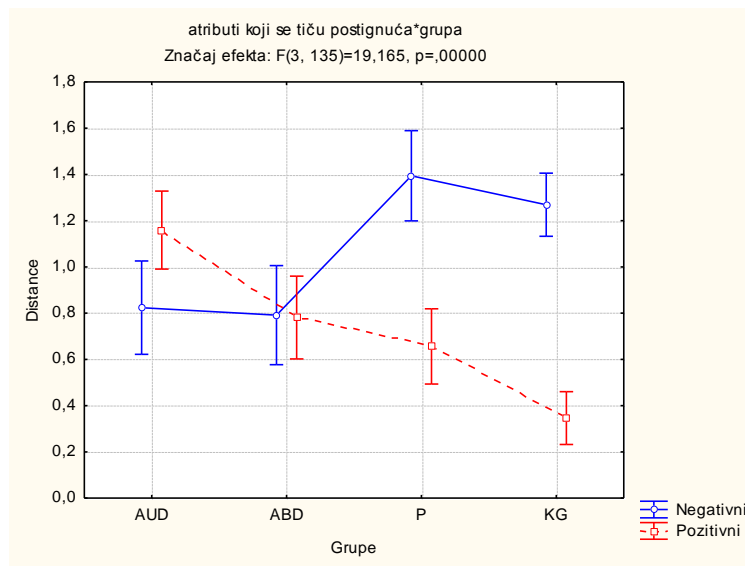
Grafik 7. *Distance između interpersonalnih samoopisnih atributa kod grupa*

Tukey-Kramerov metod nam je ukazao da aktuelno bipolarno depresivni pokazuju značajno manje distance između negativnih interpersonalnih atributa od paranoidnih, $p < 0.05$, $r = 0.91$, i kontrolne grupe, $p < 0.05$, $r = 0.92$. Veličina efekta je pokazala i da unipolarno depresivni pacijenti imaju manje distance od paranoidnih osoba, $r = 0.83$, i kontrolne grupe, $r = 0.82$. Takođe je pokazano da se i međusobno razlikuju grupe aktuelno depresivnih pacijenata, pri čemu bipolarno depresivni pacijenti pokazuju manje distance između negativnih interpersonalnih atributa, $r = 0.60$. Dakle, svuda se radi o velikim efektima. Takođe, paranoidni pacijenti pokazuju značajno veću distancu između pozitivnih interpersonalnih atributa u odnosu na sve ostale grupe, $p < 0.05$, i u odnosu na unipolarno depresivne pacijente, $r = 0.99$, i u odnosu na bipolarno depresivne pacijente, $r = 0.98$, i u odnosu na kontrolnu grupu, $r = 0.98$. Radi se o velikim efektima. Zanimljiv je nalaz da se ostale grupe među sobom uopšte ne razlikuju kad je riječ o distancama između interpersonalnih pozitivnih atributa, $p > 0.05$, $r = 0$.

Takođe smo ispitali da li postoje značajne razlike u distancama između pozitivnih i negativnih interpersonalnih atributa za svaku grupu ponaosob. Tukey-Kramerov metod je pokazao da kod

aktuelno unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata, kao i kod kontrolne grupe postoji značajna razlika u distancama između pozitivnih i negativnih interpersonalnih atributa, $p < 0.05$, dok jedino kod paranoidnih pacijenata ta razlika nije značajna. Nalaz za paranoidne osobe i kontrolnu grupu je skladu s našim očekivanjima, dok za aktuelno depresivne nije.

2. Uradili smo poređenje grupa i po distancama između atributa koji se tiču postignuća (Grafik 8). ANOVA je pokazala da postoje značajne razlike među grupama, $F(3,135)=19.16$, $p < 0.01$, parcijalni $\eta^2=0.30$.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 8. *Distance između samoopisnih atributa koji se tiču postignuća kod grupa*

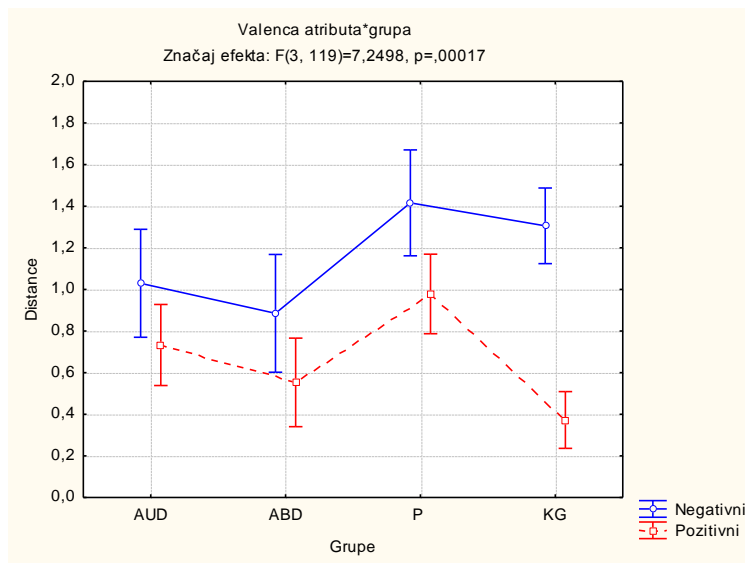
Tukey-Kramerov metod nam je pokazao da aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno manje distance između negativnih atributa koji se tiču postignuća u odnosu na paranoidne pacijente i kontrolnu grupu, $p < 0.01$, $r > 0.90$ za sva poređenja. Paranoidni pacijenti pokazuju veće distance u odnosu na kontrolnu grupu, $p < 0.01$, $r = 0.57$. Dakle, radi se o velikim efektima. Po distancama između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća, Tukey-Kramerov

metod je pokazao da se značajno razlikuju aktuelno unipolarno depresivni pacijenti od aktuelno paranoidnih osoba, i kontrolne grupe, $p < 0.01$, $r > 0.90$, dok se aktuelno bipolarni značajno razlikuju od kontrolne grupe, $p < 0.01$, $r = 0.94$. Izračunavanje veličine efekta nam je pokazalo da se sve grupe među sobom značajno razlikuju, pri čemu se svuda radi o velikom efektu. Naime, kliničke grupe pokazuju značajno veće distance među pozitivnim atributima koji se tiču postignuća od kontrolne grupe.

Takođe smo ispitali da li postoje značajne razlike u distancama između pozitivnih i negativnih atributa koji se tiču postignuća za svaku grupu ponaosob. Tukey-Kramerov metod je pokazao da aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti ne pokazuju značajne razlike u distancama po pitanju pozitivnih, odnosno negativnih atributa, $p > 0.01$, dok to nije slučaj sa paranoidnim pacijentima i kontrolnom grupom, koji pokazuju značajne razlike, $p < 0.01$. Nalazi su u skladu s našim očekivanjima za sve grupe, sem za paranoidne pacijente.

3. 4. 1. 2. 2. Interakcija valence i vrste i prisustva poremećaja

Interesantan je svakako i nalaz da se interakcija valence atributa i vrste poremećaja ovoga puta pokazala značajnom, $F(3,119) = 7.25$, $p < 0.01$, parcijalni $\eta^2 = 0.15$. Rezultati su predstavljeni na Grafiku 9.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; KG = kontrolna grupa

Grafik 9. *Efekat interakcije valence atributa i vrste i prisustva poremećaja na distance između samoopisnih atributa*

Dakle, u analizi bez kovarijata depresivnosti, Tukey-Kramerov metod je pokazao da aktuelno unipolarno depresivni pacijenti imaju značajno konsolidovaniju negativnu šemu od paranoidnih osoba, $p<0.01, r=0.91$, dok aktuelno bipolarno depresivni pacijent pokazuju značajno konsolidovaniju negativnu šemu od paranoidnih osoba i kontrolne grupe, $p<0.01, r>0.90$. Izračunavanje veličine efekta je pokazalo i da se unipolarno depresivni pacijenti veoma razlikuju od kontrolne grupe, $r=0.87$. Dakle, velike su razlike između sebe pokazali aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti u odnosu na paranoidne pacijente i kontrolnu grupu. Ali su velike razlike i među sobom pokazali aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti, kao i paranoidne osobe i kontrolna grupa, $r=0.62$.

Dalje je analiza pokazala da unipolarno depresivni i paranoidni pacijenti pokazuju značajno manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu u odnosu na kontrolnu grupu, $p<0.01, r>0.90$, dok aktuelno bipolarno depresivni pacijenti pokazuju manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu od

paranoidnih pacijenata, $p < 0.01$, $r = 0.95$. Ipak, veličina efekta je pokazala da se sve grupe među sobom razlikuju, i da se radi o velikom efektu.

Mi smo pretpostavili da će ispitanici iz kliničkih grupa imati više konsolidovanu negativnu self-šemu a manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu, u poređenju sa kontrolnom grupom. Naše pretpostavke su podržane navedenim nalazima.

3. 4. 1. 2. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 12 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za organizaciju self-šeme, kada nismo držali nivo depresivnosti kod grupa pod kontrolom. Vidimo da je na ovaj način veći broj hipoteza od kojih smo pošli podržan nego kada smo simptome depresivnosti držali pod kontrolom.

Tabela 12. Očekivani i dobijeni rezultati za organizaciju self-šeme

	Hipoteze				Rezultati			
	Negativni atributi		Pozitivni atributi		Negativni atributi		Pozitivni atributi	
	Interpersonalni	Postignuće	Interpersonalni	Postignuće	Interpersonalni	Postignuće	Interpersonalni	Postignuće
AUD	↓	↓	↑	↑	↓	↓	=	↑
ABD	↓	↓	↑	↑	↓	↓	=	↑
P	↓	↓	↑	↑	=	↑	↑	↑

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; ↓ - konsolidovana, stisnuta šema, bliski atributi u odnosu na kontrolnu grupu; ↑ - razbijena, nekonsolidovana šema, udaljeni atributi u odnosu na kontrolnu grupu; = šema ne pokazuje značajne razlike u odnosu na kontrolnu grupu

3. 4. 2. Specifičnost implicitnog samopoštovanja

3. 4. 2. 1. Provjera specifičnosti implicitnog samopoštovanja uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)

Za provjeru ispitivanja specifičnosti implicitnog samopoštovanja kod pacijenata koji se nalaze u aktuelnoj epizodi koristili smo Analizu kovarijanse. Kategorijalni prediktor sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je nivo implicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko valence i širine odgovora na BART-u. Kovarijati su starost i nivo depresivnosti, operacionalno definisan skorom na BDI-ju.

Tabela 13. *Rezultati analize kovarijanse za zavisnu varijablu implicitno samopoštovanje*

	df	F	p
Starost	1	.09	.769
Nivo depresivnosti	1	24.21	.000**
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	1.92	.129

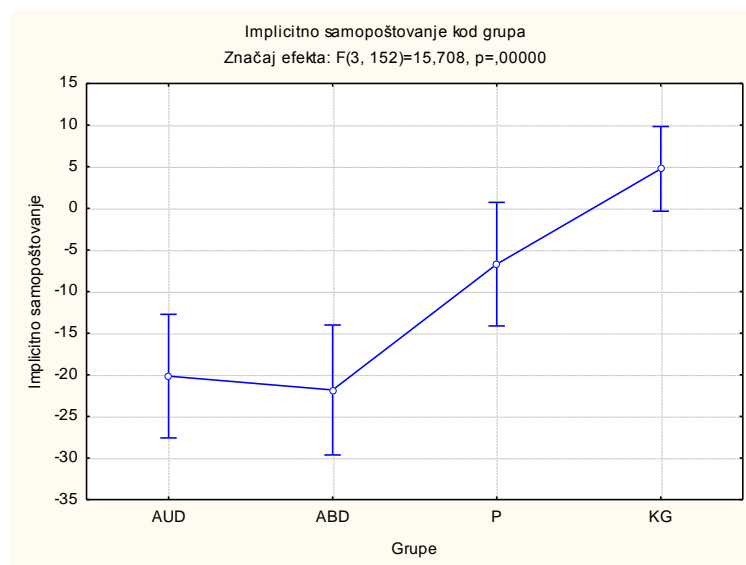
** p<0.01; *p<=.05

Rezultati su pokazali da naša početna pretpostavka, da se ispitanici koji su u aktuelnoj epizodi ne razlikuju značajno među sobom po implicitnom samopoštovanju, a značajno se razlikuju od kontrolne grupe, nije podržana, $F(3,150)=1.91$, $p>0.05$, parcijalni $\eta^2=0.04$, kada smo kontrolisali depresivnost i starost. To znači da ako bi se grupe ujednačile po depresivnosti, ispoljavale bi približno jednake nivoe implicitnog samopoštovanja.

3. 4. 2. 2. Provjera specifičnosti implicitnog samopoštovanja bez kontrole starosti i depresivnosti (ANOVA)

Urađena je i analiza bez kovarijata, kako bismo ustanovili u kojoj mjeri je rezultat u prethodnoj analizi efekat kovarijata nivoa depresivnosti (koji se u prethodnoj analizi pokazao značajnim, za razliku od kovarijata starost). Kao i u prethodnoj analizi, kategorijalni prediktor sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je nivo implicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko valence i širine odgovora na BART-u.

ANOVA je pokazala da se neke grupe značajno razlikuju među sobom po implicitnom samopoštovanju, $F(3,152)=15.71$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.24$. Scheffeov test je pokazao da kontrolna grupa postiže značajno veći nivo implicitnog samopoštovanja od aktuelno depresivnih pacijenata (i unipolarno i bipolarno), $p<0.05$, $r>0.90$. Izračunavanje veličine efekta je pokazalo da dvije grupe depresivnih pacijenata pokazuju značajno niže implicitno samopoštovanje i u odnosu na paranoidne pacijente, $r>0.85$ (Grafik 10).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 10. Nivo implicitnog samopoštovanja kod grupa

3. 4. 2. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 14 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za implicitno samopoštovanje, kada nismo držali nivo depresivnosti pod kontrolom. Kao što vidimo, u ovom slučaju samo jedna hipoteza nije podržana, koja se tiče paranoidnih pacijenata. Naime, kod paranoidnih osoba smo očekivali niže rezultate na ovoj varijabli nego u kontrolnoj grupi, a oni su se pokazali podjednakim.

Tabela 14. Očekivani i dobijeni rezultati za implicitno samopoštovanje

Implicitno samopoštovanje		
	Hipoteze	Rezultati
AUD	↓	↓
ABD	↓	↓
P	↓	=

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; ↓ - niže implicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu; = - implicitno samopoštovanje nije značajno drugačije u odnosu na kontrolnu grupu

3. 4. 3. Specifičnost eksplicitnog samopoštovanja

3. 4. 3. 1. Provjera specifičnosti eksplicitnog samopoštovanja uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)

Za provjeru ispitivanja specifičnosti eksplicitnog samopoštovanja kod pacijenata koji se nalaze u aktuelnoj epizodi koristili smo Analizu kovarijanse. Kategorijalni prediktor sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je nivo eksplicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko valence odgovora na BART-u. Kovarijati su starost i nivo depresivnosti, operacionalno definisan skorom na BDI-ju.

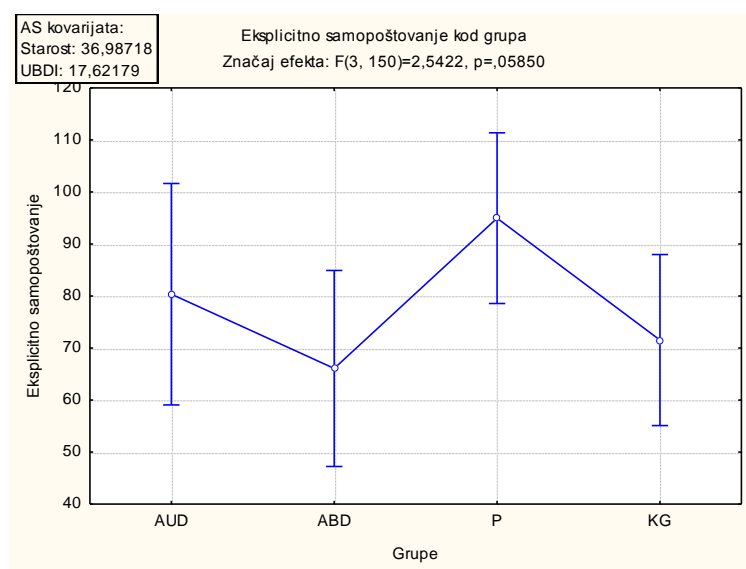
Tabela 15. Rezultati analize kovarijanse za zavisnu varijablu eksplicitno samopoštovanje

	df	F	p
Starost	1	4.55	.035*
Nivo depresivnosti	1	92.56	.000**
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	2.54	.059

** p<0.01; * p<0.05

Rezultati su pokazali da među ispitanicima u aktuelnoj epizodi i kontrolnom grupom postoje neke razlike u nivou eksplicitnog samopoštovanja, $F(3,150)=2.54$, $p=0.05$, parcijalni $\eta^2=0.05$. t-test za nezavisne uzorke je pokazao da aktuelno unipolarno depresivni pacijenti imaju značajno veće eksplicitno samopoštovanje u odnosu na aktuelno bipolarno depresivne pacijente, $t=5.40$, $p<0.01$, $r=0.57$, kao i u odnosu na kontrolnu grupu, $t=4.03$, $p<0.01$, $r=0.42$, dok imaju značajno niže eksplicitno samopoštovanje u odnosu na paranoidne pacijente, $t=-5.98$, $p<0.01$, $r=0.60$. Aktuelno bipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno niže eksplicitno samopoštovanje od paranoidnih pacijenata, $t=-12.36$, $p<0.01$, $r=0.85$, kao i od kontrolne grupe, $t=-2.63$, $p<0.05$, $r=0.29$.

Paranoidni pacijenti pokazuju značajno veće eksplicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu, $t=12.95$, $p<0.01$, $r=0.81$. Vidimo da se radi o srednjim i velikim efektima (Grafik 11). Dobijeni rezultati za unipolarne depresivne pacijente su vrlo neuobičajeni i neočekivani. Ovdje bi se moglo raditi o artefaktu statistike tj. kovarijanta je u visokoj korelaciji sa samopoštovanjem pa je možda odvuкао na neki način varijansu. Zato smo uradili i analizu bez kovarijata nivo depresivnosti, koja će kasnije biti predstavljena.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarne depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarne depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; KG = kontrolna grupa

Grafik 11. Eksplicitno samopoštovanje kod grupa

3. 4. 3. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 16 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za eksplicitno samopoštovanje, kada smo držali nivo depresivnosti pod kontrolom. Vidimo da

naše hipoteze mahom nisu podržane jer aktualno depresivni pacijenti ostvaruju jednako ili veće eksplicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu.

Tabela 16. Očekivani i dobijeni rezultati za eksplicitno samopoštovanje

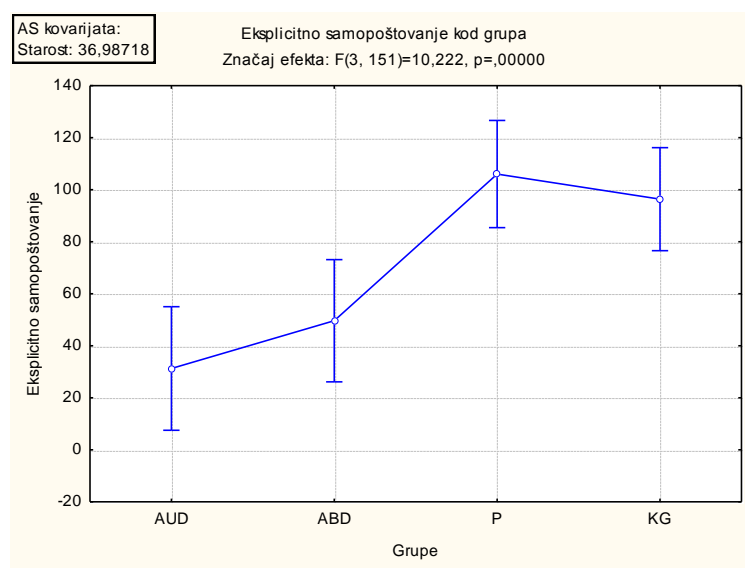
Eksplicitno samopoštovanje		
	Hipoteze	Rezultati
AUD	↓	↑
ABD	↓	=
P	=	↑

Napomena: AUD = aktualno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktualno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; ↓ - niže eksplicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu; ↑ - više eksplicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu; = - eksplicitno samopoštovanje nije značajno drugačije u odnosu na kontrolnu grupu

3. 4. 3. 3. Provjera specifičnosti eksplicitnog samopoštovanja bez kontrole nivoa depresivnosti (ANCOVA)

U prethodnoj analizi se pokazalo da oba kovarijata: i starost, $F(1,150)=4.55$, $p<0.05$, i nivo depresivnosti, $F(3,150) = 92.56$, $p<0.01$, ostvaruju značajan uticaj. Željeli smo ispitati koliko su prethodni rezultati bili efekat kovarijata nivo depresivnosti pa smo uradili analizu gdje smo kao kovarijat zadržali samo starost. Dakle, kategorijalni prediktor sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je nivo eksplicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko valence odgovora na BART-u. Kovarijat je starost. ANCOVA je pokazala da se neke grupe među sobom značajno razlikuju po eksplicitnom samopoštovanju tj. svjesnoj slici o sebi, $F(3,151)=10.22$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.18$. t-test za nezavisne uzorke je pokazao da aktuelno unipolarno depresivni pacijenti ne pokazuju

razlike po eksplicitnom samopoštovanju u odnosu na aktuelno bipolarno depresivne pacijente, $t=-1.18$, $p>0.05$, a imaju značajno niže eksplicitno samopoštovanje u odnosu na paranoidne pacijente, $t=-5.08$, $p<0.01$, $r=0.96$, kao i u odnosu na opštu populaciju, $t=-4.61$, $p<0.01$, $r=0.95$. Aktuelno bipolarno depresivni pacijenti takođe pokazuju značajno niže eksplicitno samopoštovanje od paranoidnih pacijenata, $t=-3.42$, $p<0.01$, $r=0.93$, kao i od kontrolne grupe, $t=-2.54$, $p<0.05$, $r=0.90$. Paranoidni pacijenti ne pokazuju razlike po pitanju eksplicitnog samopoštovanja u odnosu na kontrolnu grupu, $t=1.66$, $p>0.05$ (Grafik 12).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 12. Nivo eksplicitnog samopoštovanja kod grupa

3. 4. 3. 4. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 17 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za eksplicitno samopoštovanje, kada nismo držali nivo depresivnosti pod kontrolom. Kada smo izostavili kontrolu depresivnosti, rezultati su podržali hipoteze.

Tabela 17. Očekivani i dobijeni rezultati za eksplicitno samopoštovanje

Eksplicitno samopoštovanje		
	Hipoteze	Rezultati
AUD	↓	↓
ABD	↓	↓
P	=	=

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; ↓ - niže eksplicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu; = - eksplicitno samopoštovanje se ne razlikuje značajno od onog kod kontrolne grupe

3. 4. 4. Specifičnost disfunkcionalnih stavova

3. 4. 4. 1. Provjera specifičnosti disfunkcionalnih stavova uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)

Za provjeru specifičnosti disfunkcionalnih uvjerenja kod pacijenata koji se nalaze u aktuelnoj epizodi koristili smo Analizu kovarijanse sa kombinovanim faktorima u okviru GLM paketa programa Statistika, sa jednim faktorom između subjekata i jednim unutar subjekata. Kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je intenzitet disfunkcionalnih uvjerenja, a faktor unutar subjekata je sadržaj uvjerenja

(postignuće/zavisnost/kontrola). Kovarijati su starost i nivo depresivnosti, operacionalno definisan skorom na BDI-ju.

Tabela 18. *Rezultati analize kovarijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu disfunkcionalna uvjerenja*

	df	F	P
Starost	1	.72	.40
Nivo depresivnosti	1	8.15	.00**
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	.74	.53
Sadržaj uvjerenja	2	5.36	.00**
Sadržaj uvjerenja*starost	2	3.33	.04*
Sadržaj uvjerenja*nivo depresivnosti	2	6.99	.00**
Sadržaj uvjerenja*Vrsta i prisustvo poremećaja	6	1.11	.36

** p<0.01; * p<0.05

Rezultati nisu potvrdili početnu hipotezu, koja je glasila da se kliničke grupe razlikuju od kontrolne grupe po prisustvu disfunkcionalnih uvjerenja, $F(6,298)=1.11$, $p>0.05$, parcijalni $\eta^2=0.03$. Pokazao se značajnim efekat sadržaja uvjerenja, $F(2,298)=5.36$, $p<0.01$. Dakle, na nivou cjelokupnog uzorka, najmanje su izražene disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti, nešto više su izražene disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća i najviše su izražene disfunkcionalnosti koje se tiču kontrole.

3. 4. 4. 2. Provjera specifičnosti disfunkcionalnih stavova bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)

U prethodnoj analizi se uticaj kovarijata starosti nije pokazao značajnim, $F(1,298)=0.72$, $p>0.05$, ali kovarijata nivo depresivnosti jeste, $F(1,298)=8.15$, $p<0.01$. Da bismo vidjeli do kakvih tačno promjena dolazi usled držanja depresivnosti pod kontrolom, uradili smo i analizu bez kovarijata. Rezultati su predstavljani u Tabeli 19.

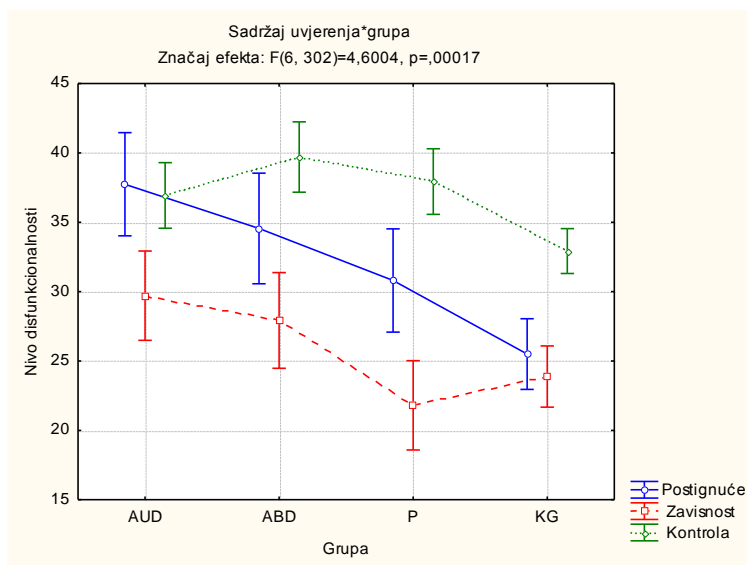
Tabela 19. *Rezultati analize varijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu disfunkcionalna uvjerenja*

	df	F	P
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	12.36	.00**
Sadržaj uvjerenja	2	74.94	.00**
Sadržaj uvjerenja*Vrsta i prisustvo poremećaja	6	4.60	.00**

** $p<0.01$; * $p<0.05$

Kao što se iz tabele vidi, ostvarena je značajna interakcija sadržaja uvjerenja i vrste i prisustva poremećaja ($F(6,302)=4.60$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.09$). Tukey-Kramerov metod je pokazao da unipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno više disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća u odnosu na kontrolnu grupu ($p<0.05$), $r=0.97$. Ipak, izračunavanje veličine efekta je pokazalo da se po disfunkcionalnostima koje se tiču postignuća, veoma razlikuju sve grupe među sobom (efekat je veliki, $r>0.60$). Disfunkcionalnosti ove vrste imaju najviše aktuelno unipolarno depresivni pacijenti, slijede aktuelno bipolarne depresivni pacijenti pa paranoidne osobe, a najmanje su izražene kod kontrolne grupe, kako se i očekuje. Po disfunkcionalnostima koje se tiču zavisnosti, veoma se razlikuju kliničke grupe u odnosu na kontrolnu grupu. To naročito važi za unipolarne i bipolarne depresivne pacijente, kod njih su više izražene disfunkcionalnosti ove vrste i u odnosu na kontrolnu grupu, i u odnosu na paranoidne osobe, $r>0.80$. Paranoidne osobe imaju manje izražene disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti i od kontrolne grupe, $r=0.59$. Sve

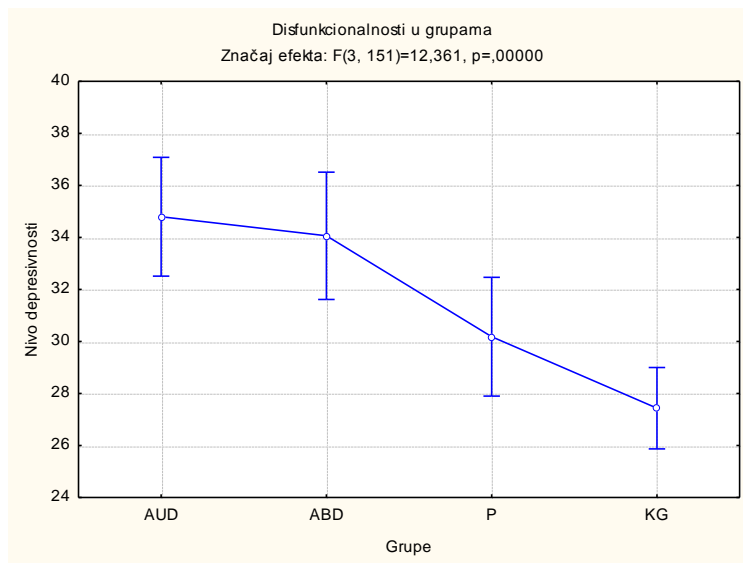
kliničke grupe se veoma razlikuju u odnosu na kontrolnu grupu po disfunkcionalnostima koje se tiču kontrole (kliničke grupe imaju više spomenutih disfunkcionalnosti), $r > 0.85$ (Grafik 13).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 13. Nivo disfunkcionalnih uvjerenja kod grupa

Ova analiza je pokazala i da se grupe međusobno razlikuju po prisustvu disfunkcionalnosti generalno, bez obzira na sadržaj ($F(3,15)=12,36$; $p < 0.01$, parcijalni $\eta^2=0.20$). Tukey-Kramerov metod je pokazao da unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno više disfunkcionalnosti u poređenju s paranoidnim osobama i kontrolnom grupom, $p < 0.05$, $r > 0.85$. Veličina efekta je pokazala i da paranoidni pacijenti pokazuju značajno više disfunkcionalnosti u odnosu na kontrolnu grupu, $r=0.81$ (Grafik 14).



Napomene: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni; P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 14. Ukupan nivo disfunkcionalnosti kod grupa

3. 4. 4. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 20 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za disfunkcionalna uvjerenja, kada nismo držali nivo depresivnosti pod kontrolom. Vidimo da samo jedna hipoteza nije podržana, ona koja se tiče disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti u paranodinoj grupi. Ovi pacijenti imali su manje ovakvih uvjerenja od kontrolne grupe.

