



UNIVERZITET U NOVOM SADU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSEK ZA PSIHOLOGIJU

**SHIZOTIPIJA IZMEĐU VULNERABILNOSTI
ZA MENTALNI POREMEĆAJ I ADAPTIVNOG
POTENCIJALA: VALIDACIJA MODELA
BENIGNE SHIZOTIPIJE**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentori: Prof. dr Zdenka Novović
Prof. dr Ljiljana Mihić

Kandidat: Ivana Novakov, MA

Novi Sad, 2017. godine

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	Ivana Novakov
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje): MN	Prof. dr Zdenka Novović, redovni profesor Prof. dr Ljiljana Mihić, vanredni profesor
Naslov rada: NR	Shizotipija između vulnerabilnosti za mentalni poremećaj i adaptivnog potencijala: validacija modela benigne shizotipije
Jezik publikacije: JP	Srpski jezik
Jezik izvoda: JI	srp. / eng.
Zemlja publikovanja: ZP	Republika Srbija
Uže geografsko područje: UGP	Autonomna pokrajina Vojvodina
Godina: GO	2017.
Izdavač: IZ	autorski reprint
Mesto i adresa: MA	Dr Zorana Đinđića 2, 21 000 Novi Sad, Republika Srbija

Fizički opis rada: FO	(5 poglavlja / 396 stranica / 6 slika / 20 tabela / 13 grafikona / 629 referenci / 30 priloga)
Naučna oblast: NO	Psihologija
Naučna disciplina: ND	Klinička psihologija, psihopatologija
Predmetna odrednica, ključne reči: PO	benigna shizotipija, zdrava shizotipija, magijsko mišljenje, mentalno zdravlje, kreativnost
UDK	159.954.072:616.89-008
Čuva se: ČU	FILOZOFSKI FAKULTET, Centralna Biblioteka
Važna napomena: VN	Nema
Izvod: IZ	<p>Shizotipija podrazumeva sklonost ka neobičnim perceptivnim iskustvima, magijskom mišljenju, socijalnom povlačenju, anhedoniji i dezorganizovanosti na planu mišljenja i ponašanja. Iz ugla kvazi-dimenzionalnog modela, smatra se da ova odlika ličnosti predstavlja subkliničku formu shizofrenije i da označava vulnerabilnost za razvoj psihotičnog poremećaja. Međutim, zagovornici potpuno dimenzionalnog modela mišljenja su da shizotipija predstavlja neutralnu dimenziju ličnosti na kojoj svi ljudi (a ne samo vulnerabilni pojednici) u većoj ili manjoj meri variraju i koja može biti povezana kako sa mentalnim zdravljem, tako i sa mentalnim poremećajem. Na temelju potpuno dimenzionalnog pristupa, razvio se model „benigne“, tj. „zdrave“ shizotipije koji oslikava stav da neke osobe, uprkos neobičnim psihičkim doživljajima, mogu imati visoko postignuće na merama blagostanja, kreativnosti i duhovnosti, te biti visoko funkcionalne. Međutim, empirijski nalazi u ovoj oblasti uglavnom su kontradiktorni, a koncept benigne shizotipije i dalje je kontroverzan i u značajnoj meri suprotstavljen tradicionalnim kliničkim shvatanjima. Stoga je primarni cilj ovog rada bila replikacija rezultata koji pokazuju da je u nekliničkoj populaciji moguće registrovati klaster koji odgovara fenomenu benigne shizotipije, te validacija ovog klastera kroz</p>