Tabela 20. Očekivani i dobijeni rezultati za disfunkcionalna uvjerenja

	Hipoteze				Rezultati			
	Disfunkcionalna uvjerenja				Disfunkcionalna uvjerenja			
	Postignuće	Zavisnost	Kontrola	Ukupno	Postignuće	Zavisnost	Kontrola	Ukupno
AUD	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
ABD	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
P	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↑

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; ↓ - manje izražena disfunkcionalnih uvjerenja u odnosu na kontrolnu grupu; ↑ - više izražena disfunkcionalna uvjerenja u odnosu na kontrolnu grupu

3. 4. 5. Specifičnost depresivne pristrasnosti

3. 4. 5. 1. Provjera specifičnosti depresivne pristrasnosti uz kontrolu nivoa depresivnosti i starosti (ANCOVA)

Za provjeru ispitivanja specifičnosti depresivne pristrasnosti kod pacijenata koji se nalaze u aktuelnoj epizodi koristili smo Analizu kovarijanse sa kombinovanim faktorima u okviru GLM paketa programa Statistika, sa jednim faktorom između subjekata i jednim unutar subjekata. Kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) sadrži četiri nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/paranoidni pacijenti/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je proporcija produkovanih depresivnih u odnosu na broj tačno produkovanih rečenica, a faktor unutar subjekata je opterećenje (prisustvo/odsustvo opterećenja). Kovarijati su starost i nivo depresivnosti, operacionalno definisan skorom na BDI-ju.

Tabela 21. *Rezultati analize kovarijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu depresivna pristrasnost*

	df	F	P
Starost	1	.21	.65
Nivo depresivnosti	1	72.14	.00**
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	1.64	.18
Opterećenje	1	5.58	.02*
Opterećenje *starost	1	7.17	.01*
Opterećenje *nivo depresivnosti	1	.61	.44
Opterećenje *Vrsta i prisustvo poremećaja	3	2.03	.13

Napomena: Opterećenje = situacija sa ili bez kognitivnog opterećenja; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Rezultati ukazuju da među grupama nema značajnih razlika po nivou depresivne pristrasnosti u zavisnosti od prisustva kognitivnog opterećenja, $F(3,128)=2.03$, $p > 0.05$, parcijalni $\eta^2=0.04$. Dakle, nije podržana naša početna hipoteza da aktuelno depresivni pacijenti (unipolarno/bipolarno) i paranoidni pacijenti pokazuju značajno veću depresivnu pristrasnost od kontrolne grupe u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje. Takođe, nije pokazano ni da aktuelno depresivne osobe pokazuju veću depresivnu pristrasnost u uslovima kada ne djeluje kognitivno opterećenje u odnosu na kontrolnu grupu. Nije demonstrirano ni da se grupe međusobno razlikuju po depresivnoj pristrasnosti, bez obzira na opterećenje, $F(3,128)=1.64$; $p > 0.05$. Jedini rezultat koji se u ovoj analizi pokazao značajnim jeste prisustvo kognitivnog opterećenja, $F(1,127)=5.58$, $p < 0.05$, parcijalni $\eta^2=0.04$. Dakle, na nivou cjelokupnog uzorka, depresivna kognitivna pristrasnost je veća u situaciji sa kognitivnim opterećenjem nego u situaciji bez opterećenja.

3. 4. 5. 2. Provjera specifičnosti depresivne pristrasnosti bez kontrole starosti i nivoa depresivnosti (ANOVA)

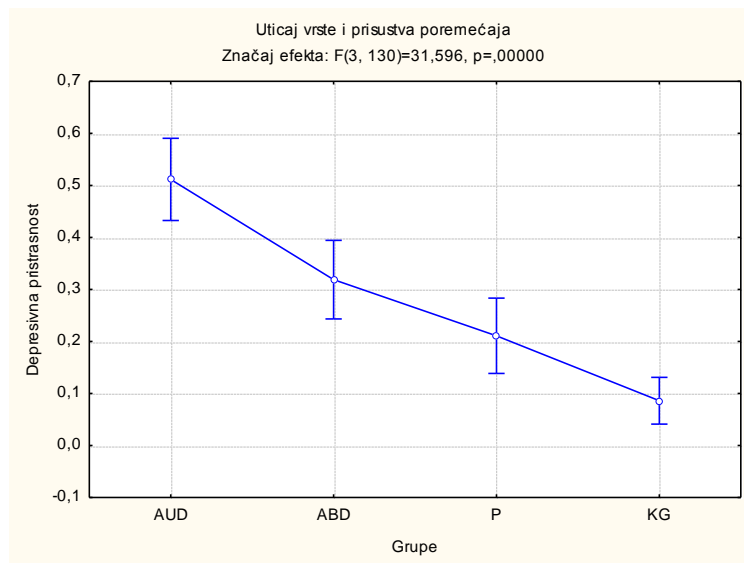
Kako se u prethodnoj analizi kovarijat starost nije ostvario značajan uticaj na rezultate, $F(1,127)=0.21$, $p>0.05$, dok se kovarijat – nivo depresivnosti pokazao značajnim, $F(1,127)=72.14$, $p<0.01$, uradili smo i analizu bez kovarijata, kako bi provjerili da li je prethodni rezultat efekat kovarijata nivo depresivnosti. Rezultati Analize varijanse sa kombinovanim faktorima su prikazani u Tabeli 22.

Tabela 22. Rezultati analize varijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu depresivna pristrasnost

	df	F	P
Vrsta i prisustvo poremećaja	3	31.60	.00**
Opterećenje	1	0.87	.35
Opterećenje*Vrsta i prisustvo poremećaja	3	0.83	.48

** $p<0.01$; * $p<0.05$

Kao što vidimo iz tabele, značajan je uticaj vrste i prisustva poremećaja, $F(3,130)=31.60$, $p<0.01$; parcijalni $\eta^2=0.02$. Tukey-Kramerov metod je pokazao da sve kliničke grupe pokazuju značajno veću depresivnu pristrasnost od kontrolne grupe, $p<0.05$, $r>0.85$. Takođe, unipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno veću depresivnu pristrasnost i od bipolarno depresivnih i paranoidnih pacijenata, $p<0.05$, $r>0.80$.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, P = paranoidni pacijenti, KG = kontrolna grupa

Grafik 15. *Depresivna pristrasnost kod grupa*

3. 4. 5. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 23 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za depresivnu pristrasnost, kada nismo držali nivo depresivnosti pod kontrolom. Vidimo da su hipoteze podržane kada je riječ o ukupnoj depresivnoj pristrasnosti, ali ne i kad se uzme u obzir prisustvo/odsustvo opterećenja.

Tabela 23. Očekivani i dobijeni rezultati za depresivnu pristrasnost

	Hipoteze			Rezultati		
	Depresivna pristrasnost			Depresivna pristrasnost		
	Opterećenje	Bez opterećenja	Ukupno	Opterećenje	Bez opterećenja	Ukupno
AUD	↑	↑	↑	=	=	↑
ABD	↑	↑	↑	=	=	↑
P	↑	=	↑	=	=	↑

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; ↑ - više izražena depresivna pristrasnost u odnosu na kontrolnu grupu, = - između kliničkih grupa i kontrolne grupe ne postoji razlika po procesiranju informacija

3. 5. Stabilnost depresivne self-šeme

3. 5. 1. Stabilnost organizacije self-šeme

3. 5. 1. 1. Provjera stabilnosti organizacije self-šeme (ANOVA)

Koristili smo Analizu varijanse sa kombinovanim faktorima u okviru GLM paketa programa Statistika, sa jednim faktorom između subjekata i dva faktora unutar subjekata. Kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) sadrži pet nivoa koji se odnose na vrstu, fazu i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/unipolarno depresivni pacijenti u remisiji/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/bipolarni pacijenti u remisiji/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla su interstimulusne distance a faktori unutar subjekata su: sadržaj atributa (atributi koji se tiču postignuća/interpersonalni atributi) i valenca atributa (negativni/pozitivni atributi). Rezultati su prikazani u Tabeli 24.

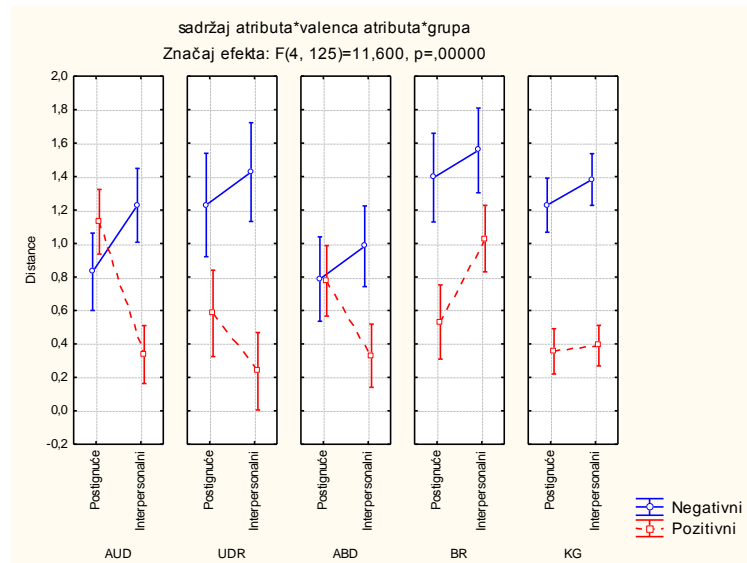
Tabela 24. *Rezultati analize varijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu interstimulusne distance*

	df	F	P
Vrsta i prisustvo poremećaja	4	6.64	.00**
Sadržaj atributa	1	.02	.89
Sadržaj atributa*Vrsta i prisustvo poremećaja	4	6.12	.00**
Valenca atributa	1	89.80	.00**
Valenca atributa*Vrsta i prisustvo poremećaja	4	5.30	.00**
Sadržaj atributa*Valenca atributa	1	29.75	.00**
Sadržaj atributa*Valenca atributa* Vrsta i prisustvo poremećaja	4	11.60	.00**

** p<0.01; *p<0.05

3. 5. 1. 1. 1. Interakcija sadržaja i valence atributa i vrste i prisustva poremećaja

Rezultati su pokazali značajnu interakciju vrste atributa (atributi koji se tiču postignuća/interpersonalni), valence atributa (negativni/pozitivni) i vrste, faze i prisustva poremećaja, $F(4,125)=11.60$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.27$. Na Grafiku 16 su predstavljene distance između atributa koji se tiču postignuća, odnosno inerpersonalnih atributa, posebno za negativne i posebno za pozitivne attribute, za svaku grupu ponaosob.

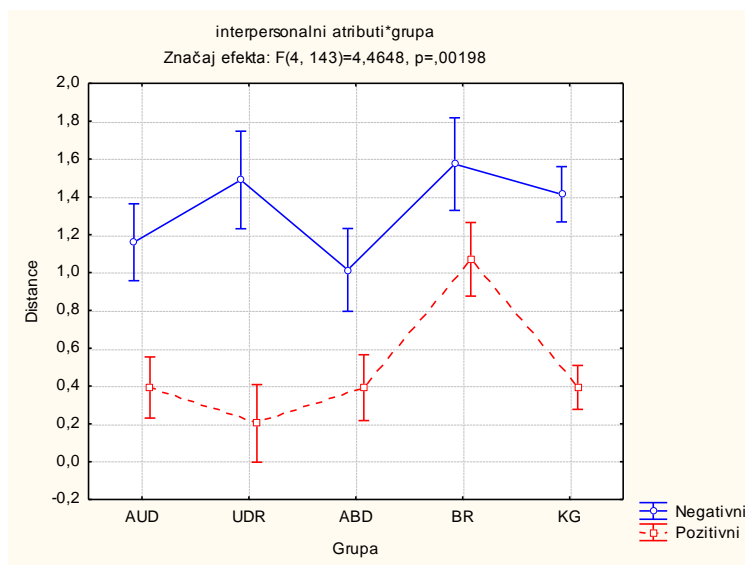


Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti, UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 16. *Uticaj interakcije sadržaja i valence atributa i vrste/prisustva poremećaja na distance između samoopisnih atributa*

Trostruka interakcija znači da postoji dvostruka interakcija koja varira na različitim nivoima treće varijable. Stoga smo pristupili zasebnoj analizi rezultata za interpersonalne attribute i za attribute koji se tiču postignuća.

1. Prvo smo uradili analizu za distance između interpersonalnih atributa (Grafik 17). Među nekim grupama postoje značajne razlike između distanci među interpersonalnim atributima, $F(4,141)=6,178, p<0.01, \text{ parcijalni } \eta^2=0.11$.



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 17. *Distance između interpersonalnih atributa kod grupa*

Scheffeov test je pokazao da sve grupe imaju značajno manje distance između pozitivnih interpersonalnih atributa u odnosu na bipolarnu grupu, $p<0.01, r>0.95$. Izračunali smo veličine efekta i pokazano je da unipolarne depresivne osobe u remisiji imaju manje distance između ovih atributa u odnosu na aktuelno unipolarne i bipolarno depresivne pacijente i odnosu na kontrolnu grupu, $p<0.05, r>0.70$. Kada je riječ o negativnim interpersonalnim atributima, izračunavanjem veličine efekta, došli smo do nalaza da aktuelno unipolarne i bipolarno depresivni pacijenti imaju manje distance između interpersonalnih negativnih atributa u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu, a razlikuju se veoma i između sebe, $r>0.80$. Bipolarne osobe u remisiji imaju veće distance i od kontrolne grupe, $r>0.60$. Za sva navedena poređenja se postiže veliki efekat.

Takođe je za svaku grupu urađeno poređenje distanci između pozitivnih i negativnih interpersonalnih atributa. Sve grupe (aktuelno unipolarne depresivni pacijenti, unipolarne depresivne osobe u remisiji, aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, bipolarne osobe u remisiji i

kontrolna grupa) su pokazale značajne veće distance između negativnih interpersonalnih atributa u odnosu na distance između pozitivnih interpersonalnih atributa. Ovaj nalaz nije u skladu s očekivanjima jer smo pretpostavili da pacijenti u remisiji neće demonstrirati značajne razlike između distanci među negativnim u odnosu na distance među pozitivnim interpersonalnim atributima, odnosno da će pacijenti u epizodi demonstrirati veće distance među pozitivnim atributima u odnosu na distance među negativnim atributima.

2. Poredili smo grupe i po distancama između atributa koji se tiču postignuća. ANOVA je pokazala da među grupama postoje razlike, $F(4,150)=13,63$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.27$ (Grafik 18).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 18. Distance između atributa koji se tiču postignuća kod grupa

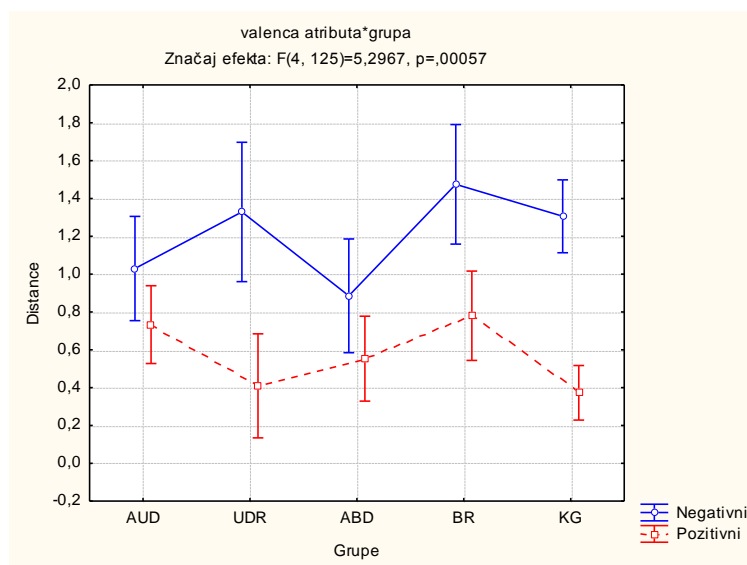
Scheffeov test je pokazao da se po distancama između negativnih atributa koji se tiču postignuća značajno razlikuju aktuelno unipolarne i bipolarne depresivni pacijenti u odnosu na osobe u remisiji i kontrolnu grupu, $p < 0.05$, $r > 0.90$. Naime, ove dvije grupe pokazuju značajno manje distance u poređenju s drugim grupama. Izračunata veličina efekta nam je pokazala da i pacijenti u remisiji imaju veće distance između negativnih atributa koji se tiču postignuća od kontrolne grupe, $r > 0.60$. Po distancama između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća, značajno se razlikuju aktuelno unipolarne depresivne osobe u odnosu na bipolarne osobe u remisiji i kontrolnu grupu, $p < 0.05$, $r > 0.90$. Unipolarne depresivni pacijenti imaju značajno veće distance u odnosu na spomenute dvije grupe. Takođe, aktuelno bipolarne depresivni pacijenti imaju značajno veće distance između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća u odnosu na kontrolnu grupu, $p < 0.05$, $r > 0.90$. Izračunali smo i veličinu efekta za razlike među grupama, i pokazano je da i pacijenti s istom dijagnozom a u različitim fazama poremećaja se značajno razlikuju među sobom, $r > 0.80$, a i pacijenti u remisiji pokazuju veće distance među ovim atributima, u poređenju s kontrolnom grupom, $r > 0.60$.

Takođe smo provjeravali značajnost razlike između prosječnih distanci između pozitivnih i negativnih atributa koji se tiču postignuća za svaku grupu ponaosob. Scheffeov test je pokazao da aktuelno unipolarne depresivni pacijenti ne pokazuju značajnu razliku između distanci među pozitivnim, odnosno negativnim atributima koji se tiču postignuća, $p > 0.05$. U svim ostalim grupama (unipolarne depresivne osobe u remisiji, aktuelno bipolarne depresivni pacijenti, bipolarne osobe u remisiji i kontrolna grupa) prosječna distanca između negativnih atributa koji se tiču postignuća je značajno veća nego prosječna distanca između pozitivnih atributa koji se tiču postignuća, $p < 0.01$. Ovakav rezultat se očekivao za aktuelno unipolarne depresivne pacijente i kontrolnu grupu, ali ne i za aktuelno bipolarne depresivne pacijente i pacijente u remisiji.

3. 5. 1. 1. 2. Interakcija valence i vrste i prisustva poremećaja

Interesantan je svakako i nalaz da se interakcija valence atributa i vrste poremećaja pokazala značajnom, $F(4,125)=5.30$, $p < 0.01$, parcijalni $\eta^2=0.14$. Scheffeov test je pokazao da aktuelno bipolarne depresivni imaju značajno manje distance između negativnih atributa od bipolarnih u remisiji i kontrolne grupe, $p < 0.05$, $r > 0.90$. Veličina efekta je pokazala i da aktuelno unipolarne

depresivni pacijenti pokazuju manje distance u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu, $r > 0.50$. Bipolarne osobe u remisiji pokazuju značajno veće distance među negativnim atributima u odnosu na kontrolnu grupu, $r > 0.60$, dok unipolarno depresivni pacijenti u remisiji se maltene ne razlikuju u odnosu na kontrolnu grupu. Izračunavanje veličine efekta za distance između pozitivnih atributa, pokazalo je da se veoma razlikuje kontrolna grupa u odnosu na aktuelno depresivne pacijente (i unipolarno i bipolarno), kao i u odnosu na bipolarne u remisiji, $r > 0.80$. Kod kontrolne grupe su mnogo manje distance u odnosu na sve spomenute grupe. Unipolarno depresivni u remisiji imaju manje distance među pozitivnim atributima od aktuelno unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata, $r > 0.60$. Bipolarni pacijenti u remisiji imaju veće distance od aktuelno bipolarnih osoba, kao i od unipolarno depresivnih osoba u remisiji, $r > 0.80$. I međusobno se aktuelno depresivni pacijenti veoma razlikuju, pa tako unipolarno depresivni pacijenti postižu veće distance od bipolarno depresivnih pacijenata, $r > 0.70$. Za sve navedene razlike efekat je veliki. Unipolarno depresivni u remisiji se slabo razlikuju u odnosu na kontrolnu grupu. Efekat je mali (Grafik 19).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 19. Uticaj valence na distance između atributa kod grupa

3. 5. 1. 1. 3. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 25 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za organizaciju self-šeme. Kada je riječ o poređenju pacijenata koji se nalaze u različitoj fazi poremećaja, naše hipoteze nisu podržane za organizaciju negativne šeme, a mahom jesu za organizaciju pozitivne šeme. Kada se radi o poređenju aktuelno depresivnih pacijenata sa kontrolnom grupom, naše hipoteze su mahom podržane (sem kada se radi o interpersonalnom pozitivnom sadržaju). Poređenje pacijenata u remisiji i kontrolne grupe mahom je pokazalo rezultate koji nisu u skladu s našim očekivanjima.

Tabela 25. Očekivani i dobijeni rezultati za organizaciju self-šeme

	Hipoteze								Rezultati							
	Negativni atributi				Pozitivni atributi				Negativni atributi				Pozitivni atributi			
	Interpersonalni		Postignuće		Interpersonalni		Postignuće		Interpersonalni		Postignuće		Interpersonalni		Postignuće	
	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K
AUD	=	↓	=	↓	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↑	=	↑	↑
UDR		↓		↓		=		=		=		↑		↓		↑
ABD	=	↓	=	↓	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↓	=	↑	↑
BR		↓		↓		=		=		↑		↑		↑		↑

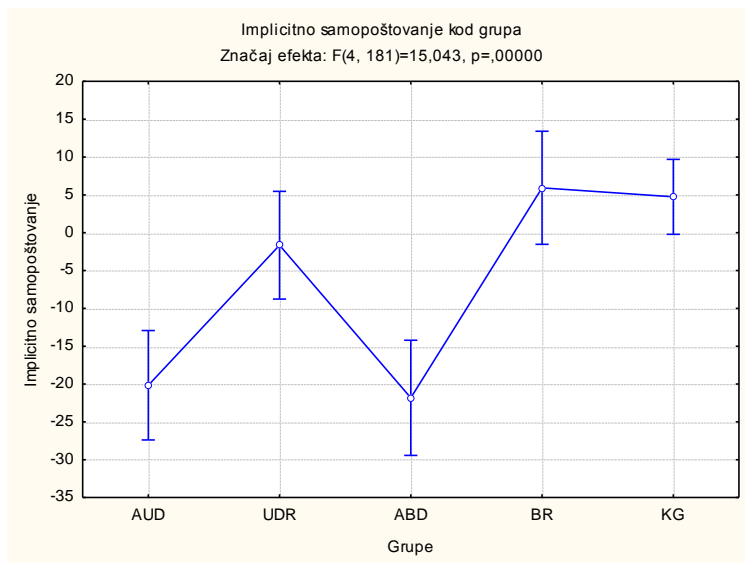
Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarne depresivne osobe u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarne osobe u remisiji; R = poređenje sa grupom u remisiji; K = poređenje sa kontrolnom grupom; ↓ - konsolidovana, stisnuta šema, bliski atributi u odnosu na grupu sa kojom se poredi; ↑ - razbijena, nekonsolidovana šema, udaljeni atributi u odnosu na grupu sa kojom se poredi; = šema ne pokazuje značajne razlike u odnosu na grupu sa kojom se poredi

3. 5. 2. Stabilnost implicitnog samopoštovanja

3. 5. 2. 1. Provjera stabilnosti implicitnog samopoštovanja (ANOVA)

Za analizu podataka koristili smo Analizu varijanse, u okviru programa Statistika. Kategorijalni prediktor sadrži pet nivoa koji se odnose na vrste, faze i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/unipolarno depresivni pacijenti u remisiji/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/bipolarni pacijenti u remisiji/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je nivo implicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko kompozitnog skora izračunatog na osnovu valence i širine atributa kojima su se ispitanici opisivali na BARTu.

Nalazi su pokazali da se neke grupe među sobom razlikuju po implicitnom samopoštovanju, $F(4,181)=15.04$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.25$. Scheffeov test je pokazao da aktuelno depresivni pacijenti (i unipolarno i bipolarno) imaju značajno niže implicitno samopoštovanje od unipolarno depresivnih osoba u remisiji, $p<0.01$, $r>0.90$, i bipolarnih osoba u remisiji, $p<0.01$, $r>0.85$, kao i od kontrolne grupe, $p<0.01$, $r>0.90$. Veličina efekta nam je pokazala da unipolarno depresivni u remisiji imaju niže samopoštovanje i od kontrolne grupe, $r=0.44$. Ovdje se radi o srednjem efektu. Pokazane su jako male razlike između aktuelno unipolarno i bipolarno depresivnih, kao i između bipolarnih u remisiji i kontrolne grupe. Radi se o malom efektu (Grafik 20).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 20. *Implicitno samopoštovanje kod grupa*

3. 5. 2. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 26 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za implicitno samopoštovanje. Naše hipoteze su mahom podržane kada je riječ o poređenju kliničkih grupa s kontrolnom (sem za bipolarne osobe u remisiji), a nisu podržane kada se radi o poređenju aktuelno depresivnih osoba sa pacijentima u remisiji.

Tabela 26. Očekivani i dobijeni rezultati za implicitno samopoštovanje

Implicitno samopoštovanje				
	Hipoteze		Rezultati	
	R	K	R	K
AUD	=	↓	↓	↓
UDR		↓		↓
ABD	=	↓	↓	↓
BR		↓		=

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivne osobe u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarne osobe u remisiji; R = poređenje sa grupom u remisiji; K = poređenje sa kontrolnom grupom; ↓ - niže implicitno samopoštovanje u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje; = - implicitno samopoštovanje nije značajno drugačije u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje

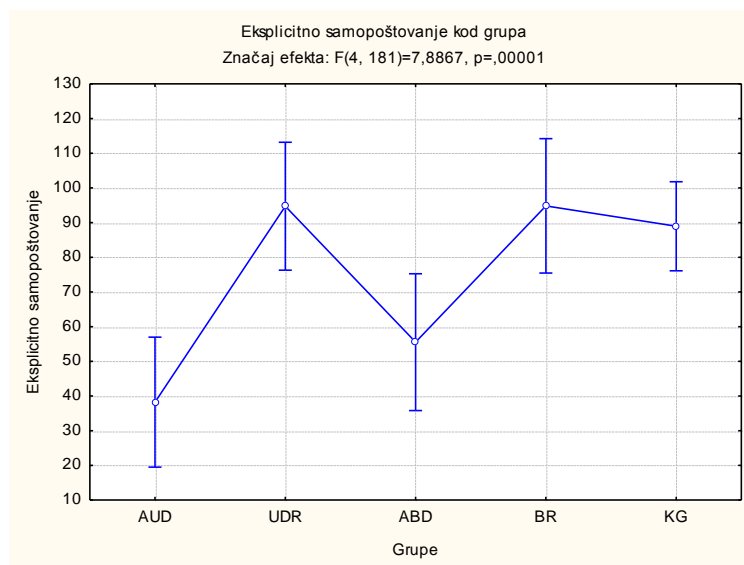
3. 5. 3. Stabilnost eksplicitnog samopoštovanja

3. 5. 3. 1. Provjera stabilnosti eksplicitnog samopoštovanja (ANOVA)

Za analizu podataka koristili smo Analizu varijanse, u okviru programa Statistika. Kategorijalni prediktor sadrži pet nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/unipolarno depresivni pacijenti u remisiji/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/bipolarni pacijenti u remisiji/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je nivo eksplicitnog samopoštovanja, operacionalno definisan preko valence atributa kojima su se ispitanici opisivali na BART-u.

Pokazano da se neke grupe među sobom značajno razlikuju po nivou eksplicitnog samopoštovanja, $F(4,181)=7.89$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.15$. Scheffeov test je pokazao da

aktuelno unipolarno depresivni pacijenti imaju značajno niže eksplicitno samopoštovanje od unipolarno depresivnih osoba u remisiji, $p < 0.01$, $r = 0.95$, bipolarnih osoba u remisiji, $p < 0.01$, $r = 0.95$, i kontrolne grupe, $p < 0.01$, $r = 0.95$. Veličina efekta je isto pokazala za aktuelno bipolarne osobe, $r > 0.85$. Osobe u remisiji imaju nešto veće eksplicitno samopoštovanje od kontrolne grupe, ali se tu radi o srednjem efektu, $r > 0.30$ (Grafik 21).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 21. *Eksplicitno samopoštovanje kod grupa*

3. 5. 3. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 27 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za eksplicitno samopoštovanje. Naše hipoteze su podržane za poređenje aktuelno depresivnih pacijenata sa osobama u remisiji i kontrolnom grupom, dok za pacijente u remisiji je pokazano da

imaju čak veće eksplicitno samopoštovanje od kontrolne grupe (mi smo pretpostavili da neće biti značajne razlike među ovim grupama).

Tabela 27. Očekivani i dobijeni rezultati za eksplicitno samopoštovanje

Eksplicitno samopoštovanje				
	Hipoteze		Rezultati	
	R	K	R	K
AUD	↓	↓	↓	↓
UDR		=		↑
ABD	↓	↓	↓	↓
BR		=		↑

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; P = paranoidni pacijenti; R = poređenje sa grupom u remisiji; K = poređenje sa kontrolnom grupom; ↓ - niže eksplicitno samopoštovanje u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje; ↑ - više eksplicitno samopoštovanje u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje, = - eksplicitno samopoštovanje se ne razlikuje značajno od grupe sa kojom se vrši poređenje

3. 5. 4. Stabilnost disfunkcionalnih stavova

3. 5. 4. 1. Provjera stabilnosti disfunkcionalnih stavova (ANOVA)

Koristili smo Analizu varijanse sa kombinovanim faktorima u okviru GLM paketa programa Statistika, sa jednim faktorom između subjekata i jednim unutar subjekata. Kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) sadrži pet nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/unipolarno depresivni pacijenti u remisiji/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/bipolarni pacijenti u remisiji/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je intenzitet disfunkcionalnih uvjerenja, a faktor unutar subjekata je sadržaj uvjerenja (postignuće/zavisnost/kontrola). Rezultati su prikazani u Tabeli 28.

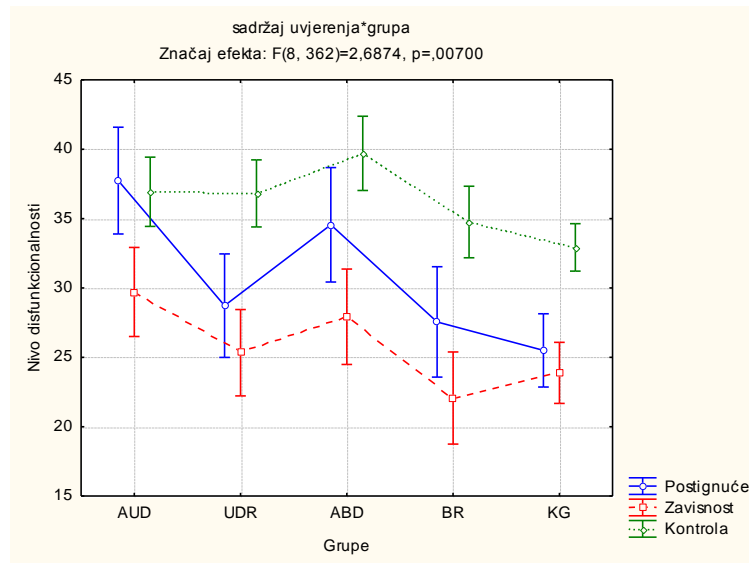
Tabela 28. Rezultati analize varijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu disfunkcionalna uvjerenja

	df	F	P
Vrsta i prisustvo poremećaja	4	9.07	.000**
Sadržaj uvjerenja	2	83.01	.000**
Sadržaj uvjerenja*vrsta, faza i prisustvo poremećaja	8	2.69	.007**

** p<0.01; * p<0.05

Kao što vidimo iz tabele, značajna je interakcija sadržaja uvjerenja i vrste, prisustva i faze poremećaja, $F(8,362)=2.69$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.06$. Međutim, Scheffeov test ne prijavljuje razlike između grupa za istu vrstu disfunkcionalnih uvjerenja, samo izvještava o razlikama među grupama kada su u pitanju različite vrste disfunkcionalnih uvjerenja. Međutim, izračunali smo veličinu efekta i pokazane su razlike među grupama. Po disfunkcionalnostima koji se tiču postignuća, veoma se razlikuju aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti (imaju značajno više disfunkcionalnosti) u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu. Aktuelno depresivni pacijenti se takođe veoma razlikuju između sebe (unipolarno depresivni pacijenti imaju više disfunkcionalnih uvjerenja od bipolarno depresivnih pacijenta), a isti slučaj je i sa pacijentima u remisiji u odnosu na kontrolnu grupu (kod pacijenata u remisiji disfunkcionalnosti su više izražene). Za sve navedene razlike, efekat je veliki, $r>0.70$. Pacijenti u remisiji se među sobom slabo razlikuju. Efekat je mali, $r<0.30$. Po disfunkcionalnostima koje se tiču zavisnosti, veoma se razlikuju pacijenti u aktuelnoj depresivnoj epizodi u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu. Ponovo aktuelno depresivni imaju više disfunkcionalnosti od ostalih grupa. Unipolarno depresivni pacijenti u remisiji imaju više izražene disfunkcionalnosti od bipolarnih osoba u remisiji. Bipolarni u remisiji pokazuju manje disfunkcionalnih uvjerenja u odnosu na kontrolnu grupu. Za sve navedene rezultate, efekat je veliki, $r>0.50$. Aktuelno depresivne (unipolarno i bipolarno) osobe se među sobom razlikuju tako što unipolarno depresivne osobe imaju više izražene disfunkcionalnosti. I unipolarno depresivne osobe u remisiji imaju više disfunkcionalnosti u odnosu na kontrolnu grupu. Ovdje se radi o srednjem efektu, $r>0.40$. Aktuelno bipolarno depresivne osobe imaju više disfunkcionalnosti koje se tiču kontrole od svih

ostalnih grupa. Unipolarno depresivne osobe (i one u aktuelnoj epizodi i one u remisiji) imaju više izražene disfunkcionalnosti u odnosu na bipolarne osobe u remisiji i kontrolnu grupu, dok bipolarni u remisiji imaju više disfunkcionalnosti ove vrste od kontrolne grupe. U svim navedenim poređenjima se radi o velikom efektu, $r > 0.60$. Između unipolarno depresivnih osoba (onih koji se nalaze u aktuelnoj epizodi i onih u remisiji) nisu pokazane razlike (Grafik 22).

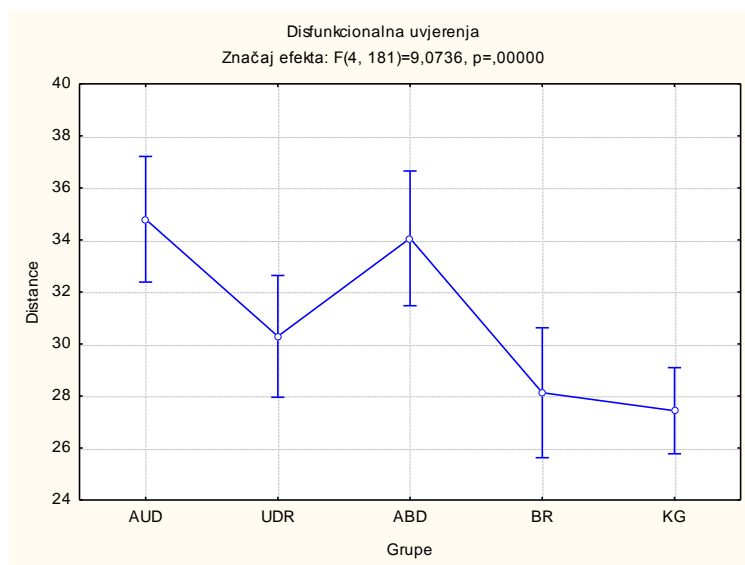


Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 22. Disfunkcionalna uvjerenja kod grupa

Pokazao se značajnim i uticaj vrste, faze i prisustva poremećaja, $F(4,181)=9.07$, $p < 0.01$, parcijalni $\eta^2=0.17$. Scheffeov test nam je pokazao da se po ukupnom nivou izraženosti disfunkcionalnih uvjerenja značajno razlikuju aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni od bipolarnih u remisiji i kontrolne grupe, $p < 0.01$, $r > 0.90$. Naime, aktuelno depresivne osobe imaju mnogo više disfunkcionalnosti. Izračunata veličina efekta među grupama nam je pokazala da se pacijenti u remisiji takođe veoma razlikuju među sobom (unipolarno depresivni imaju više

disfunkcionalnosti), a unipolarno depresivni u remisiji se razlikuju i u odnosu na kontrolnu grupu. Takođe imaju više disfunkcionalnih uvjerenja. Ovdje su veličine efekta velike, $r > 0.60$. Bipolarne osobe u remisiji isto karakteriše više disfunkcionalnosti u odnosu na kontrolnu grupu, ali je efekat između malog i srednjeg, $r = 0.31$. Aktuelno depresivni pacijenti se među sobom slabo razlikuju. Efekat je mali, $r < 0.30$ (Grafik 23).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 23. Ukupan nivo disfunkcionalnosti kod grupa

4. 5. 4. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 29 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za disfunkcionalna uvjerenja. Naše hipoteze su mahom podržane za poređenje kliničkih grupa sa

kontrolnom, ali mahom nisu podržane kada se radi o poređenju grupa koje se nalaze u različitim fazama poremećaja.

Tabela 29. Očekivani i dobijeni rezultati za disfunkcionalna uvjerenja

Disfunkcionalna uvjerenja																
	Hipoteze								Rezultati							
	Postignuće		Zavisnost		Kontrola		Ukupno		Postignuće		Zavisnost		Kontrola		Ukupno	
	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K
AUD	=	↑	=	↑	=	↑	=	↑	↑	↑	↑	↑	=	↑	↑	↑
UDR		↑		↑		↑		↑		↑		↑		↑		↑
ABD	=	↑	=	↑	=	↑	=	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
BR		↑		↑		↑		↑		↑		↓		↑		=

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarne depresivne osobe u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; R = poređenje sa grupom u remisiji; K = poređenje sa kontrolnom grupom; ↑ - više izražena disfunkcionalna uvjerenja u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje; ↓ - manje izražena disfunkcionalna uvjerenja u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje

3. 5. 5. Stabilnost depresivne pristrasnosti

3. 5. 5. 1. Provjera stabilnosti depresivne pristrasnosti (ANOVA)

Koristili smo Analizu varijanse sa kombinovanim faktorima u okviru GLM paketa programa Statistika, sa jednim faktorom između subjekata i jednim unutar subjekata. Kategorijalni prediktor (faktor između subjekata) sadrži pet nivoa koji se odnose na vrste i prisustvo poremećaja (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti/unipolarne depresivne osobe u remisiji/aktuelno bipolarno depresivni pacijenti/bipolarne osobe u remisiji/odsustvo poremećaja). Zavisna varijabla je proporcija produkovanih depresivnih rečenica u odnosu na broj

tačno produkovanih rečenica, a faktor unutar subjekata je opterećenje (prisustvo/odsustvo opterećenja). Rezultati su predstavljeni u Tabeli 30.

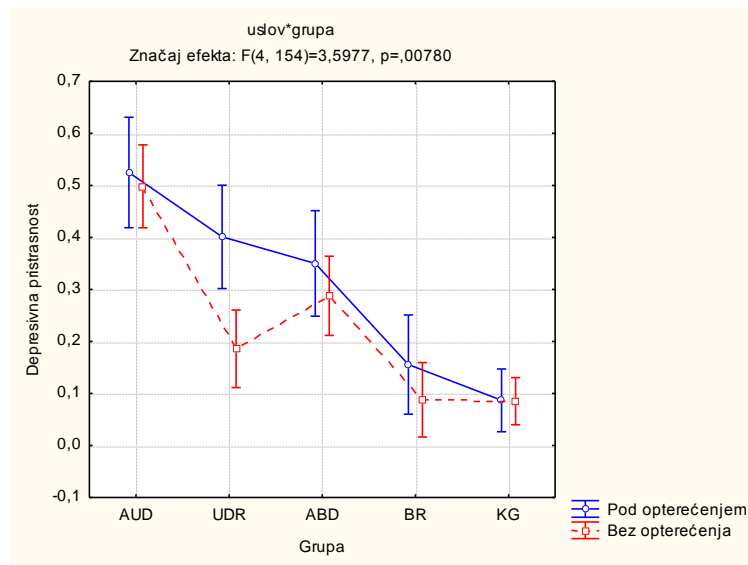
Tabela 30. *Rezultati analize varijanse sa kombinovanim faktorima za zavisnu varijablu depresivna pristrasnost*

	df	F	P
Vrsta, faza i prisustvo poremećaja	4	26.80	.000**
Opterećenje	1	13.07	.000**
Opterećenje*Vrstam faza i prisustvo poremećaja	4	3.60	.008**

Napomena: ** p<0.01; * p<0.05

Kao što se vidi iz tabele, značajna je interakcija opterećenja i vrste, faze i prisustva poremećaja, $F(4,154)=3.60$, $p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.04$. Scheffeov test je pokazao da se unipolarno depresivni (i aktuelno depresivni i oni u remisiji) značajno razlikuju od bipolarnih u remisiji i kontrolne grupe, i u situaciji sa kognitivnim opterećenjem i u situaciji bez kognitivnog opterećenja, $r>0.90$. Naime, unipolarno depresivni pokazuju značajno veću depresivnu pristrasnost u poređenju s ovim grupama. Aktuelno unipolarno depresivni u situaciji sa kognitivnim opterećenjem pokazuju više depresivne pristrasnosti od unipolarno depresivnih u remisiji u situaciji bez kognitivnog opterećenja, $p<0.05$. Unipolarno depresivni u remisiji se značajno razlikuju po depresivnoj pristrasnosti u situaciji sa kognitivnim opterećenjem i u situaciji bez kognitivnog opterećenja, $p<0.05$. Veću depresivnu pristrasnost pokazuju u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje. Ova grupa ima značajno veću depresivnu pristrasnost u situaciji pod dejstvom kognitivnog opterećenja i od bipolarnih u remisiji u situaciji bez kognitivnog opterećenja, kao i od kontrolne grupe (i u situaciji sa i u situaciji bez kognitivnog opterećenja). Aktuelno bipolarno depresivni pacijenti imaju veću depresivnu pristrasnost u situaciji pod dejstvom kognitivnog opterećenja od bipolarnih u remisiji, u situaciji bez kognitivnog opterećenja, kao i od kontrolne grupe (i u situaciji sa i u situaciji bez kognitivnog opterećenja), $p<0.05$. Veličina efekta je pokazala da u situaciji pod kognitivnim opterećenjem, po depresivnoj pristrasnosti se veoma razlikuju aktuelno

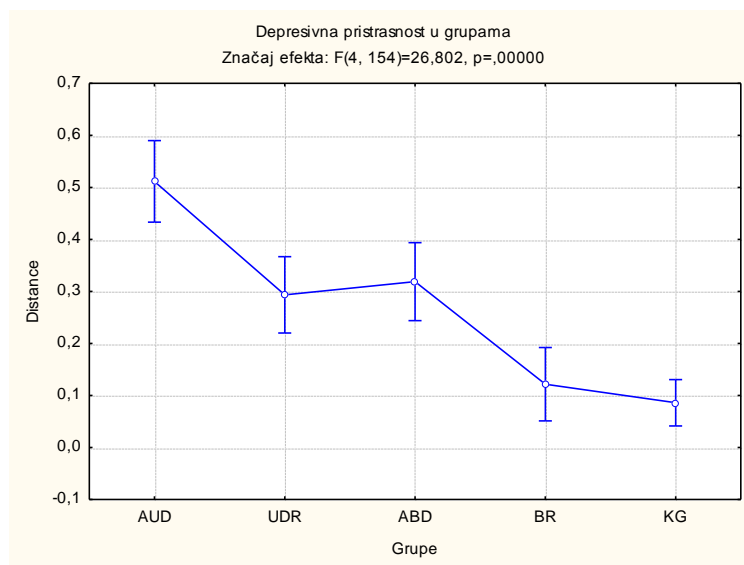
unipolarno depresivne osobe u odnosu na sve ostale grupe, $r > 0.70$. Naime, ova grupa pokazuju veću depresivnu pristrasnost od drugih grupa. Aktuelno bipolarno depresivni pacijenti takođe pokazuju veću depresivnu pristrasnost u odnosu na bipolarne u remisiji i kontrolnu grupu, $r > 0.90$. Unipolarno i bipolarno depresivne osobe u remisiji se razlikuju i među sobom (unipolarno depresivne osobe u remisiji pokazuju veću depresivnu pristrasnost), i u odnosu na kontrolnu grupu, $r > 0.50$. Naime, pacijenti u remisiji demonstriraju veću pristrasnost od kontrolne grupe. Radi se o velikim efektima. Takođe, aktuelno unipolarno depresivni pacijenti pokazuju veću pristrasnost u odnosu na unipolarno depresivne osobe u remisiji, $r = 0.77$. U situaciji bez kognitivnog opterećenja, po depresivnoj pristrasnosti se veoma razlikuju aktuelno unipolarno depresivni pacijenti u odnosu na sve ostale grupe, $r > 0.90$. Oni, dakle, demonstriraju najviše depresivne pristrasnosti. Aktuelno bipolarno depresivni pacijenti su više skloni pristrasnosti u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu, $r > 0.80$. Unipolarno depresivne osobe u remisiji ilustruju više depresivne pristrasnosti u odnosu na bipolarno depresivne osobe u remisiji i kontrolnu grupu, $r > 0.70$. Radi se o velikom efektu. Između sebe se jako slabo razlikuju bipolarne osobe u remisiji i kontrolna grupa. Efekat je mali (Grafik 24).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 24. *Depresivna pristrasnost kod grupa*

Pokazao se značajnim i uticaj vrsta, faza i prisustvo poremećaja, $F(4,154)=26.80, p<0.01$, parcijalni $\eta^2=0.16$. Dakle, i po depresivnoj pristrasnosti generalno, bez obzira na opterećenje, postoje značajne razlike među grupama. Scheffeov test je pokazao da aktuelno unipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno veću depresivnu pristrasnost u odnosu na sve ostale grupe, $r>0.90$. Takođe, unipolarno depresivne osobe u remisiji i aktuelno bipolarni pacijenti pokazuju značajno veću depresivnu pristrasnost u odnosu na bipolarne osobe u remisiji i kontrolnu grupu, $r>0.90$. Veličina efekta je još ukazala i da bipolarne osobe u remisiji demonstriraju veću depresivnu pristrasnost od kontrolne grupe, $r>0.50$ (Grafik 25).



Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivni pacijenti u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarni pacijenti u remisiji; KG = kontrolna grupa.

Grafik 25. *Depresivna pristrasnost u grupama*

3. 5. 5. 2. Rezime očekivanih i dobijenih rezultata

U Tabeli 31 smo prikazali šta su bile naše početne pretpostavke, kao i kakve smo rezultate dobili za kognitivnu pristrasnost. Vidimo da kada se radi o poređenju kliničkih grupa sa kontrolnom, naše hipoteze su mahom podržane. Takođe su mahom podržane za poređenje pacijenata koji se nalaze u različitoj fazi poremećaja, kada se radi o situaciji kada ne djeluje kognitivno opterećenje, kao i kada se radi o ukupnoj depresivnoj pristrasnosti (dakle, kada se objedine rezultati u situaciji kada djeluje i kada ne djeluje kognitivno opterećenje). Ipak, rezultati nisu podržani kada se grupe koje se nalaze u različitoj fazi poremećaja porede u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje.

Tabela 31. Očekivani i dobijeni rezultati za depresivnu pristrasnost

	Hipoteze						Rezultati					
	Depresivna pristrasnost						Depresivna pristrasnost					
	Pod opterećenjem		Bez opterećenja		Ukupno		Pod opterećenjem		Bez opterećenja		Ukupno	
	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K
AUD	=	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
UDR		↑		=		↑		↑		↑		↑
ABD	=	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
BR		↑		=		↑		↑		=		↑

Napomena: AUD = aktuelno unipolarno depresivni pacijenti; UDR = unipolarno depresivne osobe u remisiji; ABD = aktuelno bipolarno depresivni pacijenti; BR = bipolarne osobe u remisiji; R = poređenje sa grupom u remisiji; K = poređenje sa kontrolnom grupom; ↑ - više izražena depresivna pristrasnost u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje; = - nema značajne razlike u izraženosti depresivne pristrasnosti u odnosu na grupu sa kojom se vrši poređenje

4. DISKUSIJA

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati specifičnost kognitivne self-šeme tj. odgovoriti na pitanje da li je depresivna kognitivna self-šema specifična za depresiju ili je prisutna kod još nekih poremećaja (bipolarni poremećaj i paranoidni poremećaji), kao i ispitati stabilnost kognitivne self-šeme tj. prisustvo depresivne kognitivne self-šeme u različitim fazama poremećaja kod unipolarne i bipolarne depresije. Kognitivnu self-šemu smo ispitivali preko njene organizacije (distance između samoopisnih atributa i preferencija samoopisnih atributa naspram širine, tzv. implicitno samopoštovanje), sadržaja (disfunkcionalna uvjerenja), procesa (kognitivna pristrasnost pri procesiranju informacija) i produkata (preferencija pozitivnih atributa naspram negativnih prilikom samoopisa, tzv. eksplicitno samopoštovanje). Detaljno ćemo se osvrnuti na dobijene rezultate vezano za svaki aspekt proučavanja self-šeme ponaosob.

4. 1. Specifičnost kognitivne self-šeme

4. 1. 1. Organizacija kognitivne self-šeme

Naša početna pretpostavka u ovom istraživanju bila je da će kliničke grupe (aktuelno unipolarne i bipolarno depresivni pacijenti, kao i paranoidne osobe) pokazati manje distance između negativnih samoopisnih atributa u odnosu na kontrolnu grupu, a veće distance između pozitivnih atributa u odnosu na kontrolnu grupu. Ovakvu pretpostavku smo zasnovali na osnovu prethodnih istraživanja (Dozois & Dobson, 2001; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010) koja su pokazala da osobe s depresivnom kognitivnom šemom imaju značajno konsolidovaniju negativnu self-šemu (manje su distance između negativnih samoopisnih atributa) nego kontrolna grupa, te se pretpostavlja i da su veze jake i da dovode do lakše aktivacije ove šeme prilikom djelovanja negativnih životnih događaja i ostalih stimulusa (Bower, 1981, Clark et al., 1999). Sa druge strane, konsolidovanost pozitivnih sadržaja je značajno manja nego u kontrolnoj grupi (veće su distance između pozitivnih samoopisnih atributa), te se pretpostavlja da su veze slabije i da dovode do teže aktivacije ove šeme prilikom djelovanja negativnih životnih događaja i drugih

stimulusa. Navedena istraživanja su se direktno bavila ispitivanjem kognitivne self-šeme kod unipolarne depresivnih pacijenata, pri čemu su ispitivanju kognitivne self-šeme pristupili na isti način kao i mi, mjerenjem interstimulusnih distanci tj. distanci između samoopisnih atributa. Beck je iznio hipotezu o specifičnosti kognitivnih sadržaja (Clark & Beck, 1989), a kasnije o kognitivnoj specifičnosti (Beck & Perkins, 2001), po kojoj je kognitivna šema specifična za različite poremećaje kao i procesi koji iz nje proizilaze. Pretpostavku da će i bipolarno depresivni i aktuelno paranoidni pacijenti pokazati depresivnu kognitivnu šemu mi smo izveli posredno, na osnovu drugih istraživanja i teorija. Naime, nisu nam poznata istraživanja nad ovim pacijentima koja su šemi pristupala iz ugla njene organizacione strukture, ali svakako su prisutna istraživanja na osnovu kojih bi se ovakva hipoteza mogla postaviti. Ona pokazuju da bipolarno depresivni pacijenti ne demonstriraju velike razlike po pitanju kognitivne šeme u odnosu na unipolarne depresivne osobe (Bentall & Thompson, 1990; Lyon et al., 1999). Shodno tome, izveli smo pretpostavku da će aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, poput aktuelno unipolarne depresivnih pacijenata, pokazati veću konsolidovanost negativne self-šeme, a slabiju konsolidovanost pozitivne self-šeme u odnosu na kontrolnu grupu. Kada je riječ o paranoidnim pacijentima, Bentall i sar. (2001) su iznijeli teoriju po kojoj ove osobe nastoje da izbjegnu aktiviranje negativnih vjerovanja o sebi pripisujući uzroke prijetućih događaja akcijama drugih ljudi. Dakle, sugerise se implicitno negativno viđenje sebe, što su neka istraživanja i potvrdila (Kinderman & Bentall, 1998; Valiente et al., 2011), a što dalje ide u prilog hipotezi o depresivnoj kognitivnoj šemi i kod ove grupe pacijenata. Takvoj hipotezi doprinosi i nalaz da nije pronađena razlika u zastupljenosti implicitnih negativnih self-evaluacija između depresivnih i paranoidnih pacijenata (Kinderman, 1994; Vázquez et al., 2008). Na osnovu predloženih istraživanja, izveli smo pretpostavku da će i paranoidne osobe pokazati značajno konsolidovaniju negativnu self-šemu, a manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu, u poređenju sa kontrolnom grupom.

4. 1. 1. 1. Organizacija kognitivne self-šeme kod unipolarne depresije

Kada se unipolarno depresivni pacijenti posmatraju nezavisno od simptoma depresivnosti, tj. ako bismo ih ujednačili po depresivnosti sa kontrolnom grupom, naša studija je pokazala da su njihovi rezultati u skladu s našim pretpostavkama. To je međutim slučaj samo kada su u pitanju distance između atributa koji se tiču postignuća, ali ne i kada je riječ o distancama između interpersonalnih atributa. Naime, ove osobe su pokazale mnogo konsolidovaniju *negativnu self-šemu koja se tiče postignuća* u odnosu na kontrolnu grupu, a s druge strane, mnogo manje konsolidovanu *pozitivnu self-šemu koja se tiče postignuća* u poređenju s kontrolnom grupom. Ipak, negativni aspekt interpersonalne self-šeme je bio manje konsolidovan nego što je to bio slučaj sa kontrolnom grupom, dok je pozitivan aspekt ove self-šeme bio čak više konsolidovan nego kod kontrolne grupe.

Kada se depresivnost nije držala pod kontrolom, naše početne pretpostavke su podržane sem kad su u pitanju distance između interpersonalnih pozitivnih atributa. Naime, *šema koja se tiče postignuća* se ponovo pokazala značajno konsolidovanijom kada se radi o negativnim aspektima, a značajno manje konsolidovanom kada se radi o pozitivnim aspektima, u poređenju sa ovom šemom kod kontrolne grupe. I *negativni aspekt interpersonalne šeme* se pokazao više konsolidovan nego kod kontrolne grupe. Međutim, sadržaji u pozitivnom aspektu interpersonalne self-šeme su povezani na sličan način kao kod kontrolne grupe tj. pokazuju istu konsolidovanost.

Takođe, u analizi bez kovarijata, pokazano je da aktuelno unipolarno depresivni pacijenti imaju značajno konsolidovaniju *negativnu self-šemu* (kada se uzmu u obzir zajedno interpersonalni aspekt i aspekt koji se tiče postignuća) u odnosu na kontrolnu grupu, a ujedno značajno manje konsolidovanu *pozitivnu self-šemu* (takođe kada se uzmu u obzir zajedno interpersonalni aspekt i aspekt koji se tiče postignuća) u poređenju s kontrolnom grupom.

Dakle, naši nalazi sugerišu da kada se depresivnost drži pod kontrolom, u aktuelnoj epizodi unipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno drugačiju self-šemu koja se tiče postignuća u odnosu na kontrolnu grupu. Za razliku od kontrolne grupe, negativan sadržaj ove šeme je značajno konsolidovaniji, dok je pozitivan značajno manje konsolidovan. Sa druge strane,

interpersonalna šema je slična onoj kod kontrolne grupe i karakteriše je povezanost pozitivnog sadržaja a razuđenost negativnog sadržaja, kada se depresija drži pod kontrolom. Ipak, kada se ovaj kovarijat izbací iz analize, dolazi i do promjene u negativnom aspektu interpersonalne šeme i ona postaje, poput šeme koja se tiče postignuća, dosta manje konsolidovana u odnosu na kontrolnu grupu. To nas upućuje da je promjena u interpersonalnoj šemi u vezi sa depresivnom simptomatologijom, a da je organizacija šeme koja se tiče postignuća nezavisna od depresivne simptomatologije. Ovakav rezultat može nas uputiti na više potencijalnih zaključaka. Sa jedne strane, moguće je da su naš uzorak unipolarno depresivnih pacijenata činile osobe koje su osjetljive na neuspjehe (autonomna depresija). Tome u prilog ide i jedan od nalaza ove studije, koji će kasnije biti detaljnije predstavljen, a koji nam ukazuje da unipolarno depresivni pacijenti u našem uzorku imaju najviše disfunkcionalnosti vezanih za postignuće u odnosu na sve ostale grupe koje su sačinjavale uzorak. Moguće da se ovo može objasniti i kulturološkim činiocima jer se radi o uzorku koji živi u području gdje vlada velika nezaposlenost i nešto niži standard života, pa je moguće da su okidači koji se tiču postignuća samim tim i češći. Ako se podsjetimo Beckovog modela (Beck, 1967), latentna depresivna self-šema se aktivira nakon djelovanja okidača. Na našem uzorku depresivna šema je šema koja se tiče postignuća, i koja se vjerovatno aktivira nakon dejstva događaja koji je kompatibilan sa sadržajem ove šeme. Ona se brže aktivira vjerovatno zato jer su sadržaji u njoj konsolidovaniji, dok se pozitivna šema koja se tiče postignuća ne aktivira u dovoljnoj mjeri zbog manje konsolidovanog sadržaja unutar nje. Kao posledica aktiviranja depresivne šeme, javljaju se depresivni simptomi koji su dalje, po našim nalazima, u vezi sa interpersonalnom šemom, čiji negativni aspekti postaje konsolidovaniji. Na ovakav model upućuju naši rezultati, ali svakako da bi ga trebale provjeriti buduće studije koje bi za predmet ispitivanja imale kognitivnu šemu. Treba napomenuti da ostala istraživanja koja su ispitivala organizaciju self-šeme na ovaj način, a na osnovu kojim smo zasnovali svoje početne pretpostavke o organizaciji kognitivne self-šeme kod unipolarno depresivnih pacijenata (Dozois & Dobson, 2001; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010), su svoje nalaze izveli na američkom uzorku, koji se razlikuje od našeg kako kulturološki, tako i po standardima života. Takođe, sem u istraživanju Dozoise i Frewena (Dozois & Frewen, 2006), u ostalim studijama depresivnost se nije držala pod kontrolom (Dozois & Dobson, 2001; Seeds & Dozois, 2010). U našoj studiji, kada depresivnost nije držana pod kontrolom, nalazi su u većoj mjeri u skladu s nalazima spomenutih istraživanja (Dozois & Dobson, 2001; Dozois & Frewen, 2006; Seeds &

Dozois, 2010) jer je u tim uslovima demonstrirana konsolidovanija negativna self-šema i manje konsolidovana pozitivna self-šema kod unipolarno depresivnih pacijenata, u odnosu na kontrolnu grupu. Ipak, mišljenja smo da kontrola depresivnosti pruža mnogo preciznije odgovore pa je naša sugestija za buduća ispitivanja da u svojim analizama provjere rezultate i kada se depresivnost drži pod kontrolom jer tako možemo biti više sigurni šta jeste u vezi sa depresivnom simptomatologijom, a šta je nezavisno od nje.

4. 1. 1. 2. Organizacija kognitivne self-šeme kod bipolarne depresije

Kada se aktuelno bipolarno depresivni pacijenti posmatraju nezavisno od simptoma depresivnosti, tj. ako bismo ih ujednačili po depresivnosti sa kontrolnom grupom, oni pokazuju značajno veću konsolidovanost *negativne self-šeme* u poređenju s kontrolnom grupom (imaju manje distance i kada je riječ o interpersonalnim atributima i kad je riječ o atributima koji se tiču postignuća). Sa druge strane, distance između *pozitivnih atributa koji se tiču postignuća* su veće u odnosu na one kod kontrolne grupe, što govori o manjoj konsolidovanosti ove šeme, što je u skladu s našim očekivanjima. Međutim, pozitivna interpersonalna self-šema nije u skladu s našim očekivanjima jer, za interpersonalne attribute, distance su čak manje nego kod kontrolne grupe, što govori u prilog visoke konsolidovanosti ovog aspekta pozitivne self-šeme.

Kada se depresivnost ne drži pod kontrolom, rezultati su vrlo slični kao u prethodnoj analizi. Ponovo je pokazana visoka konsolidovanost *negativne self-šeme*. Naime, između negativnih atributa (i interpersonalnih i onih koji se tiču postignuća) pokazane su manje distance u odnosu na kontrolnu grupu. Što se tiče *pozitivne self-šeme*, interpersonalna šema je konsolidovana kao kod kontrolne grupe, dok je *šema koja se tiče postignuća* značajno manje konsolidovana u poređenju s kontrolnom grupom. Drugim riječima, za pozitivne interpersonalne attribute su pokazane vrlo slične distance kao kod kontrolne grupe, dok za attribute koji se tiču postignuća distance su značajno veće nego kod kontrolne grupe.

Dakle, po našim nalazima, kod bipolarno depresivnih pacijenata negativna self-šema je značajno više konsolidovana nego kod kontrolne grupe (i za interpersonalni sadržaj i za sadržaj koji se tiče

postignuća). Sa druge strane, značajno je manje konsolidovana pozitivna šema koja se tiče postignuća. Dobijeni nalazi su u saglasnosti s našim početnim pretpostavkama, koje su bazirane na novijim istraživanjima po kojima se unipolarna i bipolarna depresija ne razlikuju značajno među sobom (Bowden, 2005; Mitchell et al., 2001). Vidimo da se, po našim nalazima, aktuelno bipolarni pacijenti razlikuju od unipolarno depresivnih po tome što imaju bolje organizovanu i interpersonalnu negativnu šemu od kontrolne grupe, a ne samo negativnu šemu koja se tiče postignuća. Time možda možemo i objasniti često teže depresivne epizode kod bipolarnog poremećaja (Abrams & Taylor, 1980; Barbini et al., 1998). Možemo i pretpostaviti da su naš uzorak podjednako činile osobe osjetljive na neuspjehe (autonoma depresija) i osobe osjetljive na socijalno odbijanje (sociotropna depresija). Tome u prilog ide i jedan od nalaza koji će kasnije biti iznešeni, a koji se tiče toga da aktuelno bipolarno depresivne osobe imaju značajno više disfunkcionalnosti od kontrolne grupe i kada se radi o disfunkcionalnostima koje se tiču postignuća i kada se radi o disfunkcionalnostima koje se tiču zavisnosti. Prisjetimo se da je unipolarne pacijente karakterisala samo depresivna šema koja se tiče postignuća. Da li je dobijeni nalaz posledica uzorka ili se radi o faktorima koji su stabilni i koji zapravo razlikuju unipolarnu od bipolarne depresije, nešto je što svakako treba provjeravati u narednim istraživanjima. Tim prije što su se do sada u studijama poredili unipolarno depresivni pacijenti i anksiozne osobe (Dozois & Frewen, 2006), dok poređenja unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata prema našem saznanju po svoj prilici nema. Interesantan je svakako i nalaz da smo za bipolarne pacijente dobili identične rezultate i u situaciji kada smo držali depresivnost pod kontrolom i u situaciji kad nismo, što nas upućuje na pretpostavku da je ovakva organizacija self-šeme nezavisna od depresivne simptomatologije.