	<p>istraživanje relacija sa mentalnim zdravljem, kreativnošću, kognitivnim, personalnim i sredinskim varijablama, u cilju proširivanja korpusa znanja o ovom fenomenu.</p> <p>Inicijalno, 775 učesnika prosečne starosti 20.49 godina, pretežno ženskog pola (83.9%) popunilo je Skraćeni revidirani upitnik za procenu shizotipalne ličnosti (SPQ-BR) koji meri interpersonalnu, dezorganizovanu i kognitivno-perceptivnu dimenziju. Na dobijenim skorovima sprovedena je dvoetapna kros-validaciona klaster analiza koja je podržala četvoroklastersko rešenje. Registrovani su: klaster socijalnog povlačenja, klaster niske shizotipije (sve dimenzije ispod proseka), klaster neobičnih iskustava i klaster visoke shizotipije (sve tri dimenzije visoko izražene). Nakon što su iz dalje procedure isključeni ispitanici koji su ostvarili visoke rezultate na skalama socijalne poželjnosti (SSP), psihotičnih simptoma (PDSQ) i nasumičnog odgovaranja, u okviru svakog klastera, nasumično je pozvano 50 ispitanika radi učešća u sveobuhvatnom testiranju. To je rezultiralo konačnim uzorkom od 181 ispitanika, prosečne starosti 20.09 godina, pretežno ženskog pola (87.3%). Ispitanici su individualno popunili opsežnu bateriju testova (Upitnik o socio-demografskim i biografskim podacima, listu kritičnih ajtema sa upitnika PDSQ, Inventar velikih pet (BFI), Tellegenovu skalu apsorpcije (TAS), Kontinuum mentalnog zdravlja – kratka forma (MHC-SF), Biografski inventar kreativnog ponašanja (BICB), zadatak fonemske fluentnosti, Test pravljenja traga (TMT), zadatak Brojevi (unapred i unazad) sa VITI-a, zadatak divergentne produkcije), te prošli kroz proceduru za merenje meta-kognicija.</p> <p>Sproveden je χ^2 test, kao i serija ANOVA i MANOVA, radi utvrđivanja razlika između klastera na merenim varijablama. Rezultati su pokazali da klaster niske shizotipije i klaster neobičnih iskustava izveštavaju o povoljnijim demografskim i biografskim faktorima,</p>
--	---

	<p>manifestuju povoljniji sklop osobina ličnosti sa upitnika BFI i ostvaruju značajno bolje rezultate na merama blagostanja u odnosu na ostala dva klastera. Ispostavilo se da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava imaju manje psihopatoloških simptoma u odnosu na klaster visoke shizotipije, kao i da postižu značajno više rezultate na meri apsorpcije u odnosu na klaster niske shizotipije, a značajno niže rezultate u poređenju sa klasterom visoke shizotipije. Pronađeno je da ispitanici iz klastera visoke shizotipije ostvaruju značajno lošije postignuće na Brojevima unapred u odnosu na klaster niske shizotipije, te da manifestuju više maladaptivnih meta-kognicija u odnosu na klaster niske shizotipije i socijalnog povlačenja. Nisu registrovane značajne razlike između klastera na merama kreativnog ponašanja, divergentnog mišljenja, fonemske fluentnosti i na TMT-u.</p> <p>Rezultati našeg istraživanja pokazali su da od tri klastera sa povišenim skorovima na dimenzijama shizotipije, klaster neobičnih iskustava u najvećoj meri odgovara benignoj shizotipiji jer pokazuje najadaptivnije karakteristike. Sa druge strane, klaster visoke shizotipije manifestuje najviše indikatora disfunkcionalnosti. Naši rezultati pretežno podržavaju koncept benigne shizotipije, pokazujući da pojedine osobe, iako imaju neobična mentalna iskustva i doživljaje, mogu manifestovati visoko blagostanje, povoljan sklop nekliničkih osobina ličnosti, te odlike kao što su sklonost ka apsorpciji i duhovnosti, uz povoljne korelate u vidu određenih demografskih i biografskih faktora. Ipak, naši rezultati dovode u pitanje dosadašnje nalaze o povezanosti između shizotipije i kreativnosti, te postavljaju nova pitanja i izazove u vezi sa budućnošću koncepta benigne shizotipije.</p>
Datum prihvatanja teme od strane NN veća: DP	03. februar 2017.
Datum odbrane: DO	

<p>Članovi komisije: (ime i prezime / titula / zvanje / naziv organizacije / status) KO</p>	<p>predsednik: član: član:</p>
---	--

University of Novi Sad
Faculty of Philosophy

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	Ivana Novakov
Mentor: MN	Zdenka Novović, PhD, full professor Ljiljana Mihić, PhD, associate professor
Title: TI	Schizotypy between the vulnerability to mental disorder and adaptive potential: Validation of the benign schizotypy model
Language of text: LT	Serbian Language
Language of abstract: LA	eng. / srp.
Country of publication: CP	Republic of Serbia
Locality of publication: LP	Autonomous Province of Vojvodina
Publication year: PY	2017.
Publisher: PU	Author's reprint
Publication place: PP	Dr Zorana Đinđića 2, 21 000 Novi Sad, Republic of Serbia