4. 1. 1. 3. Organizacija kognitivne self-šeme kod paranoidnih poremećaja

Paranoidni pacijenti, kada se posmatraju nezavisno od simptoma depresivnosti, tj. ako bismo ih ujednačili po depresivnosti sa kontrolnom grupom, pokazuju sklop rezultata prema kojima se negativna šema ne ponaša u skladu s našim početnim očekivanjima. I za attribute koji se tiču postignuća i za interpersonalne attribute ovi pacijenti imaju veće distance nego što je to slučaj kod

kontrolne grupe, što govori o manjoj konsolidovanosti negativne šeme kod paranoidnih osoba u odnosu na kontrolnu grupu. Ovo je rezultat koji bi ukazivao na teže izvlačenje negativnih karakteristika o sebi, što se može dovesti u vezu sa Bentallovom tvrdnjom (Bentall et al., 2001) po kojoj ovi pacijenti imaju prenaplašenu samopodržavajuću atribucionu pristrasnost (“*self-serving attribution bias*”) tj. negativne događaje otežano objašnjavaju unutrašnjim uzrocima. Budući da su im negativni atributi zbog slabe konsolidovanosti slabo dostupni, možda zbog toga teško mogu da objasne negativne događaje svojim negativnim osobinama. Sa druge strane, za *pozitivnu self-šemu* pokazuju takođe slabiju konsolidovanost u odnosu na kontrolnu grupu, jer ostvaruju veće distance između atributa u poređenju s distancama koje ostvaruje kontrolna grupa, i kada se radi o interpersonalnim pozitivnim atributima i kada se radi o atributima koji se tiču postignuća. Nalaz u vezi pozitivne šeme je u skladu s našim očekivanjima, zasnovanim na Bentallovoj teoriji (Bentall et al., 2001). Time smo pokazali da paranoidni pacijenti imaju djelimično depresivnu organizaciju self-šeme.

Kada se depresivnost ne drži pod kontrolom, negativna self-šema se ponovo nije pokazala u skladu s našim očekivanjima. Naime, interpersonalna negativna-self šema ne pokazuje razlike u odnosu na ovu šemu kod kontrolne grupe, dok je negativna šema koja se tiče postignuća čak manje konsolidovana od ove šeme kod kontrolne grupe. To nas ponovo upućuje da ove osobe teže izvlače negativne karakteristike o sebi, konkretno u situacijama kada doživljavaju neuspjeh u profesionalnoj sferi. Dakle, ponovo možemo pretpostaviti da je to uzrok što ovi pacijenti imaju prenaplašenu samopodržavajuću atribucionu pristrasnost (Bentall et al., 2001) tj. negativne događaje u profesionalnoj sferi otežano objašnjavaju unutrašnjim uzrocima, moguće iz razloga što su im negativni atributi zbog slabe konsolidovanosti slabo dostupni. Međutim, *pozitivna self-šema* se pokazuje značajno manje konsolidovanom od pozitivne self-šeme kod kontrolne grupe. Naime, paranoidni pacijenti ostvaruju veće distance između pozitivnih atributa (i interpersonalnih i onih koji se tiču postignuća) u odnosu na kontrolnu grupu.

Kao kod bipolarno depresivnih pacijenata, i kod paranoidnih osoba imamo vrlo slične rezultate i u analizi gdje smo depresivnost držali pod kontrolom i u analizi gdje nismo. To nam omogućava da pretpostavimo da su dobijeni nalazi nezavisni od depresivne simptomatologije kod paranoidnih pacijenata. Naime, naša početna pretpostavka da će paranoidni pacijenti pokazati više konsolidovanu negativnu self-šemu, a manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu, nije u

potpunosti podržana. Tačnije, podržana je samo kada se radi o pozitivnoj šemi. Na osnovu toga možemo izvući pretpostavku da za razliku od depresivnih pacijenata, koje u našem uzorku više karakteriše konsolidovana negativna self-šema, paranoidne pacijente više karakteriše slabo konsolidovana pozitivna self-šema, i to naročito slabo konsolidovana interpersonalna pozitivna self-šema. Slaba konsolidovanost pozitivnih, naročito interpersonalnih, osobina u šemi paranoidnih pacijenata mogla bi biti u vezi otežanog evociranja drugih pozitivnih osobina iz memorije u situacijama kada je jedna od njih pobuđena. Ovo bi moglo da znači da postoji otežana generalizacija pozitivnih osobina. Podjednaka razuđenost i pozitivne i negativne šeme na temu interpersonalnog funkcionisanja mogla bi sugerisati da paranoidni pacijenti nisu u stanju da, kao osobe iz kontrolne grupe, kompenzuju negativne informacije o sebi pozitivnim pristrasnostima u procesiranju. Ovo je naravno pretpostavka koju bi trebalo dodatno provjeravati, a dobijen rezultat ponoviti. Ono što jeste činjenica proistekla iz ovog rada je da paranoidni pacijenti pozitivne, a naročito interpersonalne informacije, organizuju na način koji se na osnovu dosadašnjih istraživanja organizacije kognitivne šeme (Dozois & Dobson, 2001; Dozois & Frewen, 2006; Seeds & Dozois, 2010) očekuje od depresivnih pacijenata.

Zaključak o specifičnosti depresivne organizacije. Naša studija, dakle, sugeriše da tri kliničke grupe koje se nalaze u aktuelnoj epizodi (unipolarno depresivni pacijenti, bipolarno depresivni pacijenti i paranoidni pacijenti) pokazuju određene sličnosti u organizaciji self-šeme, ali i određene razlike. Naime, naša studija sugeriše da je kod unipolarno depresivnih pacijenata značajno više konsolidovana *negativna šema koja se tiče postignuća*, a značajno manje konsolidovana *pozitivna šema koja se tiče postignuća*, u odnosu na kontrolnu grupu, dok je veća konsolidovanost *negativnog aspekta interpersonalne šeme* kod ovih pacijenata u odnosu na kontrolnu grupu u vezi sa depresivnom simptomatologijom; kod bipolarno depresivnih pacijenata je prisutna značajno više konsolidovana *negativna šema* (i aspekti koji se tiču postignuća i interpersonalni aspekt) i značajno manje konsolidovana *pozitivna šema koja se tiče postignuća*, u odnosu na kontrolnu grupu; za paranoidne osobe je prisutna značajno manje konsolidovana i negativna i *pozitivna šema* (i aspekti koji se tiču postignuća, a naročito interpersonalni aspekti), u odnosu na kontrolnu grupu. Nalazi kod bipolarnih i paranoidnih pacijenata su nezavisni od depresivne simptomatologije.

4. 1. 2. Implicitno samopoštovanje

Na početku, prisjetimo se da pod implicitnim samopoštovanjem u ovom radu podrazumijevamo kompozitni rezultat na indirektnoj mjeri samopoštovanja BART, te o implicitnom samopoštovanju govorimo uslovno, kao o samo djelimično nesvjesnom viđenju sebe. Svjesni aspekt ovako mjerenog samopoštovanja tiče se valence atributa kojima se osoba opisuje, dok širina atributa koja se uzima u obzir pri računanju kompozitnog skora nije poznata ispitanicima te svojim odgovorom u pogledu nje ne mogu svjesno upravljati. Ispitivanje implicitnog samopoštovanja, definisanog kao sklonost ka opisivanju sebe širokim ili uskim atributima, trebalo bi da nam pruži dodatni uvid u organizaciju self-šeme. Budući da lingvistička pristrasnost (opisivanje sebe širim pozitivnim i užim negativnim atributima) djeluje na polunesvjesnom nivou vjerovatno da predstavlja automatizovanu kognitivnu operaciju kojom se unutrašnja organizacija self šeme manifestuje u ponašanju. Ovaj put, ta unutrašnja organizacija se odnosi na nivo opštosti samoopisnih atributa zavisno od njihove valence. U prilog tome da se na ovaj način provjerava organizacija self-šeme ide i naš nalaz da implicitno samopoštovanje ostvaruje značajnu korelaciju sa drugom mjerom organizacije self-šeme, a to su interstimulusne distance (Tabela 7 u Rezultatima). Ipak, ove korelacije iako su značajne, dosta su niske, što je možda posledica toga što ove dvije mjere drugačije pristupaju organizaciji.

Prilikom ispitivanja razlika u nivou implicitnog samopoštovanja između pacijenata u aktuelnoj epizodi u odnosu na kontrolnu grupu, pretpostavili smo da će sve kliničke grupe pokazati niže implicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu. Naše pretpostavke su zasnovane na osnovu prethodnih istraživanja, gdje su najčešće dobijani nalazi koji su ukazivali da i unipolarno depresivni pacijenti (Gemar, Segal, Sagrati, & Kennedy, 2001; Franck & De Raedt, 2007; Franck, De Raedt i De Houwer, 2008; Glashouwer i de Jong, 2010) i bipolarno depresivni pacijenti (Jabben, de Jong, Kupka, Glashouwer, Nolen i Penninx, 2013; Jones i sar., 2005) i paranoidne osobe (McKay et al., 2007; Valiente et al., 2011; Moritz et al., 2006) demonstriraju niže samopoštovanje od kontrolne grupe, kada se primjenjuju implicitne mjere.

Kada se grupe posmatraju nezavisno od simptoma depresivnosti, tj. kada se kliničke i kontrolna grupa ujednače po depresivnosti, između grupa nisu pokazane značajne razlike, što nije u

saglasnosti s našim početnim pretpostavkama. Naime, mi smo očekivali da će kliničke grupe pokazati značajno niže implicitno samopoštovanje u poređenju s kontrolnom grupom, nezavisno od depresivne simptomatologije.

U analizi bez kovarijata, pokazano je da kontrolna grupa ima značajno veće implicitno samopoštovanje od aktuelno unipolarne i bipolarnu depresivnih pacijenata (ne i od paranoidnih osoba). Ovaj nalaz nam, dakle, sugerira da je nisko implicitno samopoštovanje u vezi sa depresivnom simptomatologijom. Rezultat je za očekivati jer upućuje da osobe koje se nalaze u aktuelnoj depresivnoj epizodi vrše preferenciju širih negativnih i užih pozitivnih atributa. To dalje znači da ove osobe smatraju da se njihove negativne osobine mogu generalizovati na širok opseg ponašanja, što nije slučaj sa pozitivnim atributima. To je u skladu sa tzv. kognitivnom trijadom - depresivne osobe vide negativno sebe, svijet i budućnost (Beck, 1967). Ovaj nalaz potvrđuje negativno viđenje sebe kod depresivnih pacijenata, i to na polunesvjesnom nivou.

Interesantan je svakako i nalaz da paranoidni pacijenti ne pokazuju razliku u odnosu na kontrolnu grupu po pitanju implicitnog samopoštovanja ni sa niti bez kontrole nivoa depresivnosti. Iako smo našu pretpostavku o implicitnom samopoštovanju kod paranoidnih pacijenata zasnovali na osnovu Bentallove teorije (Bentall et al., 2001), kao i na osnovu istraživanja koja govore da ovi pacijenti demonstriraju niže implicitno samopoštovanje od opšte populacije (McKay et al., 2007; Valiente et al., 2011; Moritz et al., 2006), postoje i studije koje, poput nas, nisu pokazale razlike između paranoidnih i opšte populacije primjenom implicitnih mjera pri mjerenju samopoštovanja (Kesting et al., 2011; MacKinnon et al., 2011). Međutim, u posljednje vrijeme sve je više studija koje pokazuju da paranoidne pacijente karakteriše nestabilno implicitno samopoštovanje (Thewissen et al., 2008; Jones et al., 2010; Palmier-Claus et al., 2011; Thewissen et al., 2011). To može biti jedan od razloga tako neusaglašenih nalaza kada je riječ o implicitnom samopoštovanju kod paranoidnih osoba. S obzirom na neusaglašenost nalaza koji se dobijaju za ove pacijente po pitanju implicitnog samopoštovanja, očigledno je da istraživanja detaljnije treba da se pozabave ovom tematikom u cilju dobijanja što preciznijih odgovora. Prisjetimo se da smo i mi, ispitujući organizaciju self-šeme preko interstimulusnih distanci, dobili nalaz da su pozitivni aspekti šeme kod paranoidnih pacijenata slabo konsolidovani. Nalazi vezani za implicitno samopoštovanje ne upućuju na takav zaključak, što je još jedan dokaz da lingvistička pristrasnost i konsolidovanost kognitivne šeme pristupaju različitim aspektima dubljih nivoa kognitivne arhitekture.

Zaključak o specifičnosti implicitnog samopoštovanja. Naša studija pokazuje da je kod aktuelno unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata niže implicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu vezano za depresivnu simptomatologiju. Kod paranoidnih pacijenata nisu pronađene razlike u nivou implicitnog samopoštovanja u odnosu na kontrolnu grupu.

4. 1. 3. Eksplicitno samopoštovanje

Prilikom ispitivanja razlika između pacijenata u aktuelnoj epizodi (unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti, kao i paranoidne osobe) i kontrolne grupe, prepostavili smo da aktuelno depresivni pacijenti (i unipolarno i bipolarno) imaju značajno niže eksplicitno samopoštovanje od paranoidnih osoba i kontrolne grupe. Tu pretpostavku smo izveli na osnovu istraživanja koja mahom pokazuju da aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno niže eksplicitno samopoštovanje od opšte populacije (Abramson et al., 2002; Alloy et al., 1997; Ingram et al., 1998; Hill et al., 1989; Hollon et al., 1986). Sa druge strane, pretpostavku da paranoidni pacijenti neće pokazati značajne razlike u odnosu na opštu populaciju po eksplicitnom samopoštovanju smo zasnovali na Bentallovoj teoriji (Bentall i sar., 2001) po kojoj osobe sa sumanutim idejama proganjanja nastoje da izbjegnu aktiviranje negativnih vjerovanja o sebi pripisujući uzroke prijetećih događaja akcijama drugih ljudi. Shodno tome, pretpostavljeno je da će osobe s idejama proganjanja pokazati normalan ili čak vrlo visok skor na eksplicitnim mjerama samopoštovanja, dok će na implicitnim mjerama samopoštovanja demonstrirati izuzetno nizak skor (Bentall, 1994; Kinderman, 1994). Ipak, istraživanja mahom pokazuju da paranoidni pokazuju niže eksplicitno samopoštovanje u poređenju sa opštom populacijom (McKay et al., 2007; Vazquez et al., 2008; Combs et al., 2009; Kesting et al., 2011; MacKinnon et al., 2011; Merrin et al., 2007; Moritz et al., 2006) dok u nešto manjem broju istraživanja nije nađena značajna razlika u odnosu na kontrolnu grupu (Valiente et al., 2011; Fornells-Ambrojo & Garety, 2009; Lyon et al., 1994; McCulloch et al., 2006). Poslednji talas istraživanja persekucija govori o tome da je nestabilno eksplicitno samopoštovanje, prije nego generalno nisko samopoštovanje, ono što je ključan faktor u formiranju persekucija (Bentall et al., 2001; Kesting et al., 2013; Thewissen et al., 2007; Thewissen et al., 2008).

Kada se grupe posmatraju nezavisno od simptoma depresivnosti, tj. kada kliničke i kontrolnu grupu ujednačimo po depresivnosti, pokazano je da čak unipolarno depresivni pacijenti pokazuju veće eksplicitno samopoštovanje od kontrolne grupe, dok bipolarni pacijenti pokazuju statistički neznčajne razlike u odnosu na kontrolnu grupu. Ovaj neobični nalaz smo objasnili kao artefakt statistike tj. kovarijat je u visokoj korelaciji sa samopoštovanjem pa je možda odvuкао na neki način varijansu. Paranoidni pacijenti su takođe pokazali veće eksplicitno samopoštovanje od kontrolne grupe.

Kada u analizu nije ubačen kovarijat, pokazano je da paranoidni pacijenti i kontrolna grupa pokazuju značajno veće eksplicitno samopoštovanje od aktuelno depresivnih pacijenata (unipolarno i bipolarno), kako smo i pretpostavili. Dakle, aktuelno depresivne osobe sebe opisuju značajno više negativnim atributima nego pozitivnim, što još jednom potvrđuje da ove osobe sebe doživljavaju negativno na svjesnom nivou. To je u skladu s tzv. depresivnom kognitivnom trijadom (negativno viđenje sebe, svijeta i budućnosti) koja je karakteristična za depresivnu epizodu (Beck, 1967). S obzirom da je ovakav nalaz dobijen samo kada depresiju nismo držali pod kontrolom, možemo da iznesemo pretpostavku da je nisko eksplicitno samopoštovanje u vezi sa depresivnom simptomatologijom. To je u skladu s našim početnim pretpostavkama.

Paranoidne osobe se ne razlikuju od kontrolne grupe po eksplicitnom samopoštovanju. Ovakav nalaz je u saglasnosti sa Bentallovom teorijom (Bentall et al., 2001). Kao što je već napomenuto, spomenuti autori polaze od premise da je personalno atribuiranje negativnih događaja (tj. pripisivanje drugim ljudima uzrok negativnih događaja) zapravo defanzivni manevar kojim se ove osobe brane od latentno negativne slike o sebi. Stoga je pretpostavka da će na eksplicitnim mjerama pokazati visoko samopoštovanje jer tu svjesno mogu da upravljaju svojim odgovorima. To što istraživanja često ne demonstriraju ovakav nalaz, Bentall objašnjava kao odraz nemogućnosti ovih osoba da konstantno održavaju sliku o sebi personalnim atribuiranjem negativnih događaja. Povremeno defanzivni mehanizam popusti i dolazi do manifestacije negativne self-šeme.

Zaključak o specifičnosti eksplicitnog samopoštovanja. Naša studija pokazuje da aktuelno unipolarno i bipolarno depresivni imaju značajno niže eksplicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu. Ovakvo samopoštovanje je u vezi sa depresivnom simptomatologijom. Kod

paranoidnih pacijenata je pokazano veće eksplicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu, kada se depresivnost drži pod kontrolom, dok kada u analizi nema ovog kovarijata, razlika između paranoidnih pacijenata i kontrolne grupe nije značajna.

4. 1. 4. Disfunkcionalna uvjerenja

Sadržaj depresivne šeme smo ispitivali preko disfunkcionalnih uvjerenja koja imaju formu „Ako...onda“ rečenica. Osoba vjeruje da njena vrijednost i sreća zavise od toga koliko uspijeva da zadovolji kriterijume koje je sama sebi postavila. Npr. osoba vjeruje da vrijedi samo ukoliko je prihvaćena od strane drugih ili samo ako doživljava uspjehe. Sve dok individua vjeruje da zadovoljava sopstvene kriterijume samovrednovanja, ona neće iskusiti depresiju. Tek u situaciji kada zahtjev koji pojedinac ima nije ispunjen (npr. doživi neuspjeh), kao posledica se najčešće javlja depresivna epizoda (Beck, 1983). Kada su u pitanju disfunkcionalni stavovi, pretpostavili smo da će kliničke grupe pokazati značajno više disfunkcionalnosti od kontrolne grupe. Ovakvu pretpostavku smo zasnovali na rezultatima istraživanja koja su pokazala da unipolarno depresivni pacijenti (Alloy et al., 1997; Brown et al., 1995; Hankin et al., 2004), bipolarno depresivni pacijenti (Hill et al., 1989; Hollon et al., 1986) i paranoidne osobe (Lincoln et al., 2010; Moorhead et al., 2005) demonstriraju značajno više disfunkcionalnih uvjerenja od opšte populacije. Pretpostavka slijedi i iz teorijskih postavki autora koji tvrde da paranoidni i bipolarni pacijenti takođe imaju depresivnu kognitivnu šemu, jer disfunkcionalna uvjerenja proizilaze iz nje.

U našem istraživanju nisu pokazane značajne razlike u prisustvu disfunkcionalnih stavova između pacijenata u aktuelnoj epizodi i kontrolne grupe, kada se grupe posmatraju nezavisno od simptoma depresivnosti, tj. kada se kliničke i kontrolna grupa ujednače po depresivnosti.

Kada je urađena analiza bez kovarijata – nivoa depresivnosti, među grupama su demonstrirane značajne razlike. Naime, kada su u pitanju *disfunkcionalnosti vezane za postignuće* sve kliničke

grupe ih imaju u značajno većoj mjeri od kontrolne grupe; *disfunkcionalnosti vezane za zavisnost* imaju značajno više aktuelno depresivni pacijenti (unipolarno i bipolarno) u odnosu na kontrolnu grupu, dok sa paranoidnim osobama to nije slučaj; *disfunkcionalnosti vezane za kontrolu* ponovo imaju značajno više izražene sve kliničke grupe u odnosu na kontrolnu grupu. Dakle, slično kao sa samopoštovanjem, i ovdje smo pokazali da su disfunkcionalnosti u vezi sa depresivnom simptomatologijom. Ovaj nalaz nije u skladu s našim početnim pretpostavkama. Naime, mi smo se rukovodili izvornim Beckovim modelom (Beck, 1967) po kom je u aktuelnoj epizodi aktivirana inače latentna depresivna self-šema. Sadržaj depresivne self-šeme čine disfunkcionalnosti koje se tiču sebe, svijeta i budućnosti. S obzirom na to, dalo se očekivati da će disfunkcionalnosti biti izražene kod pacijenata i u analizi gdje depresivnost držimo pod kontrolom. S obzirom da se to nije desilo, već su disfunkcionalnosti prisutne kada se depresivnost nije držala pod kontrolom, možemo izvesti zaključak da su disfunkcionalnosti u vezi sa depresivnom simptomatologijom.

Većina studija nad depresivnim pacijentima (Brown et al., 1995; D'Alessandro & Burton, 2006; Hankin et al., 2004; Joiner et al., 1999; Kwon & Oei, 1992; Reilly-Harrington et al., 1999) pokazuje da disfunkcionalnosti postoje za vrijeme aktuelne epizode, što autori često interpretiraju kao posledicu aktivirane šeme a ne odraz depresivnih simptoma. U ovim studijama mahom depresivnost nije držana pod kontrolom a mi smo mišljenja da je to nužan uslov da bi se mogao iznijeti prethodni zaključak. Stoga je naš predlog za istraživače koji se u budućnosti budu bavili ovom temom da u svojim analizama kontrolišu nivo depresivnosti na neki način. Dakle, naša studija pokazuje da je depresivna simptomatologija u vezi sa tendencijom aktuelno depresivnih osoba (unipolarno i bipolarno) da procjenjuju svoju vrijednost naspram postignuća koje ostvaruju, naspram toga koliko ih drugi prihvataju i naspram stepena kontrole koji imaju. To bi moglo da znači da ove disfunkcionalnosti zapravo nisu sadržaj depresivne šeme već predstavljaju maladaptivna uvjerenja koja se javljaju nakon što je šema aktivirana, što ne dovodi u pitanje Beckov model (Beck, 1967) već prije može da se postavi pitanje da li upitnik DAS mjeri sadržaje disfunkcionalne šeme ili maladaptivna uvjerenja koja su više svjesna? O disfunkcionalnim uvjerenjima koja su sadržana u DAS-u se često govori kao o pogrešnim interpretacijama na nivou organizacije pa se nivo za koji je karakteristično ovakvo razmišljanje zove međunivoom (nivo između šeme i produkata aktivirane šeme) koji je samim tim bliže svijesti (Beck & Dozois,

2011). Posredno možemo da zaključimo da autori (Dozois & Beck, 2008) smatraju da su uslovna uvjerenja, koja predstavljaju ajteme upitnika DAS, zapravo vrsta strategije kojom se osoba brani od suštinski negativnih sržnih uvjerenja, koja čine sadržaj depresivne šeme. Dok su uslovi zadovoljeni (ako sam voljen/a), osoba nije depresivno raspoložena (mogu biti srećan/a). Dakle, ovim upitnikom se preko misli koje su više svjesne, zaključuje posredno o sadržaju depresivne šeme. Otuda je vjerovatno potrebno da je osoba već depresivno raspoložena da bi se preko svjesnih proizvoda moglo zaključiti o sržnim disfunkcionalnim uvjerenjima. O ovoj temi će još biti riječi u poglavlju o stabilnosti disfunkcionalnih uvjerenja.

Kod paranoidnih pacijenata su pokazane disfunkcionalnosti vezane za postignuće i kontrolu u većoj mjeri nego kod kontrolne grupe, dok su disfunkcionalnosti vezane za zavisnost manje izražene nego kod kontrolne grupe. Dakle, prema našim nalazima, paranoidne osobe svoju vrijednost dovode u vezu s postignućem koje postižu i s kontrolom koju ostvaruju. Veći broj studija je pokazao da paranoidni pacijenti pokazuju veći skor za autonomiju (svoju vrijednost dovode u vezu sa postignućem) od kontrolne grupe (Bentall & Swarbrick, 2003; Bentall et al., 2009; Morse, Robins & Gittles-Fox, 2002) ali je ujedno u prve dvije navedene studije pokazano da taj trend nestaje kada se uključi depresivnost kao kovarijat u analizu, što se pokazalo i u našoj studiji. Dakle, depresivna simptomatologija je ta koja stvara razliku po pitanju disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća kod paranoidnih osoba u odnosu na kontrolnu grupu. Nalaz da paranoidne osobe ne povezuju svoju vrijednost s procjenom od strane drugih ljudi je u saglasnosti s jednom studijom (Bentall et al., 2009), mada veći broj istraživanja pokazuje da ove osobe zapravo imaju izražene disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti (Lincoln et al., 2010; Moorhead et al., 2005). Izražene disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća i kontrole, s jedne strane, a ujedno odsustvo disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti, s druge strane, kod akutno paranoidnih osoba u našem istraživanju možemo dovesti u vezu sa nalazima koji ukazuju da je paranoidnost u vezi sa izbjegavajućim-odbacujućim oblikom afektivne vezanosti (Dozier & Lee, 1995; Dozier, Stevenson, Lee & Velligan, 1991) i generalno je karakteriše nepovjerenje prema drugima pa je i za očekivati da u toku epizode budu dominantnije disfunkcionalnosti koje se u vezi sa autonomijom a manje dominantne disfunkcionalnosti koje se tiču sociotropije (vrednovanje sebe naspram prihvatanja od strane drugih). Takođe, svakako treba dovesti nalaze u vezu sa razlikom između „jadan ja“ i „loš ja“ paranoje (Trower & Chadwick, 1995). Ovi autori izvještavaju da

„jadan ja“ paranoju karakteriše nesigurnost i samopoštovanje koje zavisi od prihvatanja od strane drugih (sociotropija) a „loš ja“ paranoju karakteriše otuđenost i samopoštovanje koje zavisi od uspjeha u karijeri i stepena nezavisnosti u odnosu na druge ljude (autonomija). Shodno tome, možemo pretpostaviti da su naš uzorak paranoidnih osoba činili pretežno pacijenti sa „loš ja“ paranojom. Ovdje se može raditi i o kulturološkoj specifičnosti.

Zaključak o specifičnosti disfunkcionalnih uvjerenja. Naša studija je pokazala da su kod aktuelno unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata prisutne disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća, zavisnosti i kontrole, u značajno većoj mjeri nego kod kontrolne grupe, i da su ove disfunkcionalnosti u vezi sa depresivnom simptomatologijom. Kod paranoidnih pacijenata su prisutne disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća i kontrole, u značajno većoj mjeri nego kod kontrolne grupe, a takođe su u vezi sa nivoom depresivnosti, tako da se razlika gubi kada se grupe ujednače po depresivnosti.

4. 1. 5. Depresivna pristrasnost

Po Becku (Beck, 1967) depresivna šema se aktivira dejstvom negativnog životnog događaja, stimulusa ili usled hormonske promjene. Aktiviranje šeme dovodi do depresivne pristrasnosti prilikom procesiranja informacija tj. osoba usmjerava pažnju na negativan sadržaj, interpretira informacije na negativan način, pobuđuje iz memorije negativna sjećanja. I dok je po Becku šema latentna kad nema okidača u spoljašnjosti, Wenzlaff (Wenzlaff & Bates, 1998) smatra da se u remisiji vrši supresija depresivnog sadržaja. Prilikom dejstva kognitivnog opterećenja ili afekta, dolazi do popuštanja supresije, čime se aktivira i depresivna pristrasnost prilikom procesiranja informacija. Mi smo ispitivali sklonost ispitanika da sadržaj protumače na negativan način, u uslovima bez kognitivnog opterećenja i u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje.

Očekivali smo da će aktuelno depresivni pacijenti (i unipolarno i bipolarno) demonstrirati depresivnu pristrasnost i pod dejstvom kognitivnog opterećenja, i bez dejstva. Ovu pretpostavku smo zasnovali na osnovu prethodnih istraživanja (Alloy et al., 1999; Lyon et al., 1999; Miklowitz, Alatiq, Geddes, Goodwin, & Williams, 2010; Rude et al., 2002; Watkins & Moulds, 2007; Wenzlaff & Bates, 1998). Kod paranoidnih osoba smo očekivali iskrivljenu, negativnu, obradu informacija samo pod dejstvom kognitivnog opterećenja. Ovu hipotezu smo zasnovali na Bentallovoj teoriji (Bentall et al., 2001) prema kojoj paranoidne osobe nastoje da izbjegnu aktiviranje negativnih vjerovanja o sebi pripisujući uzroke prijetućih događaja akcijama drugih ljudi. Ipak, usled nemogućnosti ovih osoba da konstantno održavaju sliku o sebi personalnim atribuiranjem negativnih događaja, povremeno defanzivni mehanizam popusti i dolazi do manifestacije negativne self-šeme. Otuda smo pretpostavili da će u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje, popustiti mehanizmi koji održavaju pozitivnu sliku o sebi kod paranoidnih osoba i da će se manifestovati depresivna pristrasnost pri obradi informacija.

Međutim, kada se grupe posmatraju nezavisno od simptoma depresivnosti, tj. kada se kliničke i kontrolna grupa ujednače po depresivnosti, u našoj studiji nije pokazana značajna razlika između pacijenata u aktuelnoj epizodi i kontrolne grupe. Jedino je demonstrirano da sve grupe (i kliničke grupe i kontrolna grupa) pokazuju veću depresivnu pristrasnost u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje u odnosu na situaciju kada ne djeluje kognitivno opterećenje. Ovaj nalaz bi nam mogao ukazati na to da u nekoj mjeri svi ljudi vrše supresiju. Još je Freud (1915) govorio o ljudskoj tendenciji da izbjegavaju neprijatne mentalne sadržaje. On je o tome govorio kao o mehanizmu odbrane koji je nazvao potiskivanje (represija) i za koji je karakteristično da se odvija na nesvjesnom planu, nasuprot supresiji koja može biti i svjesna i namjerna. Glavna funkcija potiskivanja je da spriječi prodor neprijatnih sadržaja u svijest.

U analizi bez kovarijata – nivoa depresivnosti, postoje razlike među grupama po depresivnoj pristrasnosti generalno (dakle, nezavisno od toga da li djeluje kognitivno opterećenje ili ne). Unipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno veću depresivnu pristrasnost u odnosu na sve ostale grupe, a bipolarni i paranoidni pacijenti u odnosu na kontrolnu grupu. Dakle, naši nalazi sugerišu da su depresivni simptomi u vezi sa negativnom pristrasnošću pri procesiranju podataka.

Nalaz za unipolarno i bipolarno depresivne pacijente je u skladu s očekivanjima. Naime, po Becku (Beck, 1967), u depresivnoj epizodi šema je aktivna, što rezultira maladaptivnim procesiranjem informacija. Po Wenzlaffu (Wenzlaff & Bates, 1998), tada ne djeluje supresija pa se procesiranje informacija vrši na depresivan način bez obzira na to da li djeluje ili ne djeluje kognitivno opterećenje. Kada smo držali depresivnost pod kontrolom, dobijeno je da se ostvaruje veća depresivna pristrasnost kada djeluje kognitivno opterećenje nego kad ono ne postoji, što nam ukazuje da supresija postoji i u epizodi. Međutim, aktiviranjem depresivne šeme i pojavom depresivnih simptoma, ona popušta, što rezultira depresivnom pristrasnošću u obradi informacije bez obzira na to da li je prisutno kognitivno opterećenje ili ne. Dakle, prema našim nalazima, depresivna simptomatologija je u vezi sa depresivnom pristrasnošću, pa se pristranost ispoljava bez cenzure kada su prisutni depresivni simptomi.

I kod paranoidnih osoba je pokazano depresivno procesiranje informacija, bez obzira na to da li je prisutno kognitivno opterećenje ili ne, kada se depresivnost nije držala pod kontrolom. To bi značilo da je depresivna simptomatologija kod ove grupe pacijenata takođe u vezi sa pristrasnošću prilikom obrade informacija. Mi smo očekivali da će se to dogoditi samo u situaciji sa kognitivnim opterećenjem. Međutim, analiza sa kovarijatima je pokazala da se u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje ipak postiže veća depresivna pristrasnost nego u situacija bez opterećenja. To bi značilo da i kod ovih pacijenata djeluje supresija u epizodi, ali je u vezi sa depresivnim simptomima, pa kad su depresivni simptomi prisutni, osobe se ponašaju poput depresivnih pacijenata po pitanju obrade informacija. Depresivni simptomi su, prema Chadwicku i Troweru (Chadwick & Trower, 1997), prisutni naročito kod „loš ja“ paranoje. Podsjetimo, kod paranoidnih pacijenata smo dobili i zastupljenost disfunkcionalnih uvjerenja koja se tiču postignuća, što je takođe karakteristično za „loš ja“ paranoju. To nas dovodi do pretpostavke da su naš uzorak paranoidnih pacijenata činile pretežno osobe sa ovim tipom paranoje. Nalaz koji se tiče depresivne pristrasnosti kod ovih pacijenata upućuje i na to da depresivna pristrasnost vjerovatno izostaje kada kod paranoidnih pacijenata nema depresivnih simptoma. Tada vjerovatno supresija uspješno djeluje.

Zaključak o specifičnosti depresivne pristrasnosti. Naša studija pokazuje da supresija djeluje kod svih grupa kada nisu prisutni depresivni simptomi. Međutim, kada su prisutni depresivni simptomi, prisutna je depresivna pristrasnost prilikom procesiranja informacija kod svih kliničkih grupa: aktuelno unipolarno i bipolarno depresivnih, kao i paranoidnih pacijenata.

4. 2. Stabilnost kognitivne self-šeme

4. 2. 1. Organizacija kognitivne self-šeme

Na osnovu Beckove teorije (Beck, 1967), može se izvući pretpostavka da ne bi trebalo da postoje značajne razlike u strukturi negativne i pozitivne self-šeme između aktuelno unipolarno depresivnih pacijenata i pacijenata u remisiji. I kod jednih i kod drugih bi trebalo da bude značajno više konsolidovana negativna self-šema nego kod kontrolne grupe. Sa druge strane, aktuelno unipolarno depresivni pacijenti, kao i pacijenti u remisiji, trebalo bi da pokažu značajno manje konsolidovanu pozitivnu self-šemu u odnosu na kontrolnu grupu. Kada je riječ o ovim pacijentima, postoje istraživanja koja su koristila metod ispitivanja kao u našoj studiji i pokazala su stabilnost negativne self-šeme i u remisiji, dok to nije pokazano za pozitivnu self-šemu (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois, 2007). Tačnije, dok u aktuelnoj epizodi postoji značajno veća povezanost negativnih self-relevantnih informacija, a manja povezanost pozitivnih self-relevantnih informacija nego kod kontrolne grupe, u remisiji je organizacija pozitivnih informacija drugačija (distance između pozitivnih samoopisnih atributa postaju značajno manje u odnosu na one u aktuelnoj epizodi), dok organizacija negativnih ostaje stabilna u toku vremena (distance između negativnih samoopisnih atributa, posebno interpersonalnih, ostaju značajno manje u poređenju s kontrolnom grupom). Samim tim, ovi autori na osnovu svojih nalaza iznose pretpostavku da nije stabilnost self-šeme (i pozitivne i negativne) ono što je potencijalni faktor vulnerabilnosti za depresiju već da se organizacija samo negativnih self-relevantnih informacija može smatrati faktorom vulnerabilnosti za depresiju (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois, 2007). Mi smo svoje pretpostavke u ovom istraživanju zasnovali na dobijenim nalazima upravo

predstavljenih istraživanja. Dakle, pretpostavili smo stabilnost negativne self-šeme, ne i pozitivne, kod unipolarno depresivnih pacijenata. Kada su u pitanju bipolarni pacijenti, nisu nam poznata istraživanja koja su ispitivala kognitivnu šemu kod ovih pacijenata preko interstimulusne distance, ali zato postoje studije gdje je šema ispitivana primjenom nekih drugih implicitnih mjera. Te studije pokazuju da bipolarni u remisiji demonstriraju negativnu sliku o sebi sličnu onoj kod aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata (Winters & Neale, 1985; Rosenfarb et al., 1998, Scott et al., 2000; Alloy et al., 2005), što posredno govori u prilog hipotezi o stabilnosti depresivne self-šeme tokom vremena. Stoga smo, vođeni nalazima prethodno spomenutih studija, pretpostavili da će bipolarne osobe pokazati stabilnost depresivne šeme tokom vremena. Tačnije, pretpostavili smo da će poput unipolarno depresivnih pacijenata, pokazati stabilnost negativne self-šeme tokom vremena, ne i pozitivne.

U ovom istraživanju, iznešene pretpostavke su samo djelimično podržane.

4. 2. 1. 1. Organizacija kognitivne self-šeme kod unipolarne depresije

Naši rezultati pokazuju da *i negativna i pozitivna kognitivna self-šema* pokazuju nestabilnost kod unipolarno depresivnih osoba tj. negativna šema je manje konsolidovana a pozitivna šema je više konsolidovana kod pacijenata u remisiji u odnosu na aktuelno depresivne pacijente, a osobe u remisiji se ne razlikuju u odnosu na kontrolnu grupu.

Naime, kod grupe u remisiji distance između *negativnih interpersonalnih atributa* su veće u odnosu na one kod pacijenata u aktuelnoj epizodi, a ne razlikuju se značajno u odnosu na one kod kontrolne grupe. Pacijenti u remisiji pokazuju značajno veće distance i između *negativnih atributa koji se tiču postignuća* u odnosu na aktuelno unipolarno depressive pacijente, ali i u odnosu na kontrolnu grupu. Gledano zajedno, dakle, kada se se posmatraju distance između svih negativnih atributa (i interpersonalnih i onih koji se tiču postignuća), *negativna šema* pokazuje nestabilnost jer je mnogo manje konsolidovana kod pacijenata u remisiji u odnosu na negativnu

šemu kod aktuelno depresivnih pacijenata. Osobe u remisiji ne pokazuju razliku u odnosu na kontrolnu grupu po konsolidovanosti negativne šeme.

Distance između *pozitivnih interpersonalnih atributa* kod osoba u remisiji su manje u odnosu na one kod grupe u aktuelnoj epizodi, kao i u odnosu na distance kod kontrolne grupe (s tim da, prema našim rezultatima, aktuelno unipolarno depresivni pacijenti i kontrolna grupa nisu pokazali razlike u distancama među sobom kada se radi o interpersonalnim pozitivnim atributima). Distance između *pozitivnih atributa koji se tiču postignuća* kod pacijenata u remisiji su manje u odnosu na one u aktuelnoj epizodi, ali su i dalje veće u odnosu na distance kod kontrolne grupe. Dakle, iako je pozitivna šema koja se tiče postignuća kod pacijenata u remisiji više konsolidovana nego kod aktuelno depresivnih pacijenata, ne pokazuje onoliku konsolidovanost kao kontrolna grupa. Gledano zajedno, dakle, kada se posmatraju distance između svih pozitivnih atributa (i interpersonalnih i onih koji se tiču postignuća), *pozitivna šema* pokazuje nestabilnost jer je mnogo više konsolidovana kod pacijenata u remisiji u odnosu na pozitivnu šemu kod aktuelno depresivnih pacijenata. Pacijenti u remisiji ne pokazuju razliku u odnosu na kontrolnu grupu po konsolidovanosti pozitivne šeme.

Dakle, naša studija je pokazala da kognitivna self-šema kod unipolarno depresivnih pacijenata nije stabilna u toku vremena. To nije u skladu sa Beckovom teorijom (Beck, 1967) iz koje se može zaključiti da organizacija self-šeme ostaje stabilna ali latentna tokom vremena, a pobuđuje se dejstvom negativnog životnog događaja ili drugim stimulusima. Takođe, nije u skladu s nalazima koji su pokazali da je negativna self-šema stabilna i da je zapravo ona faktor vulnerabilnosti za novu depresivnu epizodu, a po kojima smo mi i zasnovali svoje pretpostavke (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois, 2007). Nalaz o nestabilnosti pozitivne self-šeme se preklapa s nalazima navedenih studija. Veću konsolidovanost pozitivne šeme autori dovode u vezu sa nestankom depresivnih simptoma, i ulaskom pacijenata u remisiju.

Prema našim nalazima, self-šema kod pacijenata u remisiji jeste drugačija, u smislu veće konsolidovanosti pozitivne šeme a manje konsolidovanosti negativne šeme u odnosu na organizaciju šeme u aktuelnoj epizodi, čime ona pokazuje sličnost sa šemom kod kontrolne grupe. Jedno od mogućih objašnjenja jeste da je nestabilnost self-šeme ono što razlikuje depresivne osobe od opšte populacije i možda depresivni pacijenti ne uspijevaju da zadrže istu

(povoljnu za sebe) organizaciju negativnog i pozitivnog sadržaja unutar self-šeme prilikom djelovanja negativnih događaja, pa ih to uvodi u depresivnu epizodu. Kontrolnu grupu vjerovatno da ne karakterišu tako krupne promjene na nivou organizacije self-šeme, usled čega su negativne reakcije na loše događaje značajno kratkotrajnije i manje intenzivne nego kod depresivnih osoba. Ipak, da bi sa većom sigurnošću izveli ovaj zaključak, trebalo bi sprovesti longitudinalnu studiju gdje bi pratili istovremeno osobe vulnerabilne za depresiju i opštu populaciju. Kako nestabilnost negativne šeme nije pokazana u studijama koje su rađene nad američkim ispitanicima (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois, 2007), razlika u dobijenim rezultatima može biti i posledica razlika u kulturi.

Čine nam se naročito interesantnim nalazi koji smo dobili za unipolarne depresivne pacijente a koji se odnose na *šemu koja se tiče postignuća*. Naime, negativan aspekt ove šeme izrazito je nestabilan (kod pacijenata u remisiji distance su veće ne samo u odnosu na one kod aktuelno depresivnih pacijenata, već i u odnosu na one kod kontrolne grupe). Kao što je već rečeno u prethodnom tekstu, upravo nestabilna organizacija sadržaja i može biti u vezi sa depresivnim epizodama. Sa druge strane, pozitivan aspekt šeme koja se tiče postignuća iako je više konsolidovan nego kod aktuelno depresivnih osoba, i dalje je manje konsolidovan nego kod kontrolne grupe. To bi značilo da i pacijenti u aktuelnoj depresivnoj epizodi i pacijenti u remisiji teže pobuđuju pozitivne atribute o sebi u situacijama kada doživljavaju neki neuspjeh, u poređenju sa kontrolnom grupom. Ovaj nalaz nas može uputiti na ideju da se ovdje radi o faktoru vulnerabilnosti za narednu depresivnu epizodu kod ovih pacijenata. Međutim, ovako organizovana pozitivna šema koja se tiče postignuća može biti i “zaostavština” (koja se vremenom može povući) ili, pak, trajni “ožiljak” od prethodne depresivne epizode. Jasniju sliku bi svakako pružile longitudinalne studije koje bi pratile unipolarne osobe, kako u samim epizodama, tako i u periodu remisije. Treba napomenuti i da je velika većina naših ispitanika primalo samo farmakoterapiju. Dozois i sar. (2009) su pokazali da samo zajedničkom primjenom farmakoterapije i psihoterapije (konkretno, kognitivno-bijevioralne terapije) dolazi do potpune reorganizacije kognitivne šeme, u pravcu veće konsolidovanosti pozitivnih aspekata, a manje konsolidovanosti negativnih aspekata. Ovakav rezultat za šemu koja se tiče postignuća može biti i posledica uzorka. Moguće je da su naš uzorak unipolarne depresivnih činili pacijenti koje karakteriše autonomna depresija (čemu u prilog ide i to što pokazuju značajno više

disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća od disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti). Autonomna depresija može biti i posledica kulturoloških specifičnosti (visoka stopa nezaposlenosti, niži standard života i sl.).

4. 2. 1. 2. Organizacija kognitivne self-šeme kod bipolarnih pacijenata

Kod bipolarnih pacijenata *i pozitivna i negativna kognitivna self-šema* pokazuju nestabilnost, s tim da je negativna šema kod pacijenata u remisiji manje konsolidovana od ove šeme kod aktuelno depresivnih osoba i kod kontrolne grupe, dok je pozitivna šema takođe manje konsolidovana nego kod pacijenata u aktuelnoj depresivnoj epizodi i kod kontrolne grupe.

Aktuelno bipolarno depresivni pacijenti pokazuju značajno manje distance između negativnih atributa (*i interpersonalnih i onih koji se tiču postignuća*) u odnosu na kontrolnu grupu, dok bipolarni pacijenti u remisiji pokazuju značajno veće distance između ovih atributa kako od pacijenata u aktuelnoj depresivnoj epizodi, tako i od kontrolne grupe. Dakle, analize su pokazale da je *negativna self-šema* kod bipolarnih pacijenata u remisiji manje konsolidovana u odnosu na pacijente u aktuelno depresivnoj epizodi, ali i u odnosu na kontrolnu grupu. Time negativna šema kod ovih pacijenata pokazuje izrazitu nestabilnost.

Sa druge strane, kod bipolarnih pacijenata u remisiji *pozitivna interpersonalna self-šema*, neočekivano, značajno je manje konsolidovana u odnosu na šemu kod aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, kao i kod kontrolne grupe (interesantno je da aktuelno bipolarno depresivni pacijenti i kontrolna grupa među sobom ne pokazuju razliku). *Pozitivna šema koja se tiče postignuća* je najmanje konsolidovana kod aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata; bipolarni pacijenti u remisiji pokazuju veću konsolidovanost, ali i dalje značajno manju nego kontrolna grupa. Gledano zajedno, dakle, kada se posmatraju distance između svih pozitivnih atributa (*i interpersonalnih i onih koji se tiču postignuća*), *pozitivna šema* pokazuje nestabilnost, s tim da je mnogo manje konsolidovana kod pacijenata u remisiji u odnosu na pozitivnu šemu kod

aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, kao i u odnosu na kontrolnu grupu. Ovaj nalaz je suprotan od naših očekivanja. Pacijenti u aktuelno bipolarnoj depresiji pokazuju, očekivano, manju konsolidovanost pozitivnog sadržaja od kontrolne grupe.

Dakle, suprotno našim očekivanjima, pokazano je da *negativna self šema* kod bipolarnih osoba jeste manje konsolidovana u periodu remisije nego što je to slučaj u aktuelnoj depresivnoj epizodi. Time smo odbacili pretpostavku da je negativna šema faktor vulnerabilnosti za depresivnu epizodu. Naši rezultati su pokazali da je ova šema izrazito nestabilna, jer pokazuje manje konsolidovan sadržaj i od kontrolne grupe. Kao što je napomenuto za sličan nalaz kod unipolarno depresivnih pacijenata, moguće je da ove pacijente karakteriše izuzetno nestabilna šema koja drastično mijenja svoju organizaciju (u pravcu veće konsolidovanosti) kada djeluju negativni događaji ili stimulusi, što osobu uvodi u depresivnu epizodu. Ponovo smo mišljenja da bi longitudinalne studije dale najpreciznije odgovore, pa je to ujedno i predlog za buduće istraživače koji se budu bavili ovom temom.

Pozitivna šema kod bipolarnih pacijenata se takođe pokazala nestabilnom ali ne u pravcu u kom smo očekivali. Iako aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, očekivano, imaju manju konsolidovanost pozitivnog sadržaja u odnosu na kontrolnu grupu, pacijenti u remisiji imaju ovu šemu manje konsolidovanu i od pacijenata u aktuelnoj depresivnoj epizodi, i od kontrolne grupe. Bipolarne osobe u remisiji naročito karakteriše nekonsolidovanost *interpersonalnog sadržaja*, mnogo veća u odnosu na aktuelno depresivne osobe i kontrolnu grupu. *Sadržaj koji se tiče postignuća*, iako jeste više konsolidovan kod osoba u remisiji nego kod aktuelno depresivnih pacijenata, i dalje je manje konsolidovan nego kod kontrolne grupe. S obzirom na dobijene nalaze, možemo pretpostaviti da bipolarne osobe u remisiji prilikom dejstva negativnog životnog događaja nemaju sposobnost pobuđivanja pozitivne self-šeme u mjeri kao što to može kontrolna grupa. Slabo umrežen pozitivan sadržaj dovodi do sporog i teškog pobuđivanja pozitivnih atributa, pa samim tim negativna šema, iako je takođe slabo konsolidovana može vjerovatno da se brže pobudi. Naročito velike distance se ostvaruju u pozitivnoj interpersonalnoj self-šemi što nas upućuje da će se ona i najteže onda aktivirati. Time svi okidači iz socijalne sfere mogu biti naročito opasni kao okidači za ulazak osobe u depresivnu epizodu. Ipak, uzimajući u obzir nedostatak istraživanja koja su self-šemi kod bipolarnih osoba pristupale na ovaj način, ovo je nalaz koji svakako treba provjeriti u narednim studijama. Nije isključeno da je ovakav nalaz

posledica specifičnosti uzorka (možda naše ispitanike karakteriše naročita osjetljivost na socijalno odbijanje – sociotropna depresija) ili se, pak, radi o kulturološkim specifičnostima. Takođe, ovakva organizacija pozitivne šeme može biti i “zaostavština” prethodne depresivne epizode ili “ožiljak” nakon iste. Najjasniju sliku bi svakako dale studije s longitudinalnim nacrtom.

Kako ne postoje istraživanja, koliko je nama poznato, koja su se bavila ispitivanjem organizacije self-šeme kod bipolarnih pacijenata na ovaj način, naše nalaze ne možemo direktno dovesti u vezu s drugim studijama pa tim prije ova tema ostaje otvorena za buduća istraživanja. Ona će najbolje pokazati da li bipolarne pacijente zaista karakteriše nestabilna negativna i pozitivna self-šema, kako smo mi pokazali. Naročito nam se čini interesantnim ispitivanje pozitivne šeme kod ovih pacijenta i provjera našeg nalaza o izuzetno velikoj nekonsolidovanosti ovog sadržaja u periodu remisije.

Zaključak o stabilnosti organizacije self šeme. Naši rezultati su pokazali da i unipolarno i bipolarno depresivne pacijente karakteriše nestabilna kognitivna self-šema. Unipolarno depresivni pacijenti u remisiji se ne razlikuju značajno od kontrolne grupe, a obje grupe karakteriše značajno manje konsolidovana negativna a značajno više konsolidovana pozitivna self-šema u odnosu na pacijente koji se nalaze u depresivnoj epizodi. Ipak, pozitivna šema koja se tiče postignuća je manje konsolidovana kod unipolarno depresivnih u remisiji u odnosu na kontrolnu grupu. Bipolarne pacijente karakteriše izuzetno slabo konsolidovana negativna self-šema u periodu remisije, u poređenju sa aktuelno depresivnim osobama, ali i u porđenju sa kontrolnom grupom. Ipak, pozitivna šema je kod bipolarnih u remisiji takođe značajno manje konsolidovana nego kod pacijenata u aktuelnoj depresivnoj epizodi i kontrolne grupe.

4. 2. 2. Implicitno samopoštovanje

Pošavši od hipoteze o stabilnosti implicitnog samopoštovanja kod depresivnih osoba, pretpostavili smo da će kod pacijenata u remisiji ono biti jednako kao kod pacijenata u epizodi, a ujedno niže u odnosu na kontrolnu grupu. Nalazi mahom pokazuju da je kod unipolarne depresivnih u remisiji prisutno nisko implicitno samopoštovanje (Gemar et al., 2001; Paelecke-Habermann, Pohl, & Lelow, 2005; Glashouwer & de Jong, 2010). Za bipolarne pacijente u remisiji, implicitne mjere najčešće ukazuju na nisko samopoštovanje (Winters & Neale, 1985; Rosenfarb et al., 1998, Scott et al., 2000; Alloy et al., 2005), iako postoje i studije koje ukazuju da je nestabilno, a ne nisko implicitno samopoštovanje kod bipolarnih pacijenata, faktor vulnerabilnosti za novu depresivnu epizodu (Knowles, Gilbourne, Tomlinson, & Anderson, 2007; Pavlova, Uher, Dennington, Wright, & Donaldson, 2011).

Naše analize su pokazale da unipolarne depresivne u remisiji imaju značajno veće implicitno samopoštovanje od aktualno unipolarne depresivne pacijenata, ali je ono i dalje manje nego kod kontrolne grupe. Bipolarni pacijenti koji se nalaze u remisiji imaju značajno veće implicitno samopoštovanje u odnosu na aktualno bipolarne depresivne pacijente, i ne pokazuju razlike u odnosu na kontrolnu grupu.

Dakle, suprotno našim očekivanjima, i unipolarne i bipolarne depresivne osobe pokazuju nestabilno implicitno samopoštovanje, s obzirom da obje grupe pacijenata imaju značajno veće implicitno samopoštovanje u remisiji u odnosu na ono u aktualnoj epizodi. Ipak, kod unipolarne depresivne je ono i dalje značajno niže nego kod kontrolne grupe. Dakle, iako ovi pacijenti značajno u remisiji manje preferiraju šire negativne i uže pozitivne samoopisne attribute u odnosu na uže negativne i šire pozitivne nego što je to sličaj sa aktualno unipolarne depresivnim pacijentima, ovakvi samoopisi su kod njih češće prisutni nego kod kontrolne grupe. To se može tumačiti kao faktor vulnerabilnosti za narednu depresivnu epizodu, ili, pak, kao “zaostavština” (koja je trenutna) ili “ožiljak” (koji je trajan) od prethodne depresivne epizode. Najtačnije objašnjenje ovakvog nalaza bi nam mogle pružiti buduće studije s longitudinalnim nacrtom. Kad je riječ o bipolarnim pacijentima, oni također pokazuju nestabilno implicitno samopoštovanje tj. ovi pacijenti u remisiji se ne razlikuju značajno od kontrolne grupe, dok u odnosu na aktualno

bipolarno depresivne pokazuju značajno veće samopoštovanje. Drugim riječima, u remisiji bipolarne osobe koriste, poput kontrolne grupe, značajno manje šire negativne i uže pozitivne u odnosu na šire pozitivne i uže negativne attribute, što je suprotan trend u odnosu na aktuelno bipolarno depresivne pacijente. Time se ovaj nalaz prije može dovesti u vezu sa studijama koje govore u prilog tome da su oscilacije u nivou implicitnog samopoštovanja, a ne nisko implicitno samopoštovanje, faktor vulnerabilnosti za depresivnu epizodu kod bipolarnih pacijenata (Knowles et al., 2007; Pavlova et al., 2007).

Zaključak o stabilnosti implicitnog samopoštovanja. Naši nalazi sugerišu da je i kod unipolarne depresivnih i kod bipolarnih pacijenata nestabilno implicitno samopoštovanje, jer obje grupe pacijenata pokazuju značajno veće implicitno samopoštovanje u remisiji nego što je to slučaj u aktuelnoj depresivnoj epizodi. Ipak, kod unipolarne depresivnih pacijenata je ono i dalje niže nego kod kontrolne grupe, dok bipolarni pacijenti u remisiji ne pokazuju razlike u odnosu na kontrolnu grupu.

4. 2. 3. Eksplicitno samopoštovanje

Na osnovu prethodnih istraživanja (Lewinsohn et al., 1981; Zuroff et al., 1999; Winters & Neale, 1985; Rosenfarb et al., 1998, Scott et al., 2000; Alloy et al., 2005) pretpostavili smo da će pacijenti u remisiji demonstrirati značajno veći nivo eksplicitnog samopoštovanja, u poređenju sa aktuelno depresivnim pacijentima (unipolarne i bipolarne) a da se neće razlikovati od kontrolne grupe.

Naši rezultati su pokazali da aktuelno unipolarne i bipolarne depresivni pacijenti demonstriraju značajno niže eksplicitno samopoštovanje u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu. Sa druge strane, pacijenti u remisiji imaju čak nešto veće eksplicitno samopoštovanje od kontrolne grupe. Drugim riječima, dok pacijenti u remisiji i kontrolna grupa pretežno sebe opisuju

pozitivnim atributima, aktualno depresivni pacijenti pretežno vrše negativne samoprocjene. Ovaj nalaz je u skladu s našim početnim pretpostavkama.

Dakle, rezultati ove analize nam sugeriraju da je eksplicitno samopoštovanje kod unipolarne i bipolarnu depresivnih pacijenata nestabilno i da je depresivna simptomatologija u vezi sa svjesnom percepcijom sebe. Nešto što je svakako interesantno jeste to da pacijenti u remisiji čak pokazuju veće samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu, što nas može uputiti na to da oni formiraju grandioznu predstavu o sebi kada su van depresivne epizode. Koliko god da je dobro kad osoba ima visoko eksplicitno samopoštovanje, ipak je poželjno da to budu realne procjene o sebi. S obzirom da pacijenti u remisiji pokazuju veće samopoštovanje i od kontrolne grupe, pretpostavljamo da su ovdje u pitanju pretjerano pozitivne percepcije o sebi. Svaka nerealna predstava o sebi lakše i „puca“ jer je realnost često pobija (Raskin, Novacek, & Hogan, 1991). Možda je upravo nerealno visoka slika o sebi na svjesnom nivou nešto što ove pacijente uvodi u narednu depresivnu epizodu (faktor vulnerabilnosti). Ipak, ovaj zaključak treba svakako provjeriti u narednim istraživanjima koja se budu bavila ovom temom. Važno je napomenuti da kod unipolarne depresivnih pacijenata u remisiji imamo veliki disbalans u implicitnom i eksplicitnom samopoštovanju. Dok je implicitno niže nego kod kontrolne grupe, eksplicitno samopoštovanje je veće nego kod kontrolne grupe. Taj veliki jaz između implicitnog i eksplicitnog samopoštovanja upravo može dovesti do depresivne simptomatologije, što podržavaju studije (Kernis, Cornell, Sun, Berry, & Harlow, 1993; Roberts & Munroe, 1994).

Ovakvi nalazi nas opet upućuju da je i kod unipolarne depresivnih i kod bipolarnu depresivnih pacijenata depresivna simptomatologija u vezi sa svjesnim viđenjem sebe. Dakle, kad je riječ o eksplicitnom samopoštovanju, ne radi se o jednom stabilnom konceptu već o stanju koje je varijabilno i koje je u vezi sa prisustvom/odsustvom depresivnih simptoma.

Zaključak o stabilnosti eksplicitnog samopoštovanja. Naša studija je pokazala da kod unipolarne i bipolarnu depresivnih osoba eksplicitno samopoštovanje nije stabilan koncept već da je svjesna percepcija sebe u vezi sa depresivnim simptomima. Kod pacijenata u remisiji je prisutno pozitivnije svjesno viđenje sebe nego kod aktualno depresivnih pacijenata (pa čak i nego kod

kontrolne grupe) tj. osobe se značajno više opisuju pozitivnim atributima u odnosu na negativne attribute, što je suprotno od tendencije koju pokazuju aktuelno depresivni pacijenti.

4. 2. 4. Disfunkcionalna uvjerenja

Za stabilnost disfunkcionalnih uvjerenja tokom vremena kod unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata, istraživanja daju dvosmislene rezultate. Ipak, kod unipolarno depresivnih osoba mahom dominiraju nalazi koji demonstriraju da su disfunkcionalnosti prisutne i kod osoba u remisiji (Brown et al., 1995; D'Alessandro & Burton, 2006; Hankin et al., 2004; Joiner et al., 1999; Kwon & Oei, 1992; Reilly-Harrington et al., 1999). Kod bipolarnih pacijenata, isto se dobijaju različiti rezultati ali takođe više studija demonstrira prisustvo disfunkcionalnosti i u remisiji (Winters & Neale, 1985; Rosenfarb et al., 1998; Scott et al., 2000; Abramson, Alloy et al., 2006). Na osnovu ovih studija smo izveli pretpostavku da će i u ovom istraživanju pacijenti u remisiji pokazati značajno više disfunkcionalnih stavova u odnosu na kontrolnu grupu, a da se neće značajno razlikovati od aktuelno depresivnih pacijenata.

Rezultati su pokazali da razlike među grupama postoje. Kada su u pitanju *disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća*, pacijenti u aktuelnoj depresivnoj epizodi ih imaju više izražene u odnosu na pacijente u remisiji, koji ih imaju više u odnosu na kontrolnu grupu. *Disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti* imaju značajno više izražene pacijenti u aktuelnoj depresivnoj epizodi u odnosu na osobe u remisiji, dok se pacijenti u remisiji značajno razlikuju i od kontrolne grupe (s tim da unipolarno depresivni u remisiji imaju više ovih disfunkcionalnosti, a bipolarni u remisiji manje). Po *disfunkcionalnostima koje se tiču kontrole* se ne razlikuju značajno unipolarno depresivni pacijenti koji se nalaze u aktuelnoj depresivnoj epizodi u odnosu na unipolarno depresivne u remisiji, a obje grupe pacijenata imaju značajno više izražene ove disfunkcionalnosti u odnosu na kontrolnu grupu. Ovu vrstu disfunkcionalnosti imaju značajno više izražene aktuelno bipolarno depresivni pacijenti u odnosu na bipolarne osobe u remisiji, ali i pacijenti u remisiji ih imaju više u odnosu na kontrolnu grupu. Dakle, jedino su se *disfunkcionalnosti koje se tiču*

kontrole pokazale stabilnim kod unipolarno depresivnih pacijenata, pri čemu ih ovi pacijenti imaju znatno više izražene nego kontrolna grupa. Ostale *disfunkcionalnosti (koje se tiču postignuća i zavisnosti)* unipolarno depresivne osobe imaju manje prisutne u remisiji u odnosu na aktuelnu depresivnu epizodu, čime je demonstrirana nestabilnost ovih uvjerenja kod unipolarno depresivnih pacijenata. Ipak, pacijenti u remisiji ih imaju više izražene nego kontrolna grupa. Kada je riječ o bipolarnim osobama, prisutna je nestabilnost svih disfunkcionalnih uvjerenja jer ih pacijenti u remisiji imaju značajno manje izražene nego aktuelno bipolarne depresivne osobe. Ipak, *disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća i kontrole* su prisutne u većoj mjeri nego kod kontrolne grupe, dok to nije slučaj sa *disfunkcionalnostima koje se tiču zavisnosti* (koje su značajno manje izražene u odnosu na kontrolnu grupu).

Kada su u pitanju *disfunkcionalna uvjerenja* generalno, aktuelno depresivni pacijenti ih pokazuju u značajno većoj mjeri nego osobe u remisiji, ali ih i osobe u remisiji imaju više nego kontrolna grupa.