Physical description: PD	5 chapters/ 396 pages/ 6 figures/ 20 tables/ 13 graphs/ 629 references/ 30 appendices
Scientific field SF	Psychology
Scientific discipline SD	Clinical psychology, psychopathology
Subject, Key words SKW	Benign schizotypy, healthy schizotypy, magical thinking, mental health, creativity
UC	159.954.072:616.89-008
Holding data: HD	Library of Faculty of Philosophy, University of Novi Sad
Note: N	None
Abstract: AB	Schizotypy refers to unusual perceptual experiences, magical thinking, social withdrawal, anhedonia and disorganized thinking/behavior. From the perspective of the quasi-dimensional model, it is believed that schizotypy is a subclinical form of schizophrenia, indicating vulnerability to psychosis. However, according to the fully dimensional model, schizotypy is a neutral personality trait, which may be associated both with mental health and mental disorder. Based on a fully dimensional approach, the model of "benign" or "healthy" schizotypy emerged. This model reflects the idea that some people, in spite of unusual mental experiences, may in fact have good well-being, enhanced creativity and spirituality. However, empirical findings in this area are mostly inconsistent, and this concept still remains controversial and substantially opposed to traditional clinical concepts. Therefore, the main objectives of our study were to replicate the results which indicate the possibility of detecting a benign schizotypy subset in nonclinical population and to validate this subset by exploring its relations to mental health, creativity, cognitive, personal and socio-demographic variables, in order to expand the

	<p>body of knowledge about this phenomenon.</p> <p>Initially, 775 participants (M age = 20.49; female = 83.9%) completed the Schizotypal Personality Questionnaire – Brief Revised (SPQ-BR) which measures Interpersonal, Disorganized and Cognitive-perceptive dimension. The two-stage cross-validation cluster analysis procedure resulted in four-cluster solution: social withdrawal, low schizotypy (all dimensions below the average), unusual experiences, and high schizotypy (all dimensions above the average). Subjects, who scored high on social desirability (SSP), psychotic symptoms (PDSQ) and random responding, were excluded from further research. Within every cluster, 50 subjects were randomly selected to participate in a comprehensive psychological testing which resulted in a final sample of 181 subjects, (M age = 20.9; female = 87.3%). Participants were individually assessed with a comprehensive battery (Socio-demographic and Biographical Questionnaire, critical item list from PDSQ, the Big Five Inventory (BFI), Tellegen Absorption Scale (TAS), Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF), Biographical Inventory of Creative Behavior (BICB), phonemic fluency task, Trail Making Test (TMT), Digit Span (forward and backward) from WAIS, divergent thinking tasks and the procedure for measurement of meta-cognitions).</p> <p>In order to determine the differences between the clusters on measured variables, chi square, ANOVAs and MANOVAs were performed. Low schizotypy cluster and cluster of unusual experiences reported more favorable biographical factors, manifested more favorable set of personality traits measured with BFI and had significantly better well-being compared to the other two clusters. It turned out that subjects from the cluster of unusual experiences had fewer psychopathological symptoms and lower absorption in relation to high schizotypy cluster, as well as significantly higher absorption</p>
--	--

	<p>compared to the low schizotypy cluster. It was found that subjects from the high schizotypy cluster had significantly impaired performance on Digit Span forward and more maladaptive meta-cognitions compared to participants with low schizotypy. Significant differences on creative behavior, divergent thinking, phonemic fluency task and TMT were not detected.</p> <p>Our study showed that unusual experiences cluster most closely corresponds to benign schizotypy. On the other hand, high schizotypy cluster manifested the most indicators of dysfunction. Our results largely support the idea of benign schizotypy, indicating that certain individuals, although having some unusual experiences, may in fact have good mental health, favorable personality traits and tendency toward absorption and spirituality, with some adaptive demographic and biographical correlates. However, our results question the previous findings on the association between schizotypy and creativity, and bring some new challenges for the concept of benign schizotypy.</p>
Accepted on Scientific Board on: AS	February 3 rd , 2017.
Defended: DE	
Thesis Defend Board: DB	president: member: member:

Istraživački problem koji je pred nama razvijao se od tiho skrivene, maglovite siluete intrigantnog pitanja, preko izazovne dileme sa kojom sam se susretala na svom putu u kliničkoj praksi, da bi se vremenom transformisao u obiman istraživački poduhvat, koji svakako ne bi bio moguć bez podrške mnogih ljudi, kojima ovom prilikom osećam potrebu da se zahvalim.