Kao što je već spomenuto, dosta studija je pokazalo da su disfunkcionalnosti prisutne i kod pacijenata u remisiji (Brown et al., 1995; D'Alessandro & Burton, 2006; Hankin et al., 2004; Joiner et al., 1999; Kwon & Oei, 1992; Reilly-Harrington et al., 1999) što su autori tumačili kao dokaz da su disfunkcionalna uvjerenja faktori vulnerabilnosti za depresiju. U našem istraživanju je pokazano samo za *disfunkcionalnosti koje se tiču kontrole* kod unipolarno depresivnih osoba da ih pacijenti u remisiji imaju jednako izražene kao aktuelno depresivni pacijenti, a obje grupe ih imaju znatno više u poređenju s kontrolnom grupom. Dakle, ovaj nalaz nam sugerise da ova vrsta disfunkcionalnosti može biti faktor vulnerabilnosti za unipolarne depresivne pacijente. Ako se prisjetimo da su najčešći okidači za depresivnu epizodu negativni događaji (nad kojima se često nema puno kontrole), onda dobijeni nalaz ne iznenađuje. Što je osoba rigidnija u zahtjevu da mora kontrolisati sve u svom životu, to će teže reagovati na događaje nad kojim nema kontrolu. To može dovesti i do javljanja depresivne epizode.

Ipak, veliki broj studija je pokazao da disfunkcionalnosti izostaju u remisiji (Alloy et al., 1999; Barnett & Gotlib, 1988, 1990; Kuiper & Dance, 1994; Otto et al., 2007), što je protumačeno kao dokaz da su disfunkcionalnosti markeri depresivne simptomatologije. Ovaj nalaz smo mi dobili samo za *disfunkcionalnosti koji se tiču zavisnosti*, kod bipolarnih osoba.

Neki autori su izveli i pretpostavke da su disfunkcionalna uvjerenja ujedno i crta (faktor vulnerabilnosti) i stanje (marker depresivnosti) jer su u svojim istraživanjima pokazali da su disfunkcionalnosti prisutne i van epizode ali da su naročito izražene u toku same epizode (Otto et al., 2007; Zuroff et al., 1999). Naši rezultati se najviše preklapaju sa ovim nalazima. Generalno, disfunkcionalna uvjerenja su najviše izražena kod aktuelno depresivnih pacijenta, potom slijede osobe u remisiji a najmanje su prisutna kod kontrolne grupe. Slična je situacija i sa specifičnim tipovima disfunkcionalnih uvjerenja. Naime, i kod unipolarno i kod bipolarno depresivnih pacijenata je pokazano da su i u remisiji prisutne disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća; kao i disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti (kod unipolarno depresivnih osoba), odnosno kontrole (kod bipolarnih osoba). Ove disfunkcionalnosti iako su zastupljene značajno manje kod pacijenata u remisiji u odnosu na aktuelno depresivne osobe, i dalje ih je više nego kod kontrolne grupe.

Neusaglašeni nalazi oko stabilnosti disfunkcionalnih uvjerenja su rezultirali debatama da li se radi o crti ili o stanju koje je karakteristično samo za vrijeme depresivne epizode (Coyne & Gotlib, 1983; Segal & Show, 1986). U ovim debatama, glavne zamjerke koje su iznijete istraživanjima koja su se bavila ovom temom odnosile su se na veličinu uzorka, neusaglašenost kontrolne grupe i nekontrolisanje nivoa depresivnosti kod ispitanika.

Neusaglašeni rezultati koji se tiču disfunkcionalnih uvjerenja u remisiji se mogu protumačiti na više načina. Coyne i Gotlib (2007) su iznijeli svoj osvrt na temu kognicija u depresiji. S jedne strane, oni dovode u pitanje da li DAS uopšte mjeri sadržaj depresivne šeme. Ujedno smatraju da je možda i nemoguće konstruisati instrument koji će mjeriti vulnerabilnost za depresiju a neće registrovati depresivno stanje. Takođe, izvodi se pretpostavka da DAS mjeri disfunkcionalnosti koje mogu egzistirati duži vremenski period nakon što je osoba izašla iz epizode. Dakle, iako su kod osobe nestali neki ključni simptomi, ove disfunkcionalnosti mogu biti tzv. “zaostavštine” depresivne epizode. Štaviše, ove disfunkcionalnosti mogu biti i produkt neadekvatne situacije u kojoj se osoba nalazi (npr. brak u kojem se ne dobija podrška ili loš posao), a ne moraju imati veze sa depresivnom šemom koja je u pozadini i latentna. S druge strane, ovi autori usled ovakvih nalaza dovode u pitanje i Beckov model (Beck, 1967) i postojanje depresivne kognitivne šeme. Nasuprot tome, zagovara se stav o interakciji kognicija i raspoloženja i njihovom kružnom a ne linearnom dejstvu (Coyne & Gotlib, 2007). Dakle, ovi autori smatraju da ne moraju biti

disfunkcionalne misli te koje prethode depresivnom stanju već može i depresivno stanje proizvoditi disfunkcionalna uvjerenja. Oni dalje smatraju da istraživanja dosta zanemaruju teške okolnosti u kojima se nalaze depresivni pacijenti i svakodnevne stresne situacije s kojima se suočavaju, a koje također mogu biti uzrok negativnih procjena sebe, svijeta i okolnosti. Ovdje se prvenstveno misli na pojačane kritike i hostilnost od strane drugih, odbijanje od značajnih figura s kojim se depresivne osobe često susrijeću.

Dakle, nešto što naša studija sugerira jeste da su disfunkcionalna uvjerenja mjerena DAS-om mahom nestabilna tj. da osobe u remisiji imaju značajno manje disfunkcionalnosti od aktualno depresivnih pacijenata. Ipak, s obzirom da su disfunkcionalnosti kod osoba u remisiji prisutne u znato većoj mjeri nego kod kontrolne grupe, najviše se možemo složiti s pretpostavkama nekih autora da su disfunkcionalna uvjerenja ujedno i crta (faktor vulnerabilnosti) i stanje (marker depresivnosti) (Otto et al., 2007; Zuroff et al., 1999). Nije isključeno ni da se radi o “zaostavštinama” iz epizode, kako Coyne i Gotlib navode (2007). Isti autori dovode u pitanje Beckov model (Beck, 1967). Mi smo mišljenja da bi bio ad hoc zaključak odbaciti cjelokupan Beckov model (Beck, 1967) već smatramo da se disfunkcionalnosti mjerene DAS-om najvjerojatnije ne odnose na sadržaj depresivne šeme već da se radi o nivou mišljenja koji je mnogo bliže svjesnom stanju. Već je ranije spomenuto da su Beck i Dozois (2011) iznijeli svoj stav da je ova vrsta disfunkcionalnosti karakteristična za tzv. međunivo koji se nalazi između šeme i produkata aktivirane šeme. O tome je bilo više riječi u dijelu diskusije gdje smo govorili o specifičnosti disfunkcionalnih uvjerenja. Dobijeni nalazi eventualno mogu ukazati i na to da se možda ne može govoriti u terminima aktivna šema i latentna šema (Beck, 1967) već da se prije može govoriti o različitim nivoima pobuđenosti depresivne šeme. Pa je tako ona naročito aktivna u samoj epizodi dok u remisiji je u manjem ili većem stepenu deaktivirana. Naravno, što je depresivna šema manje aktivna, to je remisija bolja. Ipak, ovaj zaključak je samo na nivou pretpostavke i više je tema za neka buduća istraživanja.

Zaključak o stabilnosti disfunkcionalnih uvjerenja. Naše istraživanje pokazuje da su disfunkcionalna uvjerenja i kod unipolarno i kod bipolarno depresivnih osoba nestabilna u toku vremena tj. aktualno depresivni pacijenti ih imaju u značajno većoj mjeri nego osobe u remisiji.

Ipak, i kod pacijenata u remisiji su disfunkcionalnosti više izražene u odnosu na kontrolnu grupu (to jedino ne važi za disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti kod bipolarnih pacijenata). Jedino su disfunkcionalnosti koje se tiču kontrole pokazale stabilnost kod unipolarne depresivnih pacijenata. Naime, osobe u aktuelnoj epizodi i osobe u remisiji se ne razlikuju među sobom značajno po prisustvu ove vrste disfunkcionalnosti, ali ih istovremeno imaju značajno više nego kontrolna grupa.

4. 2. 5. Depresivna pristrasnost

Ispitali smo i stabilnost depresivne pristrasnosti prilikom obrade informacija. Očekivali smo da će u situaciji bez kognitivnog opterećenja, aktuelno depresivni pacijenti (unipolarne i bipolarne) da pokažu značajno više negativno obrađenih informacija u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu, koji između sebe neće pokazati bitne razlike. U situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje, očekivali smo da će aktuelno depresivni pacijenti (unipolarne i bipolarne) i pacijenti u remisiji pokazati značajno negativnije procesiranje informacija od kontrolne grupe, a da između sebe neće pokazati bitne razlike. Ove pretpostavke smo zasnovali na osnovu prethodnih istraživanja (Alloy et al., 1999; Wenzlaff et al., 2001; Wenzlaff et al., 2002; Wenzlaff & Bates, 1998; Wenzlaff & Eisenberg, 2001; Winters & Neale, 1985;).

Naše analize su demonstrirale značajne razlike među grupama kada se uzme u obzir situacija sa i bez kognitivnog opterećenja. Naime, pod dejstvom kognitivnog opterećenja, pacijenti u aktuelnoj depresivnoj epizodi (i unipolarne i bipolarne) postižu značajno veću depresivnu pristrasnost i od pacijenata u remisiji, i od kontrolne grupe. Takođe, obje grupe pacijenata u remisiji postižu veću depresivnu pristrasnost pri procesiranju informacija od kontrolne grupe. U situaciji bez dejstva kognitivnog opterećenja, ponovo i unipolarne i bipolarne aktuelno depresivni pacijenti pokazuju značajno negativnije procesiranje informacija i od pacijenata u remisiji i od kontrolne grupe. Sa druge strane, unipolarne depresivni pacijenti u remisiji demonstriraju značajno negativniju obradu informacije od kontrolne grupe dok bipolarni pacijenti u remisiji ne pokazuju značajne razlike u odnosu na kontrolnu grupu. Kada se gleda depresivna pristrasnost generalno (i u

situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje i kada ne djeluje), ponovo aktuelno depresivni pacijenti pokazuju značajno veću pristrasnost u odnosu na pacijente u remisiji, ali i pacijenti u remisiji pokazuju veću pristrasnost u odnosu na kontrolnu grupu.

Dakle, naša analiza je pokazala nestabilnost depresivnog kognitivnog procesiranja kod unipolarne i bipolarnе depresije, s obzirom da je kod pacijenata u aktuelnoj depresivnoj epizodi depresivna pristrasnost značajno više izražena nego kod pacijenata u remisiji. Ipak, pacijenti u remisiji pokazuju veću depresivnu pristrasnost u odnosu na kontrolnu grupu. Kod unipolarno depresivnih pacijenata je to demonstrirano i u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje i u situaciji kada ne djeluje, dok je kod bipolarnih pacijenata to demonstrirano samo u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje. Ovakvi nalazi samo djelimično podržavaju naše početne pretpostavke. Očekivali smo dobijene nalaze u situaciji kada ne djeluje kognitivno opterećenje, ali ne i u situaciji kada djeluje.

Kada nema kognitivnog opterećenja, za očekivati je bilo da aktuelno depresivni pacijenti pokažu značajno više izraženu depresivnu pristrasnost u odnosu na pacijente u remisiji i kontrolnu grupu. To je u skladu s Beckovom teorijom (1967) po kojoj je depresivna kognitivna šema u epizodi aktivna i dalje pokreće maladaptivne kognitivne procese, intermedijalna uvjerenja i depresivne produkte. U periodu remisije, šema je latentna pa samim tim i maladaptivni procesi izostaju, kao i intermedijalna uvjerenja i depresivni produkti. Dozois i Dobson (2001) su u svom istraživanju i pokazali da je negativna šema stabilna tokom vremena, ali latentna, o čemu svjedoči i to da su maladaptivni procesi i depresivni produkti značajno manje prisutni kod pacijenata u remisiji u odnosu na aktuelno depresivne pacijente. Stoga su naši nalazi u skladu s očekivanjima koje smo izveli iz teorijskih postavki i istraživanja. Bipolarni pacijenti se ponašaju potpuno u skladu s našim početnim pretpostavkama jer pacijenti u remisiji ne pokazuju razlike u odnosu na kontrolnu grupu. Unipolarno depresivni u remisiji, sa druge strane, pokazuju izraženiju depresivnu pristrasnost u odnosu na kontrolnu grupu. To što je test uspio da „provocira“ produkciju depresivnih rečenica i u situaciji kada ne djeluje kognitivno opterećenje i bez obzira na simptomatologiju, u literaturi se često objašnjava time da ovaj test svojim upustvom implicira da se radi o testu sposobnosti (od ispitanika se traži da što brže formira što više rečenica) za šta se pretpostavlja da odvlači pažnju od depresivnih misli, samim tim slabi supresiju i omogućava da sadržaji šeme prođu u svijest (Rude et al., 2002). Takođe, uzorak unipolarno depresivnih u

remisiji se pretežno sastojao od žena, a istraživanja su pokazala da one vrše manju supresiju (Rude et al., 2002; Novović, Jančić i Tintarović, 2012), pa ne čudi nalaz da opterećenje nije igralo toliku ulogu u našem istraživanju.

U situaciji sa kognitivnim opterećenjem, dobijena je takođe značajna razlika između aktuelno depresivnih pacijenata i pacijenata u remisiji, što nije u skladu sa našim očekivanjima. Naime, u skladu sa teorijom (Wenzlaff & Bates, 1998), kada djeluje kognitivno opterećenje, supresija popušta, zbog čega se depresivna šema manifestuje, konkretno preko maladaptivnih procesa. Otuda smo očekivali da pacijenti u remisiji neće pokazati razlike u odnosu na aktuelno depresivne pacijente, što nije pokazano. Ipak, ono što jeste pokazano, a što je u skladu sa očekivanjima, jeste da osobe u remisiji pokazuju veću depresivnu pristrasnost u odnosu na kontrolnu grupu.

Postoje nekoliko potencijalnih objašnjenja zašto su pacijenti u različitim fazama poremećaja pokazali značajne razlike po pitanju depresivne pristrasnosti, u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje. Jedno se tiče toga da je moguće da kognitivno opterećenje nije bilo dovoljno da bi supresija popustila. Kao što smo ranije pomenuli, možda se umjesto o latentnoj i manifestnoj šemi, može govoriti o različitim stepenima pobuđenosti šeme. Teže kognitivno opterećenje bi onda vodilo i većem popuštanju supresije, pa bi šema bila aktivnija i time više bojila procesovanje. Dalje, ispitanici su u sklopu ovog testa trebali da pamte šestocifreni broj (to je bilo kognitivno opterećenje) ali, s obzirom da se radilo o starijim pacijentima, nerijetko se dešavalo da odustanu odmah od pamćenja broja zbog procjene da ne mogu da ga zapamte. To bi značilo da su neki ispitanici i ovaj dio testa radili kao da ne djeluje kognitivno opterećenje, pa otuda možda i ovakav nalaz. Još jedno objašnjenje se tiče toga da se sadržaji koji se dobijaju na SSST-u mogu odnositi i na sadržaje kognitivne šeme, koji se tiču depresivne kognitivne trijade (negativne procjene sebe, svijeta i budućnosti). Naime, depresivno formulisane rečenice na SSST-u predstavljaju generalizacije pojedinačnih loših iskustava i slična su dubokim uvjerenjima koja mogu činiti sadržaj depresivne šeme (Beck & Dozois, 2011), možda i više slična tim uvjerenjima od formulacija na DAS-u (koje više mogu predstavljati međunivo tj. nivo između šeme i produkata šeme, što su takođe naši nalazi pokazali jer su disfunkcionalnosti u vezi sa depresivnom simptomatologijom). Dakle, iako procesna mjera, SSST pokazuje visoku senzitivnost za detektovanje sadržaja depresivne šeme preko ispitivanja kognitivnih procesa koji

stoje u osnovi vulnerabilnosti za depresiju, a kojih osoba nije do kraja svjesna niti ima kontrolu nad njima (radi se o automatskim procesima a ne kontrolisanim). Tako ih i osoba koja suzbija svoje depresivne misli na ovom testu može pokazati. Vodeći se time, možemo da zaključimo da depresivni sadržaj šeme jeste značajno manje prisutan kod pacijenata u remisiji nego kod pacijenata u aktuelnoj depresivnoj epizodi, što govori o nestabilnosti kognitivne šeme (ovaj nalaz jeste u saglasnosti sa našim nalazom koji se tiče organizacije kognitivne šeme). To nas još jednom upućuje na zaključak da se u našem istraživanju pokazala nestabilnom šema kod unipolarne depresivnih i bipolarnih pacijenata. Međutim, i ako je nestabilna šema, kod pacijenata u remisiji je depresivna pristrasnost ipak veća nego kod kontrolne grupe. To nas upućuje da su ipak prisutne neke “zaostavštine” ili “ožiljak” od prethodne epizode što, s jedne strane, i dalje može biti faktor vulnerabilnosti za narednu epizodu a, s druge strane, moguće je da će se tokom vremena povući. “Zaostavštine” ili “ožiljak” mogu postojati i usled činjenice da su pacijenti u remisiji pretežno koristili samo farmakoterapiju pri liječenju, ne i psihoterapiju.

Ipak, da li primovanje nije bilo dovoljno snažno, da li se radi o nestabilnoj kognitivnoj šemi u pozadini, ili samo o “zaostavštini” ili “ožiljku” od prethodne depresivne epizode koji mogu biti kako faktor vulnerabilnosti, tako i prolazni, najbolje bi nam odgovorila longitudinalna studija gdje bi se isti pacijenti pratili u epizodi i remisiji. Stoga je to naš predlog za buduća ispitivanja koja bi se bavila proučavanjem stabilnosti kognitivne šeme, procesa i produkata.

Zaključak o stabilnosti depresivne pristrasnosti. Naša studija pokazuje da je depresivna pristrasnost prilikom procesiranja informacija nestabilna tj. kod pacijenata u remisiji je značajno manje izražena nego kod aktuelno depresivnih osoba, bez obzira da li djeluje kognitivno opterećenje ili ne. Ipak, i kod pacijenata u remisiji je više izražena depresivna pristrasnost nego kod kontrolne grupe, sem kod bipolarnih pacijenata (u situaciji kada ne djeluje kognitivno opterećenje).

4. 3. Prednosti, ograničenja istraživanja i preporuke za buduće studije

Značaj našeg istraživanja se ogleda u tome što se istovremeno proučavala i specifičnost i stabilnost kognitivne self-šeme, što je pružilo širu sliku o prirodi self-šeme kod različitih poremećaja, kao i o tome šta se sa njom dešava u periodu remisije, a ne samo dok je šema aktivna.

Kako bi ispitali da li je depresivna self-šema prisutna samo kod unipolarne depresije ili je svojstvena za još neke poremećaje, u istraživanje smo uveli i bipolarne i paranoidne pacijenate. To je od posebnog značaja, s obzirom da su istraživanja koja se tiču self-šeme kod ove dvije grupe pacijenata malobrojna jer su se do sada oba poremećaja pretežno objašnjavala biološkim varijablama.

Kao što je istaknuto, istovremeno smo ispitivali i stabilnost depresivne self-šeme kod unipolarne i bipolarne depresije. Dok za unipolarnu depresiju postoje istraživanja koja se bave ovom temom, nisu nam poznate studije koje su ispitivanju stabilnosti self-šeme kod bipolarnih pacijenata pristupile na ovako detaljan način. Ključni razlog je svakako to što se ovaj poremećaj mahom objašnjavao biološkim varijablama, kako je već i navedeno. Takođe, koliko nam je poznato, organizacija self-šeme se nije ispitivala preko interstimulusnih distanci i širine samoopisnih atributa kod ove grupe pacijenata. O tome će biti nešto više riječi u nastavku teksta.

Još jedan značaj ovog istraživanja se tiče toga da smo se bavili pitanjima koja se tiču aktiviranja depresivne self-šeme na svim nivoima, počev od organizacije, preko sadržaja, procesa, i na kraju produkata aktivirane self-šeme. Time smo se dotakli svih nivoa arhitekture kognitivnog aparata, prema Becku (Beck, 1967).

Organizaciju self-šeme smo ispitali na dva načina: preko interstimulusnih distanci između samoopisnih atributa, kao i preko širine samoopisnih atributa. Zadatak skaliranja psiholoških distanci je nov metod kojim se dolazi do organizacije self-šeme kako u vrijeme kada je aktivna, tako i dok je latentna. Tek je nekoliko istraživanja koristilo ovaj zadatak u istraživanju depresivnih i anksioznih pacijenata, te je ovo istraživanje učinilo značajan pomak u istraživanju bazičnih konstrukata kognitivne organizacije kod drugih vrsta poremećaja (konkretno, bipolarnog

poremećaja i paranoidnih poremećaja). Takođe, upitnik koji smo koristili za mjerenje širine samoopisnih atributa, a kojim smo dobili uvid u osobinu djelimično svjesnu sliku o sebi, se do sada primjenjivao nad depresivnim pacijentima i opštom populacijom. Mi smo njime ispitali sliku o sebi kod bipolarnih i paranoidnih pacijenata.

Za ispitivanje sadržaja self-šeme koristili smo poznati upitnik DAS, koji je korišćen u mnogim studijama. Najveća dilema u literaturi koja se odnosi na ovaj upitnik, jeste da li on mjeri disfunkcionalna uvjerenja koja su simptom depresivnosti ili se radi o disfunkcionalnostima koje se mogu tretirati kao faktori vulnerabilnosti za depresivnu epizodu. Naše istraživanje je pružilo dokaze u prilog tome da se radi o disfunkcionalnostima koje su ujedno i faktori vulnerabilnosti i markeri depresivnog stanja. Takođe, slažemo se sa novijim viđenjem Becka i Dozoise (Beck & Dozois, 2010), koji tvrde da se ajtemi ovog upitnika (tzv. uslovna pravila) više odnose na međunivo, koji se aktivira tek kada je aktivna depresivna self-šema, a ne na sam sadržaj self-šeme.

Za ispitivanje kognitivnih procesa, koristili smo Test ispremetanih rečenica. Ovaj upitnik se s uspjehom koristi za detektovanje depresivne self-šeme kako u samoj epizodi poremećaja, tako i van epizode jer se primjenjuje u uslovima kada ne djeluje i u uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje. U uslovima kada djeluje kognitivno opterećenje, moguće je detektovati i latentnu depresivnu šemu jer tada mehanizmi supresije popuste, čime depresivni sadržaj može da isplovi bez cenzure.

Produkte aktivirane self-šeme smo mjerili preko ispitivanja svjesne slike o sebi. Naime, ispitivali smo sklonost pojedinaca ka biranju samoopisnih atributa naspram njihove valence (pozitivni/negativni).

Važno je napomenuti da, s obzirom da se radi o kliničkom uzorku, imali smo prilično veliki broj ispitanika, 152 ukupno. Pet kliničkih grupa (aktuelno unipolarno depresivni pacijenti, aktuelno bipolarno depresivni pacijenti, aktuelno paranoidni pacijenti; unipolarno depresivne osobe u remisiji, bipolarne osobe u remisiji) su bile ujednačene po broju ispitanika. U svakoj grupi je bilo oko 30 ispitanika, što je dovoljan broj da bi se mogli izvući statistički adekvatni zaključci.

Najvažniji teorijski značaj dobijenih rezultata ogleda se u podržavanju nekih od hipoteza koje su do sada ostale neprovjerene ili su dobijale protivrječnu podršku. Od posebnog su značaja rezultati koji se tiču bipolarnih i paranoidnih pacijenata, s obzirom da nema puno istraživanja koja su se bavila ispitivanjem depresivne self-šeme kod ove dvije grupe pacijenata. Ono što su naši nalazi pokazali jeste da su neki aspekti depresivne šeme prisutni kod bipolarnih i paranoidnih pacijenata, pa se nadamo da će se ubuduće značajno veći broj baviti ovom temom u cilju boljeg pojašnjenja mehanizama koji djeluju u pozadini ovih poremećaja. Sa druge strane, iako u našem istraživanju hipoteze o stabilnosti depresivne šeme kod unipolarno i bipolarno depresivnih pacijenata mahom nisu podržane, smatramo da je ova tema itekako važna za ispitivanje kako bi se moglo izvući više zaključaka o faktorima vulnerabilnosti za spomenute poremećaje.

Praktični značaj dobijenih rezultata je svakako mogućnost njihove primjene u procesu izliječenja pacijenata. Od velikog značaja predstavlja poređenje pacijenata koji se nalaze u različitoj fazi poremećaja. Poređenjem se žele bolje upoznati aspekti osoba sa afektivnim poremećajem koji se nalaze u remisiji, jer bi ta znanja mogla pomoći u prevenciji recidiva depresivne epizode. Naše istraživanje je još jedno u nizu koje govori u prilog tome da najefikasniji metod izliječenja predstavlja kombinacija farmakoterapije i psihoterapije. Primjena samo jednog metoda ne daje zadovoljavajuće rezultate, jer su svakako veće šanse za recidiv u odnosu na to kad se oba metoda kombinuju. Smatramo da je naša studija pružila i korisne smjernice za rad s osobama sa dijagnostifikovanim unipolarnom depresijom, bipolarnim poremećajem i paranoidnim poremećajima. Možda najvažniji nalaz se tiče organizacije self-šeme jer upućuje da je kod sve tri grupe pacijenata neophodno raditi na tome da konsolidacija pozitivne šeme bude veća a konsolidacija negativne šeme manja. Time bi prilikom djelovanja okidača iz okruženja bili u stanju da se ponašaju sličnije kontrolnoj grupi, što znači da bi negativna reakcija u slučaju djelovanja negativnih događaja svakako postojala ali bi ona bila značajno kratkotrajnija i manjeg intenziteta zbog mogućnosti pobuđivanja i pozitivne self-šeme (usled bolje organizacije tj. čvršćih i postojanih veza između atributa koja čine ovu šemu u odnosu na veze između atributa koji čine negativnu self-šemu).

Kada je riječ o ograničenjima našeg istraživanja, važno je napomenuti da prilikom proučavanja stabilnosti self-šeme, pacijente u aktuelnoj epizodi i pacijente u remisiji nisu činili isti ispitanici. Dakle, samo istraživanje je bilo transferzalnog, a ne longitudinalnog nacrta. Stoga je naš predlog

da naredna istraživanja budu koncipirana kao longitudinalna kako bi se dobili što precizniji odgovori koji se tiču ispitivanja stabilnosti self-šeme. Takođe, sam uzorak nije bio ujednačen po starosti, što smo mi korigovali držeći u analizama starost pod kontrolom. Teško je ujednačiti u potpunosti uzorak po starosti jer se radi o psihičkim oboljenjima koja su karakteristična za različite uzraste, ali preporučujemo ujednačavanje sa kontrolnom grupom koliko je to moguće. U našem istraživanju, naročito je kontrolna grupa nepodobna po starosti jer je dosta mlađa od ostalih grupa. Samo ispitivanje je bilo prilično „stresno“ za ispitanike, pogotovo Test ispremetanih rečenica koji je na prvi pogled test postignuća, a takođe i Test skaliranja psiholoških distanci koji je zahtijevao osnovnu kompjutersku pismenost. Otuda je prikupljanje uzorka među starijim ispitanicima išlo veoma mukotrпно. Otuda smo se opredijelili za studentsku populaciju i statističku kontrolu starosti. Takođe, smatramo da bi dalja istraživanja self-šeme kod bipolarnih i paranoidnih pacijenata bila od itetkako velikog značaja, s obzirom da su studije koje se tiču ovako detaljnog ispitivanja self-šeme još uvijek malobrojne.

5. ZAKLJUČCI

5. 1. Specifičnost kognitivne self-šeme

Naša studija je pokazala da je kod aktuelno unipolarno depresivnih pacijenata prisutna depresivna šema koja se tiče postignuća. Naime, ove pacijente karakteriše značajno više konsolidovana negativna self-šema koja se tiče postignuća a značajno manje konsolidovana pozitivna self-šema koja se tiče postignuća, u poređenju sa ovom šemom kod kontrolne grupe. Šema koja se tiče postignuća je nezavisna od depresivne simptomatologije. Na osnovu rezultata dobijenih za različite nivoe kognitivne organizacije i onog što se do sada zna na osnovu teorije i istraživanja, možemo pretpostaviti ovakav razvoj događaja kod unipolarne depresije: pod dejstvom negativnog životnog događaja koji se tiče postignuća, tzv. kongruentnog događaja (Beck, 1967) prema teoriji dolazi do aktiviranja šeme čiji se sadržaj tiče postignuća, čime dolazi i do manifestacije depresivnih simptoma. Depresivni simptomi utiču na organizaciju interpersonalne negativne self-šeme, pa i ona postaje više konsolidovana nego što je to slučaj sa ovom kod kontrolne grupe. Time osoba vjerovatno postaje osjetljivija na odbijanje od strane drugih ljudi, jer se negativna interpersonalna šema lako aktivira usled dobro povezanog sadržaja. Kao posledica depresivnih simptoma, kod unipolarno depresivnih pacijenata dolazi do nižeg implicitnog i eksplicitnog samopoštovanja u odnosu na kontrolnu grupu. Takođe, dolazi do porasta disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća, zavisnosti i kontrole. Na kraju, usled depresivne simptomatologije, dolazi i do depresivne pristrasnosti prilikom procesiranja informacija. Ovakav redosled događaja je u skladu sa Beckovom teorijom (Beck, 1967) po kojoj aktiviranjem latentne depresivne šeme dolazi do javljanja depresivnih simptoma koji dalje utiču i na osobino viđenje sebe, i na porast disfunkcionalnih uvjerenja, i na pristrasnost prilikom obrade informacija. Jedan od zadataka za budućnost je da se na većem uzorku osoba sa unipolarnom depresijom provjeri ovakav redosled kroz praćenje pacijenata u različitim fazama poremećaja i remisije.

Kod aktuelno bipolarno depresivnih pacijenata, prisutna je negativna self-šema koja je značajno više konsolidovana u odnosu na ovu šemu kod kontrolne grupe, dok je pozitivna self-šema koja

se tiče postignuća značajno manje konsolidovana nego ova šema kod kontrolne grupe. Ovakva organizacija self-šeme nije u vezi sa depresivnom simptomatologijom. Po organizaciji, čini se da su ove osobe nešto više osjetljive na negativne događaje iz socijalne sfere. Potencijalni redosled događanja ovdje bi na osnovu nalaza ovog i prethodnih istraživanja i teorijskih pretpostavki izgledao ovako: aktiviranjem depresivne šeme, dolazi do depresivne simptomatologije koja dalje utiče na samopoštovanje (pa je i implicitno i eksplicitno samopoštovanje niže nego kod kontrolne grupe), disfunkcionalna uvjerenja (značajno su više izražena nego kod kontrolne grupe) i na obradu informacija (značajno je više izražena depresivna pristrasnost prilikom procesiranja informacija u odnosu na kontrolnu grupu). I ovaj redosled je u skladu sa Beckovom teorijom (Beck, 1967) jer takođe ukazuje na latentno depresivnu šemu čijim se aktiviranjem pobuđuju depresivni simptomi, koji dalje vrše uticaj i na osobino negativno viđenje sebe, i na porast disfunkcionalnosti, i na depresivnu pristrasnost prilikom obrade informacija.

Kod paranoidnih pacijenata, pozitivna šema je značajno manje konsolidovana nego kod kontrolne grupe. To nam ukazuje da ove osobe vjerovatno teže evociraju pozitivne osobine iz memorije, s obzirom na veliku razuđenost ove šeme. Implicitno i eksplicitno samopoštovanje im nije manje od onog kod kontrolne grupe. Disfunkcionalna uvjerenja (koja se tiču postignuća i kontrole) i depresivna pristrasnost prilikom procesiranja informacija su više izraženi u odnosu na kontrolnu grupu, ali su u vezi sa depresivnom simptomatologijom. Dakle, paranoidni pacijenti organizuju pozitivne informacije na sličan način kako se po Beckovoj teoriji (Beck, 1967) očekuje od depresivnih pacijenata. Ovo za posledicu ima vjerovatno javljanje depresivnih simptoma (koji naročito karakterišu „loš ja“ paranoju), a koji utiču na porast disfunkcionalnosti i depresivnu pristrasnost prilikom obrade informacija.

Generalno gledano, mada sve hipoteze u vezi specifičnosti od kojih se u istraživanju pošlo nisu podržane, rezultati ukazuju da i bipolarni i paranodini pacijenti sadrže odlike depresivne kognitivne organizacije, te se može zaključiti da ona nije karakteristična, odnosno specifična, samo za unipolarne depresivne pacijente.

5. 2. Stabilnost kognitivne self-šeme

Naša studija je pokazala da unipolarno depresivne pacijente karakteriše nestabilna kognitivna šema, tj. šema se značajno razlikuje kod pacijenata u remisiji u odnosu na šemu kod aktuelno depresivnih pacijenata, na svim nivoima (počev od organizacije, preko sadržaja, procesa i produkata šeme). Jedino što se pokazalo stabilnim jesu disfunkcionalnosti koje se tiču kontrole. One su u jednakoj mjeri prisutne kod unipolarno depresivnih pacijenata u obje faze poremećaja, a značajno su više izražene nego kod kontrolne grupe. To bi značilo da ove osobe svoju vrijednost dovode u pitanje svaki put kada nemaju kontrolu nad situacijom. To je potencijalno objašnjenje za ulazak u depresivnu epizodu nakon negativnih životnih događaja (nad kojima se često nema kontrola). Kao što je navedeno, sve ostalo se pokazalo nestabilnim. Pa tako, osobe u remisiji imaju značajno manje konsolidovanu negativnu self-šemu, a značajno više konsolidovanu pozitivnu self-šemu, imaju manje disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti i postignuća, manje izraženu depresivnu pristrasnost, veće i implicitno i eksplicitno samopoštovanje. Jedno od potencijalnih objašnjenja je da upravo tako velike promjene na nivou kognitivne šeme mogu predstavljati faktor vulnerabilnosti. Naime, vrlo vjerovatno da opštu populaciju u trenucima djelovanja negativnih događaja ne karakterišu snažne promjene kognitivne šeme, zbog čega i ne ulaze u depresivnu epizodu. Ipak, naši rezultati su pokazali da se unipolarno depresivne osobe u remisiji značajno razlikuju i od kontrolne grupe. Karakteriše ih mnogo manje konsolidovana pozitivna šema koja se tiče postignuća, više izražene disfunkcionalnosti koje se tiču zavisnosti i postignuća, kao i depresivna pristrasnost (i u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje i u situaciji kada ne djeluje), niže implicitno samopoštovanje, u poređenju s kontrolnom grupom. Dva su potencijalna objašnjenja ovakvog nalaza. Jedno je da se možda radi o “zaostavštinama” iz prethodne epizode, koje će se vremenom povući. Poznata su istraživanja koja govore o tome da se svi simptomi ne povlače jednakom brzinom (Iacoviello, Alloy, Abramson, & Choi, 2010; Morris, 2002). Ove zaostavštine mogu biti i posledica liječenja samo putem farmakoterapije, ne i psihoterapije. Drugo objašnjenje je da se radi o “ožiljku” iz prethodne epizode, koji samim tim može biti i faktor vulnerabilnosti za narednu epizodu. Interesantno je da se šema razlikuje u odnosu na kontrolnu grupu samo po aspektima self-šeme kojima se pristupilo tzv. implicitnim mjerama tj. mjerama usmjerenim na organizaciju, sadržaj i

procesiranje. Potencijalni redosled događanja ovdje bi na osnovu našeg nalaza, kao i prethodnih istraživanja i teorijskih pretpostavki izgledao ovako: kada osoba doživi neki neuspjeh, pozitivna šema zbog razuđenosti atributa nije u stanju da se aktivira, zbog čega osoba ulazi u depresivnu epizodu. Tome dodatno doprinose u većoj mjeri izražene disfunkcionalnosti i depresivno procesiranje, kao i niže implicitno samopoštovanje u odnosu na kontrolnu grupu. Depresivni simptomi dalje utiču na organizaciju, sadržaj, procese i produkte šeme tako što ona postaje značajno depresivnija. Ipak, ovo je samo jedna od pretpostavki, a precizniji odgovor bi svakako dala neka longitudinalna studija koja bi pratila iste pacijente u obje faze poremećaja.

Kod bipolarnih pacijenata se takođe pokazala nestabilnom kognitivna self-šema, pa se pacijenti u remisiji značajno razlikuju od osoba u aktuelnoj depresivnoj epizodi i po organizaciji self-šeme, i po sadržaju, procesima i produktima. Generalno, pacijenti u remisiji imaju bolje konsolidovanu pozitivnu šemu a slabije konsolidovanu negativnu self-šemu, manje disfunkcionalnosti, manje izraženu depresivnu pristrasnost i veće eksplicitno i implicitno samopoštovanje u odnosu na pacijente u aktuelnoj epizodi. Time, kao i i za unipolarne depresivne, možemo da pretpostavimo da je nestabilna šema potencijalni faktor vulnerabilnosti za depresiju kod ovih pacijenata. Sa druge strane, bipolarne osobe u remisiji pokazuju značajno manje konsolidovanu pozitivnu šemu (naročito interpersonalne aspekte), više disfunkcionalnosti koje se tiču postignuća i kontrole, kao i depresivnu pristrasnost u situaciji kada djeluje kognitivno opterećenje, u odnosu na kontrolnu grupu. Ponovo se radi o pokazateljima mjerenim implicitnim mjerama. Kao što je navedeno prilikom interpretiranja sličnog nalaza kod unipolarne depresivnih pacijenata, ovdje se može raditi o “zaostavštinama” prethodne epizode, koje se vremenom mogu povući. Ali, moguće je i da se radi o “ožiljku” koji postaje faktor vulnerabilnosti za naredu epizodu. Potencijalni redosled događanja ovdje bi na osnovu našeg nalaza, kao i prethodnih istraživanja i teorijskih pretpostavki izgledao, bi mogao biti ovakav: Prilikom djelovanja negativnih događaja (naročito onih koji se tiču socijalnih odnosa) pozitivna šema ne može da se aktivira u dovoljnoj mjeri zbog loše organizacije, zbog čega osoba može ući u depresivnu epizodu. Tome doprinose i više izražena depresivna pristrasnost i disfunkcionalna uvjerenja, u odnosu na kontrolnu grupu. Pojava depresivnih simptoma dodatno utiče na sve segmente kognitivne self-šeme, čime ona postaje još depresivnija. Ponovo napominjemo, s obzirom da se u našem uzorku nije radilo o istim pacijentima koji bi bili praćeni u različitim fazama poremećaja, navedeni zaključci su više na

nivou pretpostavki i više su usmjereni na davanje smjernica za buduća istraživanja. Kao što je u više navrata sugerisano, mišljenja smo da bi longitudinalni nacrt dao najpreciznije odgovore kada se radi o stabilnosti self-šeme.

Generalni zaključak je da se u našem istraživanju šema pokazala nestabilnom i kod unipolarno depresivnih i kod bipolarnih pacijenata. Pacijenti u remisiji su pokazali značajno manje izraženu depresivnu šemu, u poređenju sa aktuelno depresivnim pacijentima. Ipak, pacijenti u remisiji istovremeno na implicitnim mjerama pokazuju značajno depresivniju šemu od kontrolne grupe. To može biti “zaostavština” od prethodne epizode ali i faktor vulnerabilnosti za naredne.

LITERATURA

1. Abela, J. R. Z., & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 111–128.
2. Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 23*, 384–404.
3. Abramowitz, J., Tolin, D., & Street, G. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 21*, 683–703.
4. Abrams & Taylor (1980). A comparison of unipolar and bipolar affective illness. *American Journal of Psychiatry, 137*, 1084–1087.
5. Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory, psychobiological context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford.

6. Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., and Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
7. Addington, J., & Tran, L. (2009). Using the brief core schema scales with individuals at clinical high risk of psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 227-231.
8. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Murray, L. A., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (1997). Self-referent information processing in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognition and Emotion, 11*, 539–568.
9. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urošević, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review, 25*, 1043–1075.
10. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., & Neeren, A. (2006). Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 726-754.
11. Alloy, L. B., Reilly–Harrington, N. A., Fresco, D. M., & Flannery–Schroeder, E. (2006). Cognitive styles and life events as vulnerability factors for bipolar spectrum disorders. In L. B. Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N., Fresco, D.M., Whitehouse, W.G., & Zechmeister, J.S. (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depression and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13*, 21–40.
12. Altamura, C. A., Massimiliano, B., & Pozzoli, S. (2014). Role of immunological factors in the pathophysiology and diagnosis of bipolar disorder: Comparison with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68*, 21–36.
13. Altshuler, L. L., Curran, J. G, Hauser, P., Mintz, J. (1995). T2 hyperintensities in bipolar disorder: Magnetic resonance imaging comparison and literature meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1139–1144.
14. American Psychiatric Association (2003). Practice guide-line for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1-50.

15. Arsenov, B. (2010). *Samopoštovanje i doživljaj subjektivnog blagostanja kod osoba sa motornim invaliditetom*. Neobjavljeni diplomski rad. Filozofski fakultet, Novi Sad.
16. Barbini, B., Colombo, C., Benedetti, F., Campori, E., Bellodi, L., Smeraldi, E. (1998). The unipolar–bipolar dichotomy and the response to sleep deprivation. *Psychiatry Research*, 79, 43–50.
17. Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D. and Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health*, 7, 35-47.
18. Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Dysfunctional attitudes and psychosocial stress: The differential prediction of future psychological symptomatology. *Motivation and Emotion*, 12, 251–270.
19. Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1990). Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 47–61.
20. Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
21. Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
22. Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
23. Beck, A. T. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. In J.H. Masserman (Ed.), *Depression: Theories and therapies* (pp. 47-55). New York: Grune and Stratton.
24. Beck, A. T. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
25. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.

26. Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton & J. E. Barrett (Eds.). *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
27. Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *The Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
28. Beck, A. T. (1995). Foreword. In D. Greenberger & C. A. Padesky.: *Change how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford Press.
29. Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford.
30. Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical rating of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.
31. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books
32. Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
33. Beck, A. T., & Haigh, E. A.-P. (2014). *Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model*. Palo Alto, CA: Annual Review of Clinical Psychology.
34. Beck, R. & Perkins, T.S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 651-663.
35. Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
36. Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories–IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 67, 588–597.

37. Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review, 25*, 975–1002.
38. Beevers, C. G. & Carver, C. S. (2003). Attentional bias and mood persistence as prospective predictors of dysphoria. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 619-637.
39. Beevers, C. G., & Meyer, B. (2004). Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion, 18*(6), 859–867.
40. Bentall, R. P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. In A. David & J. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 337-360). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
41. Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*, 1143–1192.
42. Bentall, R. P., & Kaney, S. (1989). Content-specific information processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test. *British Journal of Medical Psychology, 62*, 355-364.
43. Bentall, R. P., & Kinderman, P. (1998). Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 119–144). Chichester: Wiley.
44. Bentall, R. P., Rowse, G., Kinderman, P., Blackwood, N., Howard, R., Moore, R., Cummins, S. & Corcoran, R. (2008). Paranoid delusions in schizophrenia spectrum disorders and depression: the transdiagnostic role of expectations of negative events and negative self-esteem. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 375-383.
45. Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., Moore, R. & Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry, 66* (3), 236-247.

46. Bentall, R. & Swarbrick, R. (2003). The best laid schemas of paranoid patients: Autonomy, sociotropy and need for closure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 163–171.
47. Bentall, R.P. and Thompson, M. (1990). Emotional Stroop performance and the manic defense. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 235-237.
48. Bosson, J. K., Swann, W. B., & Pennebaker, J. W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem: The blind men and the elephant revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 631-643.
49. Bošković, T. i Novović, Z. (2011). Odnos paranoidnosti, atribuiranje negativnih događaja i self-koncepta. *Primenjena psihologija*, 2, 111-126.
50. Brown, G., Hammen, C., Craske, M., & Wickens, T. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431-435.
51. Bowden, C. L. (2005). A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 84, 117–25.
52. Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
53. Boyle, G. J. & Katz, I. (1991). Multidimensional scaling of the Eight State Questionnaire and the Differential Emotions scale. *Personality and Individual Differences*, 12, 565-574.
54. Brown, G., Hammen, C., Craske, M., & Wickens, T. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431-435.
55. Candido, C. L., & Romney, D. M. (1990). Attributional style in paranoid vs. depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 355–363.
56. Chadwick, P. D. J. & Trower, P., (1997). To defend or not to defend: A comparison of paranoia and depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11, 63-71.

57. Chadwick, P. D. J., Trower, P., Juusti-Butler, T-M., & Maguire. N. (2005). Phenomenological evidence for two types of paranoia. *Psychopathology*, 38, 327-333.
58. Cicero D. C. & Kerns, J. G. (2011). Is paranoia a defence against or an expression of low self-esteem? *European Journal of Personality*, 25, 326-335.
59. Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D.R. (1999). Racism as a Stressor for African Americans: A Biopsychosocial Model. *American Psychologist*, 54 (10), 805-816.
60. Clark, D. A., & Beck, A. T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In P. C. Kendall and D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinct and overlapping features* (pp. 379–411). New York: Academic Press.
61. Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
62. Clark, D. A., Steer, R. A., Beck, A. T., & Snow, D. (1996). Is the relationship between anxious and depressive cognitions and symptoms linear or curvilinear? *Cognitive Therapy and Research*, 20, 135– 154.
63. Clark, D.A., & Steer, R.A. (1996). Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 75-96). New York: Guilford.
64. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
65. Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155–159.
66. Combs, D. R. & Penn, D. L. (2004). The role of subclinical paranoia on social perception and behavior. *Schizophrenia Research*, 69, 93-104.
67. Combs, D. R., Penn, D. L., Chadwick, P., Trower, P., Michael, C. O., & Basso, M. R. (2007). Subtypes of paranoia in a nonclinical sample. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 537-553.

68. Combs, D. R., Penn, D., Michael, C., Basso, M., Wiedeman, R., Siebenmorgan, M., Tiegreen, J., & Chapman, D. (2009). Perceptions of hostility by persons with and without persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, *14*, 30-52.
69. Conway, M., Howell, A., & Giannopoulos, C. (1991). Dysphoria and thought suppression. *Cognitive Therapy and Research*, *15*, 153–166.
70. Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, *94*, 472-505.
71. Creemers, D. H., Scholte, R. H., Engels, R. C., Prinstein, M. J., Wiers, R. W. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *43*, 638–646.
72. Cuellar, A. K, Johnson, S. L. & Winters, R. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, *25*, 307-339.
73. Daban, C., Vieta, E., Mackin, P. & Young, A. H. (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *28* (2), 469-480.
74. Dancey, C., & Reidy, J. (2004). *Statistics without Maths for Psychology: using SPSS for Windows*. London: Prentice Hall.
75. Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko. Naklada Slap.
76. D'Alessandro, D. U., & Burton, K. D. (2006). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale for Children: Tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 335–353.
77. Denny, E. B., & Hunt, R. R. (1992). Affective valence and memory in depression: Dissociation of recall and fragment completion. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 575-580.

78. Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1987). Specificity and stability of self-referent encoding in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 34-40.
79. Dohr, K. B., Rush, A. J., & Bernstein, I. H. (1989). Cognitive biases and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 263–267.
80. Dozier, M., & Lee S. W. (1995). Discrepancies between self- and other- report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology, 7*, 217-226.
81. Dozier, M., Stevenson, A. L., Lee, S. W., & Velligan, D. I. (1991). Attachment organization and familiar overinvolvement for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 3*, 475–489.
82. Dozois, D. J. A. (2002). Cognitive organization of self-schematic content in nondysphoric, mildly dysphoric, and moderately-severely dysphoric individuals. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 417-429.
83. Dozois, D. J. A. (2007). Stability of negative self-structures: A longitudinal comparison of depressed, remitted, and nonpsychiatric controls. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 319-338.
84. Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. S. Dobson, K. S. & Dozois, D. J. A. (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 121-143). Oxford, England: Elsevier/Academic Press.
85. Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1078-1088.
86. Dozois, D. J. A. & Dobson, K. S. (2001a). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 914-925.

87. Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001b). Information processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and comorbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 236-246.
88. Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2003). The structure of the self-schema in clinical depression: Differences related to episode recurrence. *Cognition and Emotion, 17*, 933–941.
89. Dozois, D. J. A., & Frewen, P. A. (2006). Specificity of cognitive structure in depression and social phobia: A comparison of interpersonal and achievement content. *Journal of Affective Disorders, 90*, 101-109.
90. Dunning, D., Meyerowitz, J. A., & Holzberg, A. D. (1989). Ambiguity and Self-Evaluation: The Role of Idiosyncratic Trait Definitions in Self-Serving Assessments of Ability. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (6): 1082–1090.
91. Dykman, B. M., & Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14 week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 337–352.
92. Eckes, T. (1994). Features of men, features of women: Assessing stereotypic beliefs about gender subtypes. *British Journal of Social Psychology, 33*, 107-123.
93. Eich, E., Macaulay, D., Lam, D. (1997). Mania, depression and mood dependent memory. *Cognition and Emotion, 11*, 607–618.
94. Ellett, L., Lopes, B., & Chadwick, P. (2003). Paranoia in a nonclinical population of college students. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 425-430.
95. Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart.
96. Ellis, A. (1977). Psychotherapy and the value of a human being. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 99–112). New York: Springer.
97. Epkins, C. C. (1996). Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 18*, 83-101.

98. Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R., & Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry, 186*, 302–307.
99. Feningstein, A., & Vanable, P.A. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 129-138.
100. Forgas, J. P., & Ciarrochi, J. V. (2002). On managing moods: Evidence for the role of homeostatic cognitive strategies in affect regulation. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 336–345.
101. Forgas, J. P., Ciarrochi, J. V., & Moylan, S. J. (2000). Subjective experience and mood regulation: The role of information processing strategies. In: H. Bless & J.P. Forgas (Eds.). *The message within: Subjective experiences and social cognition*. (pp. 179–202). Philadelphia: Psychology Press.
102. Fornells-Ambrojo, M., & Garety, P. A. (2009). Understanding attributional biases, emotions and self-esteem in poor me paranoia: findings from an early psychosis sample. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 141-162.
103. Forty, L., Smith, D., Jones, L., Jones, I., Caesar, S., Cooper, C., Fraser, C., Gordon-Smith, Hyde, S., Farmer, A., McGuffin, P. & Craddock, N. (2008). Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *British Journal of Psychiatry, 192*, 388-389.
104. Fountoulakis, K. N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A., & Kaprinis, G. S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: preliminary data. *Annals of General Psychiatry, 5*(2).
105. Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., Coker, S., Gracie, A., Dunn, G., & Garety, P. (2006). The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine, 36*, 749–759.

106. Fowler, D., Hodgekins, J., Garety, P., Freeman, D., Kuipers, E., Dunn, G., Smith, B. & Bebbington, P. E. (2012). Negative cognition, depressed mood, and paranoia: a longitudinal pathway analysis using structural equation modeling. *Schizophrenia Bulletin*, *38*, 1063-1073.
107. Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B., Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective test of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, *8*, 382–399.
108. Franck, E., & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1531-1541.
109. Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2008). Activation of latent negative self-schemas as a cognitive vulnerability factor in depression: The potential role of implicit self-esteem. *Cognition and Emotion*, *22*, 1588-1599.
110. Freeman, T. (1971). Observations on mania. *International Journal of Psycho-Analysis*, *52*, 479–486.
111. Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, *27*, 425-457.
112. Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P., & Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*, 415-30.
113. Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, *31*, 1293-306.
114. 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*, 331–347.

115. Freeman, D., Pugh, K., Antley, A., Slater, M., Bebbington, P., Gittins, M., Dunn, G., Kuipers, E., Fowler, D., & Garety, P. (2008). Virtual reality study of paranoid thinking in the general population. *British Journal of Psychiatry*, *192*, 258-263.
116. Freud, S. (1915). *Repression*, S. E., *14*: 146-158.
117. Gemar, M. C., Segal, Z. V., Segrati, S., & Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 282-289.
118. Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 31-50.
119. Ghiselli, E. E., Campbell, J. P. & Zedeck, S. (1981). *Measurement theory for the behavioral sciences*. San Francisco, California: Freeman & Company.
120. Gladstone, G., & Parker, G. (2001). Depressogenic cognitive schemas: Enduring beliefs or mood state artefacts? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*(2), 210-216.
121. Glashouwer, K. A., & de Jong, P. J. (2010). Disorder-specific automatic self-associations in depression and anxiety: Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Psychological Medicine*, *40*, 1101-1111.
122. Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (1997). Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 911-927.
123. Goodwin, F. K., Jamison, K. R. (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York, NY: Oxford University Press.
124. Gotlib, I. H., & McCann, C. D. (1984). Construct accessibility and depression: An examination of cognitive and affective factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, *47*, 427-439.
125. Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., Ray, K., Dunn, G., Bebbington, P., & Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia

and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*, 280-289.

126. Green, C., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2011). Paranoid explanations of experience: a novel experimental study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*, 21-34.

127. Greenwald, A. G. & Banaji, M. R. (1995) Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, *102*, 4–27.

128. Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the Implicit Association Test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 1022–1038.

129. Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1464–1480

130. Haaga, D. A., Dyck, M. J. & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, *110*, 215– 236.

131. Hammen, C., Davila, J., Brown, G., Ellicott, A., & Gitlin, M. (1992). Psychiatric history and stress: Predictors of severity of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 45–52.

132. Hammen, C., Ellicott, A., & Gitlin, M. (1992). Stressors and sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder. *Cognitive Therapy*, *16*, 409–418.

133. Hammen, C. L., Ellicott, A., Gitlin, M. J., & Jamison, K. R. (1989). Sociotropy / autonomy and vulnerability to specific life events in unipolar and bipolar patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*, 154- 160.

134. Hampson, S. E., John, O. P., & Goldberg, L. R. (1987). Category–breadth and social desirability values for 573 personality terms. *European Journal of Personality*, *1*, 37–54.

135. Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haefffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 309-345.
136. Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive-behavioral Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford: OUP.
137. Hedlund, S., & Rude, S. S. (1995). Evidence of latent depressive schemata in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 517-525.
138. Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, *94*, 319-340.
139. Hill, C. V., Oei, T. P., & Hill, M. A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the automatic thoughts questionnaire and dysfunctional attitudes scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, *11*, 291–311.
140. Hollon, S. D., Evans, M. D., & DeRubeis, R. J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In R. E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment* (pp. 117–136). New York: Plenum Press.
141. Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 52–59.
142. Horney, K. (1945). *Our Inner Conflicts*. New York: W. W. Norton.
143. Howell, A. & Conway, M. (1992). Mood and the suppression of positive and negative self-referent thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 535–555.
144. Humphreys, L. & Barrowclough, C. (2006). Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: symptom-specific or general coping strategy? *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 231-246.

145. Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Choi, J. Y. (2010). The early course of depression: a longitudinal investigation of prodromal symptoms and their relation to the symptomatic course of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology, 119* (3), 459-467.
146. Ingram, R. E. & Luxton, D. (2005). Vulnerability-stress models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. New York: Sage.
147. Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). ***Cognitive vulnerability to depression***. New York: Guilford Press.
148. Jabben, N., de Jong P. J., Kupka R. W, Glashouwer, K. A., Nolen, W. A., & Penninx, B. W. J. H. (2013). Implicit and explicit self-associations in bipolar disorder: A comparison with healthy controls and unipolar depressive disorder. *Psychiatry research, 215*(2), 329-334.
149. Johnson, S. L., & Roberts, J. E. (1995). Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories. *Psychological Bulletin, 117*, 434–449.
150. Johnson, S. L. & Fingerhut, R. (2004). Cognitive styles predict the course of bipolar depression, not mania. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 18*, 149–162.
151. Johnson, S. L, Meyer, B., Winett, C., & Small, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of Affective Disorders, 58*, 79–86.
152. Joiner, Jr., T. E., Metalsky, G. I., Lew, A., & Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck’s theory of depression: Evidence for specific mediation. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 401–412.
153. Jolly, J. B., Dyck, M. J., Kramer, T. A., & Wherry, J. N. (1994). Integration of positive and negative affectivity and cognitive content specificity: improved discrimination of anxious and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 544-552.

154. Jones, R. M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., & Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: a longitudinal study. *Psychosis*, *2*, 218-226.
155. Joormann J. (2004). Attentional bias in dysphoria: the role of inhibitory processes. *Cognitive Emotions*, *18*, 125–47.
156. Karpinski, A., Steinberg, J. A., Versek, B., & Alloy, L. B. (2007). The breadth-based adjective rating task (BART) as an indirect measure of self-esteem. *Social Cognition*, *25*, 778-818.
157. Kernis, Cornell, Sun, Berry, & Harlow (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1190–1204.
158. Kesting, M.-L., Bredenpohl, M., Klenke, J., Westermann, S., & Lincoln, T. M. (2013). The impact of social stress on self-esteem and paranoid ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*, 122–128.
159. Kesting, M. L, Mehl, S., Rief, W., Lindenmeyer, J., Lincoln, T. M. (2011). When paranoia fails to enhance self-esteem: explicit and implicit selfesteem and its discrepancy in patients with persecutory delusions compared to depressed and healthy controls. *Psychiatry Research*, *186*, 197-202.
160. Kinderman, P. (1994). Attentional bias, persecutory delusions and the self-concept. *British Journal of Medicine Psychology*, *67*, 53–66.
161. Klieger, D. M., & Cordner, M. D. (1990). The Stroop task as a measure of construct accessibility in depression. *Personality and Individual Differences*, *11*, 19-27.
162. Knowles, Z., Gilbourne, D., Tomlinson, V. & Anderson, A. G. (2007). Reflections on the application of reflective practice for supervision in applied sport psychology. *The Sport Psychologist*, *21*, 109-122.

163. Koster, E. H. W., De Raedt, R., Goeleven, E., Franck E., & Crombez G. (2005). Mood-congruent attentional bias in dysphoria: Maintained attention to and impaired disengagement from negative information. *Emotion*, *5*, 446–455.
164. Kuiper, N. A., & Dance, K. A. (1994). Dysfunctional attitudes, roles stress evaluations, and psychological well-being. *Journal of Research in Personality*, *28*, 245–262.
165. Kwon, S.-M., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 309–328.
166. Lewinshon, P. M., Joiner, T. E., & Rhode, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 203–215.
167. Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, *90*, 213–219.
168. Lincoln, T. M., Mehl, S., Ziegler, M., Kesting, M.-L., Exner, C., & Reif, W. (2010). Is fear of others linked to an uncertain sense of self? The relevance of self-worth, interpersonal self-concepts, and dysfunctional beliefs to paranoia. *Behavior Therapy*, *41*, 187–197.
169. Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 335-343.
170. Lyon, H. M., Kaney, S., & Bentall, R. P. (1994). The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 637-646.
171. Lyon, H. M., Startup, M., & Bentall, R.P. (1999). Social cognition and the manic defense: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 273-282.
172. Magee, J. C., Harden, K. P., & Teachman, B. A. (2012). Psychopathology and thought suppression: A quantitative review. *Clinical Psychology Review*, *32*, 189-201.

173. Magee, J. C., Teachman, B. A. (2007). Why did the white bear return? Obsessive-compulsive symptoms and attributions for unsuccessful thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2884–2898.
174. Matt, G. E., Vazquez, C., & Campbell, W. K. (1992). Mood congruent recall of affectively tones stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *12*, 227-255.
175. Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 63-78.
176. Martin, J. A., & Penn, D. L. (2001). Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 261-265.
177. McCabe, S. B. & Toman, P. E. (2000). Stimulus exposure duration in a deployment-of-attention task: Effects on dysphoric, recently dysphoric, and nondysphoric individuals. *Cognition and Emotion*, *14*, 125-142.
178. McCulloch, Y., Clare, L., Howard, R., & Peters, E. (2006). Psychological processes underlying delusional thinking in late-onset psychosis: a preliminary investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 768-777.
- 179.** McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2007). *The defensive function of persecutory delusions: an investigation using the Implicit Association Test*. *Cognitive Neuropsychiatry*. *12* (1), 1-24.
180. MacKinnon, K., Newman-Taylor, K., & Stopa, L. (2011). Persecutory delusions and the self: an investigation of implicit and explicit self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*, 54-64.
181. McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, *54*, 229-252.
182. Merrin, J., Kinderman, P., & Bentall, R. P. (2007). ‘Jumping to conclusions’ and attributional style in persecutory delusions. *Cognitive Therapy Research*, *31*, 741-58.

183. Miklowitz, D., Alatiq, Y., Geddes, J., Goodwin, G., & Williams, J. (2010). Thought suppression in patients with bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(2), 355-365.
184. Miller, G. A. (2003). The cognitive revolution: a historical perspective. *Trends in Cognitive Sciences, 7*(3), 141–144.
185. Mineka, S. & Tomarken, A. J. (1989). The role of cognitive biases in the origins and maintenance of fear and anxiety disorders. In T. Archer & L.-G. Nilsson (Eds.), *Aversion, avoidance and anxiety: perspectives on aversively motivated behavior* (pp. 195-221). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
186. Miranda, J., & Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 76-79.
187. Miranda, J., Persons, J. B., & Byers, C. N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 237-241.
188. Mitchell, P. B., Frankland, A., Hadzi-Pavlovic, D., Roberts, G., Corry, J., Wright, A., Loo, C. K., Breakspear, M. (2011). Comparison of depressive episodes in bipolar disorder and in major depressive disorder within bipolar disorder pedigrees. *British Journal of Psychiatry, 199* (4), 303 – 309.
189. Mitchell, P. & Malhi, G. S. (2004). Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disorders, 6*, 530-539.
190. Mitchell, P. B, Wilhelm, K., Parker, G., Austin, M. P., Rutgers, P., Malhi, G. S. (2001). The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 212–16.
191. Mogg, K. & Bradley, B. P. (2005). Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 29–45.
192. Mogg, K., Bradley, B. P. & Williams, R. (1995). Attentional bias in anxiety and depression: the role of awareness. *British Journal of Clinical Psychology, 34*, 17-36.

193. Mogg, K., Millar, N., & Bradley, B. P. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 695–704.
194. Moorhead, S., Samarasekera, N., & Turkington, D. (2005). Schemas, psychotic themes and depression: a preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*, 115-117.
195. Morriss, R. (2002). Clinical importance of inter-episode symptoms in patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 72*, 3-13.
196. Moritz, S., Werner, R., & von Collani G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry, 11*, 402-415.
197. Morse, J. Q., Robins, C. J., Gittes-Fox, M. (2002). Sociotropy, autonomy, and personality disorder criteria in psychiatric patients. *Journal of Personality Disorders, 16*, 549–560.
198. Nedić, A. i Živanović, O. (2009). *Psihijatrija*. Novi Sad: Medicinski fakultet Novi Sad.
199. Needleman, L. D. (1999). *Cognitive case conceptualization. A guidebook for practitioners*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
200. Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. American Psychological Association; Washington.
201. Novović, Z., Gavrilov, V. Tovilović, S, Biro, M. (2005). Neke psihometrijske karakteristike Bekove skale beznadežnosti. *Psihologija, 38 (1)*, 77-92.
202. Novović, Z., Jančić, B. i Tintarović, O. (2012). *Kako dopreti do sadržaja depresivne šeme? Srpski test ispreturnih rečenica*. Rad prezentovan na 60. Saboru psihologa Srbije, Beograd, Srbija.
203. Novović, Z., Mihić, Lj., Tovilović, S., & Biro, M. (2014). Measuring vulnerability to depression: The Serbian Scrambled Sentences Test. *Psihologija, 47 (1)*, 33-48.