Pre svega, veliku zahvalnost dugujem svim ljudima sa iskustvom psihoze, koje sam kroz svoj stručni rad upoznala, a čija dobrobit je bila suštinska pokretačka snaga ovog rada.

Velika zahvalnost upućena je i svim profesorima, docentima i asistentima Filozofskog i Prirodno-matematičkog fakulteta bez čije pomoći ne bi bilo moguće prikupljanje podataka za ovo istraživanje. Posebnu zahvalnost dugujem doc. dr Nataši Polovini na toploj podršci i mudrim rečima ohrabrenja, prof. dr Milici Andrevski na energičnoj, entuzijastičnoj i svesrdnoj pomoći prilikom motivisanja ispitanika, i doc. dr Uni Popović na prijatnoj saradnji. Specijalnu zahvalnost upućujem doc. dr Petru Čoloviću, koji je svojom statističkom kompetentnošću doprineo kvalitetu ovog rada.

Toplu zahvalnost dugujem svim ispitanicima koji su strpljivo i posvećeno učestvovali u istraživanju i na taj način pružili ključan doprinos u realizaciji ovog rada.

Izuzetna zahvalnost upućena je mojim mentorkama: prof. dr Zdenki Novović, na negovanju otvorenosti, kreativnosti i naučne radoznalosti u mom istraživačkom prisutpu i prof. dr Ljiljani Mihić na stimulisanoj metodološki i analitički snažno potkovane naučne misli.

Bezgraničnu zahvalnost dugujem svojoj porodici – majci Dušanki koja me je kroz pružanje ljubavi učila saosećanju, plemenitosti i posvećenosti, baki Živani koja mi je pokazala put strpljenja, hrabrosti i odlučnosti i deki Miroslavu, koji je svojom brižnošću i zainteresovanošću bio snažna podrška tokom celokupnog procesa nastajanja ovog rada.

Bezrezervnu i neizmernu zahvalnost upućujem svojoj boljoj polovini, Aleksandru Matkoviću, koji je kroz konstantnu i sveprisutnu emotivnu podršku, razumevanje, hrabrenje, mudre savete i predan praktičan angažman dao krucijalan doprinos u nastanku ovog istraživačkog poduhvata. Boljoj polovini sebe ujedno i posvećujem ovaj rad.

REZIME

Shizotipija podrazumeva sklonost ka neobičnim perceptivnim iskustvima, magijskom mišljenju, socijalnom povlačenju, anhedoniji i dezorganizovanosti na planu mišljenja i ponašanja. Iz ugla kvazi-dimenzionalnog modela, smatra se da ova odlika ličnosti predstavlja subkliničku formu shizofrenije i da označava vulnerabilnost za razvoj psihotičnog poremećaja. Međutim, zagovornici potpuno dimenzionalnog modela mišljenja su da shizotipija predstavlja neutralnu dimenziju ličnosti na kojoj svi ljudi (a ne samo vulnerabilni pojedinci) u većoj ili manjoj meri variraju i koja može biti povezana kako sa mentalnim zdravljem, tako i sa mentalnim poremećajem. Na temelju potpuno dimenzionalnog pristupa, razvio se model „benigne“, tj. „zdrave“ shizotipije koji oslikava stav da neke osobe, uprkos neobičnim psihičkim doživljajima, mogu imati visoko postignuće na merama blagostanja, kreativnosti i duhovnosti, te biti visoko funkcionalne. Međutim, empirijski nalazi u ovoj oblasti uglavnom su kontradiktorni, a koncept benigne shizotipije i dalje je kontroverzan i u značajnoj meri suprotstavljen tradicionalnim kliničkim shvatanjima. Stoga je primarni cilj ovog rada bila replikacija rezultata koji pokazuju da je u nekliničkoj populaciji moguće registrovati klaster koji odgovara fenomenu benigne shizotipije, te validacija ovog klastera kroz istraživanje relacija sa mentalnim zdravljem, kreativnošću, kognitivnim, personalnim i sredinskim varijablama, u cilju proširivanja korpusa znanja o ovom fenomenu.