204. Novović, Z., Mihić, Lj., Tovilović, S., Jovanović, V., & Biro, M. (2011). Psihometrijske karakteristike Bekove skale depresivnosti na uzorku studenata u Srbiji. *Psihologija*, *44*, 225-243.
205. Novy, D. M., Nelson, D. V., Goodwin, J., Rowzee, R. D. (1993). Psychometric comparability of the state-trait anxiety inventory for different ethnic subpopulations. *Psychological Assessment*, *5*, 343–349.
206. Ohrt, T., Thorell, L. H., Sjödin, I., d'Elia, G. (1998). Are dysfunctional attitudes in depressive disorder trait or state dependent? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *97*, 419–422.
207. Ouimette, P. C., Klein, D. N., Anderson, R., & Riso, L. P. (1994). Relationship between sociotropy/ autonomy and dependency/self-criticism to DSM-III-R personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 743–749.
208. Otto, M. W., Teachman, B. A., Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., & Harlow, B. L. (2007). Dysfunctional attitudes and episodes of major depression: Predictive validity and temporal stability in never-depressed, depressed, and recovered women. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 475–483.
209. Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J. & Leplow (2005). Attention and executive functions in remitted Major Depression patients. *Journal of Affective Disorders*, *89*, 125–135.
210. Palmier-Claus, J., Dunn, G., Morrison, A. P., Lewis, S. W. (2011). The role of metacognitive beliefs in stress sensitisation, self-esteem variability, and the generation of paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *16*, 530-546.
211. Pardoën, D., Bauwens, F., Tracy, A., Martin, F., & Mendlewicz, J. (1993). Self-esteem in recovered bipolar and unipolar out-patients. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 755–762.
212. Pavlova, B., Uher, R., Dennington, L., Wright, K., & Donaldson, C. (2011). Reactivity of affect and self-esteem during remission in bipolar affective disorder: an experimental investigation. *Journal of Affective Disorders*, *134(1-3)*:102-111.
213. Persons, J. B., & Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: Reconciling negative evidence. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 485–502.

214. Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, *91*, 347-374.
215. Pickering, L., Simpson, J., & Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1212-1224.
216. Post, R. M., Rubinow, D. R., Ballenger, J. C. (1984). Conditioning, sensitization, and kindling: Implications for the course of affective illness. In: Post, R. M., Ballenger, J. C., (Eds.). *The Neurobiology of Mood Disorders*. Baltimore, M. D.: Williams & Wilkins.
217. Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C.F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS): A comparison of forms A and B and proposals for a new sub-scaled version. *Journal of Research in Personality*, *28*, 263-276.
218. Raes., F. & Van Gucht, D. (2009). Paranoia and instability of self-esteem in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *47*, 928-932.
219. Raskin, R., Novacek, J., & Hogan, R. (1991). Narcissistic self-esteem management. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 911 - 918.
220. Rassin, E. (2005). *Thought Suppression*. New York: Elsevier.
221. Rassin, E., Merckelbach, H., & Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: a critical review. *Clinical Psychology Review*, *20*, 973–995.
222. Rector, N. (2004). Cognitive theory and therapy of schizophrenia. In RL Leahy, (Ed.) *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice*, pp. 244-268.
223. Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M., & Whitehouse, W. G. (1999). Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 567–578.
224. Renaud, J. M., & McConnell, A. R. (2002). Organization of the self-concept and the suppression of self-relevant thoughts. *Journal of Experimental Social Psychology*, *38*, 79-86.

225. Reus, Freimer (1997). Understanding the genetic basis of mood disorders: Where do we stand? *American Journal of Human Genetics*, *60*, 1283–1288.
226. Roberts, J. E., & Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, *14*, 161–181.
227. Robson, P. J. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychological Medicine*, *19*, 513–518.
228. Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press: Princeton, USA
229. Rosenfarb, I. S., Becker, J., Khan, A., & Mintz, J. (1998). Dependency and self-criticism in bipolar and unipolar depressed women. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*, 409-14.
230. Rude, S. S., Durham-Fowler, J. A., Baum, E. S., Rooney, S. B., & Maestas, K. L. (2010). Self-report and cognitive processing measures of depressive thinking predict subsequent major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *34*, 107-115.
231. Rude, S. S., Wenzlaff, R. M., Gibbs, B., Vane, J., & Whitney, T. (2002). Negative processing biases predict subsequent depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, *16*, 423–440.
232. Sayers, S. L., & Baucom, D. H. (1995). Multidimensional scaling of spouses' attributions for marital conflicts. *Cognitive therapy and research*, *19*, 667-694.
233. Scott, J. & Pope, M. (2003). Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychological Medicine*, *6*, 1081–1088.
234. Scott, J., Stanton, B., Garland, A., & Ferrier, I. (2000). Cognitive vulnerability in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, *30*, 467–472.
235. Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2010). Prospective evaluations of a cognitive vulnerability-stress model for depression: The interaction of schema self-structures and negative life events. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 1307-1323.

236. Sedikides, C. (1994). Incongruent effects of sad mood on self-conception valence: It's a matter of time. *European Journal of Social Psychology*, *24*, 161-172.
237. Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, *103*, 147-162.
238. Segal, Z. V., & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, *14*, 663-695.
239. Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Cognition in depression: A reappraisal of Coyne & Gotlib's critique. *Cognitive Therapy and Research*, *10*, 671-694.
240. Segal, Z. V., & Vella, D. D. (1990). Self-schema in major depression: Replication and extension of a priming methodology. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 161-176.
241. Shane, M.S. & Peterson, J.B. (2007). An evaluation of early and late stage attentional processing of positive and negative information in dysphoria. *Cognition and Emotion*, *21*, 789-815.
242. Smith E. R., & DeCoster, J. (1999). Associative and rule-based processing: A connectionist interpretation of dual process models. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual process theories in social psychology* (pp. 323-336). New York: Guilford Press.
243. Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, *86*, 181-188.
244. Solomon, A., Haaga, D. A. F., Brody, C., Kirk, L., & Friedman, D. G. (1998). Priming irrational beliefs in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 440-449.
245. Stroop, J. R. (1935a). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, *18*, 643-662.
246. Svetska zdravstvena organizacija Ženeva (1992). *ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

247. Teasdale, J.D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, *26*, 113–126.
248. Tesser, A. (2000). On the confluence of self-esteem maintenance mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, *4*, 290–299.
249. Thewissen, V., Bentall, R., Lecomte, T., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2008). Fluctuations in self-esteem and paranoia in the context of daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*, 143–153.
250. Thewissen, V., Bentall, R.P., Oorschot, M., Campo, J.A., van Lierop, T., van Os, J., & Myin-Germeys (2011). Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: an experience sampling study. *British Journal of Clinical Psychology*, *50*, 178-195.
251. Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2007) Instability in self-esteem and paranoia in a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 1–5.
252. Tracy, A., Bauwens, F., Martin, F., Pardoën, D., & Mendlewicz, J. (1992). Attributional style and depression: A controlled comparison of remitted unipolar and bipolar patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *31*, 83–84.
253. Traill, S. K., & Gotlib, I. H. (2006). Cognitive diathesis-stress models of depression: What are we really measuring? In L.B. Alloy & J. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 155-171). New York: Erlbaum.
254. Trebješanin, Ž. (2004). *Rečnik psihologije* (3. pregledano izdanje). Beograd: Stubovi kulture.
255. Udachina, A., Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Fitzpatrick, S., O'kane, A., & Bentall, R.P. (2009). Understanding the relationships between self-esteem, experiential avoidance, and paranoia: structural equation modelling and experience sampling studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 661-668.

256. Valiente, C., Cantero, D., Vazquez, C., Sanchez, A., Provencio, M. & Espinosa, R. (2011). Implicit and explicit self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *Journal of abnormal psychology, 120*, 691-699.
257. Vázquez, C., Díez-Alegría, C., Hernández-Lloreda, M. J., & Moreno, M. N. (2008). Implicit and explicit self-schema in active deluded, remitted deluded, and depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 587-599.
258. Voyer, M., & Cappeliez, P. (2002). Congruency between depressogenic schemas and life events for the prediction of depressive relapse in remitted older patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 165–177.
259. Walsh, J. P. and Charalambides, L. C. (1990). Individual and social origins of belief structure change. *Journal of Social Psychology, 130* (4), 517-532.
260. Warman, D. M., Lysaker, P. H., Luedtke, B., & Martin, J. M. (2010). Self-esteem and delusion proneness. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 455-457.
261. Watkins, E., & Moulds M. (2007). Reduced concreteness of rumination in depression. *Personality and Individual Differences, 43*, 1386–1395.
262. Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101*, 34-52.
263. Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. III, & White, T. L. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5-13.
264. Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615–640.
265. Weissman, A. & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary Investigation*. Paper presented at the Education Research Association; Toronto, Ontario, Canada.
266. Wenzlaff, R.M. (1988). *Automatic information processing in depression*. Paper presented at the International Conference on Self-Control, Nags Head, NC.

267. Wenzlaff, R. M. (1993). The mental control of depression: Psychological obstacles to emotional well-being. In D.M. Wegner & J.W. Pennebaker(Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 239–257). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
268. Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1559–1571.
269. Wenzlaff, R. M., & Eisenberg, A. R. (2001). Mental control after dysphoria: Evidence of a suppressed, depressive bias. *Behavioral Therapy*, *32*, 27–45.
270. Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D., (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, *27*, 293–308.
271. Wenzlaff, R. M., Meier, J., & Salas, D. M. (2002). Thought suppression and memory biases during and after depressive moods. *Cognition and Emotion*, *16*(3), 403-422.
272. Wenzlaff, R. M., Rude, S. S., Taylor, C. J., Stultz, C. H., & Sweatt, R. A. (2001). Beneath the veil of thought suppression: Attentional bias and depression risk. *Cognition and Emotion*, *15*, 435–452.
273. Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, *51*, 51–91.
274. Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Klein, S. B. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 500-508.
275. Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Roper, D. W. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*(6), 882-892.
276. Westra, H.A. and Kuiper, N. A. (1996). Communalities and specificities of dysfunctional cognitions, and the prediction of four different forms of psychological maladjustment. *Personality and Individual Differences*, *20*, 575-588.

277. Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, *120*, 3-24.
278. Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorder*. Chichester, England: Wiley.
279. Winters, K. & Neale, J. (1985). Mania and low self-esteem. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 282 -290.
280. Won, H. T., & Lee, H. J. (1997). The self-concept and attributional style in a paranoid group. *Korean Journal of Clinical Psychology*, *16*, 173–182.
281. Wortman, C. B., & Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes : An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In Berkowitz, L., Ed., *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 8. NewYork : Academic Press.
282. Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A. 3rd, Bondi, C. M., & Pilkonis, C.A. (1999). Vulnerability to depression: reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 76-89.

PRILOG

Prilog 1. Informacije za ispitanika

INFORMACIJE ZA ISPITANIKA

SVRHA ISTRAŽIVANJA

Ovim putem želimo da Vas zamolimo da učestvujete u istraživanju koje ima za cilj da ispita specifičnost slike o sebi kod pojedinaca, kao i njenu stabilnost u toku vremena.

Vašim učešćem biste značajno doprineli realizaciji ovog istraživanja koje predstavlja doktorsku disertaciju, i time pomogli u rešavanju značajnih naučnih pitanja.

TRAJANJE

Od Vas se očekuje da popunite bateriju papir-olovka testova, kao i da rešite jedan upitnik na računaru. Za popunjavanje upitnika će vam trebati oko 30 min.

RIZIK

U istraživanju nema nikakvih rizika po fizičko ili mentalno zdravlje.

KOMPENZACIJA I ODUSTAJANJE OD UČEŠĆA

Vaše učešće u istraživanju je dobrovoljno i iz njega možete istupiti kad god želite, bez potrebe da objašnjavate lične razloge.

PRIVATNOST-ANONIMNOST

Vaš identitet će biti kompletno zaštićen jer lični podaci o Vama neće biti nigde spominjani, a Vaši rezultati će biti obrađivani grupno sa rezultatima svih ostalih ispitanika.

ZAVRŠNE INFORMACIJE

O ostalim informacijama o ovom istraživanju možete da kontaktirate ispitivača, Tanju Bošković, bilo kada u narednih 3 godine, na mejl boskovictanja1@gmail.com.

Prilog 2. Izjava saglasnosti o učešću u istraživanju

Izjava saglasnosti:

Pročitao/la sam i razumeo/la date informacije i pristajem na učešće u ovom istraživanju:

- 1) Da, pristajem da učestvujem.
- 2) Ne, ne pristajem da učestvujem.

POTPIS ISPITANIKA _____

Datum: _____

HVALA NA SARADNJI!

Prilog 3. Formular podataka za bolničke pacijente:

Pol: M Ž	Datum prijema na kliniku: _____	Datum ispitivanja: _____
Godina rođenja: _____	Mesto stanovanja: _____	Zanimanje: _____
Školska sprema: _____	Bračno stanje (deca): _____	Živi sa: _____
Trajanje poslednje epizode poremećaja: _____		
Dijagnoza (prema ICD-10):		
depresivne epizode	F32 (.0 .1 .2 .3 .8 .9)	
sa somatskim (endogenim simptomima) DA NE		
rekurentni depresivni poremećaj	F33 (.0 .1 .2 .3 .4 .8 .9 .)	
sa somatskim (endogenim simptomima) DA NE		
perzistentni poremećaj raspoloženja	F34(.1 .8 .9)	
drugi poremećaj raspoloženja	F38 (.1 .8)	
nespecificovan poremećaj raspoloženja	F39	
kratkotrajna depresivna reakcija	F43 2.21	
perzistentni poremećaj sa sumanutošću	F22 (.0, .8., .9)	
paranoidni poremećaj ličnosti	F60.0	
drugi akutni pretežno sumanuti		
psihotični poremećaj	F23.3	
bipolarna afektivni poremećaj	F31 (0, 1, 2) bez ranijih depresivnih epizoda	
bipolarni afektivni poremećaj	F31 (3, 4, 5)	
sa somatskim (endogenim simptomima) DA		NE
Dodatna (komorbidna dijagnoza): DA NE Koja? _____		
Dodatne telesne bolesti: DA NE Koje? _____		
Psihijatrijski hereditet: DA NE Koji? _____		
Precipitirajući događaj za ovu hospitalizaciju: DA NE Koji? _____		
Farmakoterapija (sada): DA NE Koja? _____		
Psihoterapija (sada): DA NE _____		
Ranije hospitalizovani: DA NE Koliko puta? _____		
Ranije dijagnoze: _____		

Prilog 4. Formular podataka za ambulantne pacijente

Pol:	M	Ž	Datum otpusta sa klinike:	_____	Datum ispitivanja:	_____
Godina rođenja:	_____	Mesto stanovanja:	_____			
Zanimanje:	_____	Školska sprema:	_____			
Bračno stanje (deca):	_____	Živi sa:	_____			
Trajanje poslednje epizode poremećaja:	_____					
Dijagnoza zbog koje je poslednji put hospitalizovan (prema I CD-10):						
depresivne epizode			F32 (.0 .1 .2 .3 .8 .9)			
	sa somatskim (endogenim simptomima)		DA	NE		
rekurentni depresivni poremećaj			F33 (.0 .1 .2 .3 .4 .8 .9 .)			
	sa somatskim (endogenim simptomima)		DA	NE		
perzistentni poremećaj raspoloženja			F34(.1 .8 .9)			
drugi poremećaj raspoloženja			F38 (.1 .8)			
nespecificovan poremećaj raspoloženja			F39			
kratkotrajna depresivna reakcija			F43 2.21			
bipolarni afektivni poremećaj			F31 (3, 4, 5)			
	sa somatskim (endogenim simptomima)		DA	NE		
Dodatna (komorbidna dijagnoza):	DA	NE	Koja?	_____		

Dodatne telesne bolesti:	DA	NE	Koje?	_____		

Psihijatrijski hereditet:	DA	NE	Koji?	_____		
Farmakoterapija (sada):	DA	NE	Koja?	_____		
Psihoterapija (sada):	DA	NE	Koja?	_____		
Ukupan broj hospitalizacija:	_____					
Dijagnoze pre poslednje hospitalizacije:	_____					

Prilog 5. Formular podataka za kontrolnu grupu

Pol: M Ž Datum ispitivanja: _____
Godina rođenja: _____ Mesto stanovanja: _____
Zanimanje: _____ Školska sprema: _____
Bračno stanje (deca): _____ Živi sa: _____
Da li ste se ikada obraćali psihologu ili psihijatru za pomoć? DA NE
Da li ste a) ambulantno b) bolnički lečeni zbog psihičkih tegoba? DA NE
Zbog kakvih tegoba (eventualno dg): _____

Imate li sada potrebu za psihološkom psihijatrijskom pomoći (zbog kojih tegoba)?

Telesne bolesti (koje?): _____
Psihijatrijski hereditet: DA NE Koji? _____
Farmakoterapija (psihijatrijska): DA NE Koja? _____

Psihoterapija (sada): DA NE Koja? _____

Prilog 6. SST

Ovo je test verbalnih sposobnosti koji se sastoji od dva dela. U oba dela, biće Vam prikazivani nizovi od šest reči, od kojih može da se sastavi rečenica. Vaš zadatak je da iskoristite 5 od ponuđenih 6 reči i konstruišete rečenicu. Odgovor dajete tako što upisujete broj (od 1 do 5) iznad 5 reči, koji treba da odgovara redosledu reči u rečenici koju ste sastavili.

Primer:

2 1 4 5 3

DRUG ZELENE MOJ PLAVE OČI IMA.

Od svakog niza reči moguće je napraviti više rečenica, ali treba da se odlučite samo za jedno rešenje.

Važno je da **radite što brže, jer je vreme za rad ograničeno** i da rešite što više rečenica. Ne možete da korigujete greške. Ukoliko pogrešite pređite na sledeću rečenicu.

Pre početka prvog dela testa, biće vam prikazan šestocifreni broj koji treba da pamtite sve vreme dok radite rečenice i da ga reprodukujete na kraju prvog dela kada vam kažemo da je vreme isteklo.

Nakon što vam damo znak za početak, okrenite list i počnite sa radom.

Kada vam kažemo da je vreme isteklo, prestanite sa radom i ostavite olovku na sto.

Hvala!

1. deo

PRIMER REŠENJA:					
	2	1	4	5	3
	DRUG	ZELENE	MOJ	PLAVE	OČI IMA
1	SAM ŽIVOTU U UGLAVNOM PROMAŠIO USPEO				
2	NESREĆAN ĆU OČEKUJEM DA SREĆAN BITI				
3	LOŠ MISLIM SAM ČOVEK DA DOBAR				
4	CILJEVE ĆU OSTVARITI SVOJE JA NEĆU				
5	JE ŽIVOT MENI DOBAR PREMA SUROV				
6	RAZVESELIO SAM MNOGE RAZOČARAO SVOJE PRIJATELJE				
7	LOŠE JA DOBRO SE OBIČNO OSEĆAM				
8	SEBE SAM RAZOČARAN U SIGURAN JA				
9	PRAZNO DOBRO ŽIVOT PRILIČNO MI IZGLEDA				
10	USPEH SIGURNO PONOVO DOŽIVETI ĆU PORAZ				

11	DRUGIMA VEOMA BITI MOGU KORISTAN NE
12	ZAUVEK ŽIVIM SPAVAM DA ŽELEO BIH
13	BEZ PUN PRILIČNO OBIČNO SAM ENERGIJE
14	ŠTO ZAISTA VOLIM SAM ONO NE
15	TUŽNE UGLAVNOM MOJE SU USPOMENE POZITIVNE
16	UREDNA OSOBA JA SASVIM PROMAŠENA SAM
17	JE VEOMA INTERESANTAN ŽIVOT STRESAN MOJ
18	SA RAZOČARAN ZADOVOLJAN LJUDIMA SAM ODNOSIMA
19	SIGURAN PRI SAM ODLUČIVANJU JA NESIGURAN
20	PRILIČNO NARUŠENO JE ZDRAVLJE MOJE DOBRO
21	BRINEM SE STARAM SVOJU ZA BUDUĆNOST
22	JA SAM ADEKVATNA NEADEKVATNA OSOBA PRETEŽNO

23	PONUDEM DA MOGU MALO TOGA MNOGO
24	PAŽNJE SAM VREDAN LJUDSKE NISAM JA
25	GORI JA BOLJI SAM DRUGIH OD
26	PRIJATELJE NAŠAO DOBRE SAM IZGUBIO MNOGE
27	POMOGNE MI NEMAM NIKOG DA SMETA
28	LOŠE PRED VIDIM SOBOM STVARI DOBRE

U pravougaonik upišite broj koji je bio prikazan pre početka prvog dela.

Prvi deo eksperimenta je završen. Vaš zadatak u drugom delu je isti kao i u prvom, ali sada nećete morati da pamtite broj dok radite zadatak.

Kada vam damo znak, okrenite stranicu i počnite sa radom.

1	MI SE PRILIČNO KONCENTRACIJA POGORŠALA POBOLJŠALA
2	IZGLED FIZIČKI PRIJATAN MOJ NEPRIJATAN JE
3	ČINI PUNO NESREĆNIM SREĆNIM STVARI ME
4	VEOMA SVETLA BUDUĆNOST IZGLEDA MI MRAČNA
5	PRETEŽNO ZANIMLJIV JE MOJ DOSADAN ŽIVOT
6	DRUŠTVU OBIČNO PRIHVAĆEN SAM U NEPRIHVAĆEN
7	SUPERIORAN U SAM JA POTPUNOSTI INFERIORAN
8	DRAGOCEN ŽIVOT BEZVREDAN SMATRAM JE DA
9	POŠTUJU ME SMATRAM LJUDI SUMNJAM DA
10	SMATRAM USPEŠAN SAM BEZUSPEŠAN PRETEŽNO DA
11	ZAISTA VOLE ME ZASLUŽUJEM NE DA

12	SVOJE PRIJATELJE IZGUBIO NASMEJAO SVE SAM
13	SREĆU ČOVEK NE ZAISTA NAĆI MOŽE
14	SE POGORŠAO FIZIČKI POBOLJŠAO MOJ IZGLED
15	LJUDI MENI MISLE DOBRO O LOŠE
16	NE LJUDI OBIČNO RAZUMEJU SASVIM ME
17	UPROPASTIM ŽIVOT SE DA ULEPŠAM TRUDIM
18	NE UGLAVNOM ZADOVOLJAVAM OČEKIVANJA JA DRUGIH
19	SVE UPROPASTIO SVOJE ŠANSE SAM ISKORISTIO
20	SA STRAHOM NA NADOM GLEDAM BUDUĆNOST
21	DA USPEM VELIKE IMAM ŠANSE PROPADNEM
22	VOLE ME LJUDI MISLIM IZBEGAVAJU DA
23	VEOMA OBIČNO LOŠE SAM DOBRO RASPOLOŽEN

24	NEMAM SE ČEMU IMAM DA NADAM
25	MISLI TUŽNE SU MI VESELE OBIČNO
26	JA UNIŠTAVAM ŽIVOT OBOGAĆUJEM SVOJ STALNO
27	BUDUĆNOSTI SAM VEZI BEZBRIŽAN U ZABRINUT
28	MI ŽIVOT SREĆAN JE NESREĆAN BIO

Prilog 7. PDSQ

Za svako pitanje zaokružite DA ukoliko opisuje Vaša osećanja, ponašanja ili razmišljanja. Ukoliko se ne odnosi na Vas zaokružite NE.

DA	NE	62. ... da li su vam se neke stvari zaista desile, ali su vam drugi ljudi rekli da ste ih vi umislili?
DA	NE	63. ... da li ste bili ubeđeni da vas drugi ljudi posmatraju, govore o vama, ili vas špijuniraju?
DA	NE	64. ... da li ste mislili da ste u opasnosti jer neko kuje zaveru protiv vas?
DA	NE	65. ... da li ste mislili da imate posebne moći koje drugi ljudi nemaju?
DA	NE	66. ... da li ste mislili da neka spoljašnja moć ili sila kontroliše vaše telo ili um?
DA	NE	67. ... da li ste čuli glasove koje drugi ljudi nisu čuli, ili ste videli stvari koje drugi ljudi nisu videli?

Prilog 8. BART

Molimo Vas da na devetostepenoj skali ocenite koliko Vas svaka od navedenih osobina opisuje, ako 1 znači uopšte me ne opisuje a 9 u potpunosti me opisuje.

Rasejan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ljubomoran	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Aktivan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Živahan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Avanturista	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ugladjen	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Agresivan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Sklon razmišljanju	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Budan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Skroman	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sklon raspravljanju	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Muzikalan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Rečit	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Džangrizav	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sramežljiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Naivan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ogorčen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Širokih shvatanja	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Umišljen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Optimističan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Studiozan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Pasivan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Samouveren	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Učtiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mrzovoljan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Svadljiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Kulturan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Nestrpljiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Neiskren	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tajnovit	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Otvoren	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Siguran	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pravedan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Samokritičan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Fleksibilan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Nesiguran	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Zaboravan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Spontan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Zlovoljan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Pun poštovanja	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bespomoćan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Pričljiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Koristan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Štedljiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nezreo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Iskren	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Impulsivan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Nepredvidiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nepouzdan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Netačan (vreme)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Neodlučan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Nejasan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Neefikasan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Dobrih manira	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nesiguran	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Mudar	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Neodgovoran	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Elokventan	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Razdražljiv	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Pesimističan	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Prilog 9. DAS 24

Upustvo: Ovaj upitnik sadrži tvrdnje o različitim uverenjima i stavovima koje ljudi imaju. Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i odlučite u kojem stepenu se slažete ili ne slažete sa njom. Odgovor ćete dati tako što ćete **zaokružiti jedan broj koji najbolje opisuje kako vi razmišljate većinu vremena**. Odgovorite na svaku tvrdnju i zaokružite samo jedan broj. Nema tačnih i pogrešnih odgovora, jer su ljudi različiti i imaju različita uverenja. **Brojevi imaju sledeća značenja:**

1 – uopšte se ne slažem 2 – uglavnom se ne slažem 3 – delimično se ne slažem 4 – neutralno
5 – delimično se slažem 6 – uglavnom se slažem 7 – u potpunosti se slažem

1.	Ako nisam uspešna osoba život mi je promašen.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Ukoliko nisam stalno uspešan, ljudi me neće poštovati.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Ako delimično ne uspem, to je podjednako loše kao i da sam potpuno neuspešan.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Ukoliko sebi ne postavim najviše standarde, verovatno ću završiti kao drugorazredna osoba.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Ako napravim neku grešku, ljudi će imati lošije mišljenje o meni.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Ljudi sa dobrim idejama su bolji od onih koji takve ideje nemaju.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Ako vredim kao osoba, moram biti najbolji bar u nečemu.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Moram biti korisna, produktivna, kreativna osoba inače moj život nema svrhe.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Ja sam niko i ništa ako me ne voli osoba koju volim.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mogu biti srećan i kada nisam voljen.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Ako se ne sviđaš drugim ljudima, ne možeš biti srećan.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Jako je važno šta drugi misle o meni.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Moja sreća više zavisi od drugih ljudi nego od mene.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Ako nemaš na koga da se osloniš, moraš biti tužan.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Da bi bio srećan ne moraš biti voljen.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Da bih bio srećan nije mi potrebno odobravanje drugih ljudi.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Mogu da ostanem smiren kada me neko kritikuje.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Moram uvek da imam potpunu kontrolu nad svojim osećanjima.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Moram stalno da budem srećan.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Čovek mora da bude u stanju da kontroliše šta mu se dešava.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Ako se dovoljno potrudim morao bih da uspem u svemu što pokušam.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Moram da budem sposoban da brzo i bez previše napora rešavam svoje probleme.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Kad god se prepustim slučaju ili rizikujem, samo tražim nevolju.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Čega god se čovek prihvati mora da to radi dobro.	1	2	3	4	5	6	7

Prilog 10. CORE-OM

Pred vama se nalaze 34 tvrdnje koje opisuju kako ste se mogli osećati u **POSLEDNJIH NEDELJU DANA**. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju i procenite koliko ste se često u poslednjih nedelju dana tako osećali. Svoju procenu označite zaokruživanjem određenog broja. Brojevi imaju sledeće značenje:

0 = nikad 1 = vrlo retko 2 = povremeno 3 = često 4 = skoro uvek

1. Osećao sam se strašno usamljeno i izolovano.	0	1	2	3	4
2. Osećao sam napetost, strepnju ili nervozu.	0	1	2	3	4
3. Osećao sam da imam kome da se obratim za pomoć u slučaju potrebe.	0	1	2	3	4
4. Bio sam zadovoljan sobom.	0	1	2	3	4
5. Bio sam potpuno bez volje i energije.	0	1	2	3	4
6. Bio sam fizički nasilan prema drugima.	0	1	2	3	4
7. Osećao sam se sposobnim da se izborim sa poteškoćama.	0	1	2	3	4
8. Mučili su me bolovi i drugi fizički problemi.	0	1	2	3	4
9. Padalo mi je na pamet da se povredim.	0	1	2	3	4
10. Bilo mi je previše naporno da razgovaram sa drugima.	0	1	2	3	4
11. Napetost i strepnja su me sprečavale da obavljam važne stvari.	0	1	2	3	4
12. Bio sam zadovoljan zbog stvari koje sam uradio.	0	1	2	3	4
13. Uznemiravale su me neželjene misli i osećanja.	0	1	2	3	4
14. Dolazilo mi je da zaplačem.	0	1	2	3	4
15. Osećao sam paniku ili užas.	0	1	2	3	4
16. Planirao sam kako da okončam svoj život.	0	1	2	3	4
17. Osećao sam da su me problemi preplavili.	0	1	2	3	4
18. Imao sam problema sa spavanjem.	0	1	2	3	4
19. Osećao sam bliskost prema nekom.	0	1	2	3	4
20. Previše sam brinuo o svojim problemima.	0	1	2	3	4
21. Bio sam u stanju da obavim skoro sve što je trebalo.	0	1	2	3	4
22. Pretio sam drugima ili ih zastrašivao.	0	1	2	3	4
23. Osećao sam se očajno i beznadežno.	0	1	2	3	4
24. Pomišljalo sam da bi bilo bolje da me nema.	0	1	2	3	4
25. Osećao sam se kritikovanim.	0	1	2	3	4
26. Činilo mi se da nemam prijatelja.	0	1	2	3	4
27. Bio sam nesrećan.	0	1	2	3	4
28. Uznemiravale su me neprijatne slike ili sećanja.	0	1	2	3	4
29. Bio sam razdražljiv u prisustvu drugih ljudi.	0	1	2	3	4
30. Mislio sam da sam kriv za svoje problem.	0	1	2	3	4
31. Bio sam optimističan u vezi svoje budućnosti.	0	1	2	3	4
32. Uspevao sam do postignem ono što sam i želeo.	0	1	2	3	4
33. Osećao sam se poniženim.	0	1	2	3	4
34. Povređivao sam sebe fizički ili ozbiljno rizikovao svoje zdravlje	0	1	2	3	4