Inicijalno, 775 učesnika prosečne starosti 20.49 godina, pretežno ženskog pola (83.9%) popunilo je Skraćeni revidirani upitnik za procenu shizotipalne ličnosti (SPQ-BR) koji meri interpersonalnu, dezorganizovanu i kognitivno-perceptivnu dimenziju. Na dobijenim skorovima sprovedena je dvoetapna kros-validaciona klaster analiza koja je podržala četvoroklastersko rešenje. Registrovani su: klaster socijalnog povlačenja, klaster niske shizotipije (sve dimenzije ispod proseka), klaster neobičnih iskustava i klaster visoke shizotipije (sve tri dimenzije visoko izražene). Nakon što su iz dalje procedure isključeni ispitanici koji su ostvarili visoke rezultate na skalama socijalne poželjnosti (SSP), psihotičnih simptoma (PDSQ) i nasumičnog odgovaranja, u okviru svakog klastera, nasumično je pozvano 50 ispitanika radi učešća u sveobuhvatnom testiranju. To je rezultiralo konačnim uzorkom od 181 ispitanika, prosečne starosti 20.09 godina,

pretežno ženskog pola (87.3%). Ispitanici su individualno popunili opsežnu bateriju testova (Upitnik o socio-demografskim i biografskim podacima, listu kritičnih ajtema sa upitnika PDSQ, Inventar velikih pet (BFI), Tellegenovu skalu apsorpcije (TAS), Kontinuum mentalnog zdravlja – kratka forma (MHC-SF), Biografski inventar kreativnog ponašanja (BICB), zadatak fonemske fluentnosti, Test pravljenja traga (TMT), zadatak Brojevi (unapred i unazad) sa VITI-a, zadatke divergentne produkcije), te prošli kroz proceduru za merenje meta-kognicija.

Sproveden je χ^2 test, kao i serija ANOVA i MANOVA, radi utvrđivanja razlika između klastera na merenim varijablama. Rezultati su pokazali da klaster niske shizotipije i klaster neobičnih iskustava izveštavaju o povoljnijim demografskim i biografskim faktorima, manifestuju povoljniji sklop osobina ličnosti sa upitnika BFI i ostvaruju značajno bolje rezultate na merama blagostanja u odnosu na ostala dva klastera. Ispostavilo se da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava imaju manje psihopatoloških simptoma u odnosu na klaster visoke shizotipije, kao i da postižu značajno više rezultate na meri apsorpcije u odnosu na klaster niske shizotipije, a značajno niže rezultate u poređenju sa klasterom visoke shizotipije. Pronađeno je da ispitanici iz klastera visoke shizotipije ostvaruju značajno lošije postignuće na Brojevima unapred u odnosu na klaster niske shizotipije, te da manifestuju više maladaptivnih meta-kognicija u odnosu na klaster niske shizotipije i socijalnog povlačenja. Nisu registrovane značajne razlike između klastera na merama kreativnog ponašanja, divergentnog mišljenja, fonemske fluentnosti i na TMT-u.

Rezultati našeg istraživanja pokazali su da od tri klastera sa povišenim skorovima na dimenzijama shizotipije, klaster neobičnih iskustava u najvećoj meri odgovara benignoj shizotipiji jer pokazuje najadaptivnije karakteristike. Sa druge strane, klaster visoke shizotipije manifestuje najviše indikatora disfunkcionalnosti. Naši rezultati pretežno podržavaju koncept benigne shizotipije, pokazujući da pojedine osobe, iako imaju neobična mentalna iskustva i doživljaje, mogu manifestovati visoko blagostanje, povoljan sklop nekliničkih osobina ličnosti, te odlike kao što su sklonost ka apsorpciji i duhovnosti, uz povoljne korelate u vidu određenih demografskih i biografskih faktora. Ipak, naši rezultati dovode u pitanje dosadašnje nalaze o povezanosti između shizotipije i

kreativnosti, te postavljaju nova pitanja i izazove u vezi sa budućnošću koncepta benigne shizotipije.

Ključne reči: benigna shizotipija, zdrava shizotipija, magijsko mišljenje, mentalno zdravlje, kreativnost

ABSTRACT

Schizotypy refers to unusual perceptual experiences, magical thinking, social withdrawal, anhedonia and disorganized thinking/behavior. From the perspective of the quasi-dimensional model, it is believed that schizotypy is a subclinical form of schizophrenia, indicating vulnerability to psychosis. However, according to the fully dimensional model, schizotypy is a neutral personality trait, which may be associated both with mental health and mental disorder. Based on a fully dimensional approach, the model of “benign” or ”healthy” schizotypy emerged. This model reflects the idea that some people, in spite of unusual mental experiences, may in fact have good well-being, enhanced creativity and spirituality. However, empirical findings in this area are mostly inconsistent, and this concept still remains controversial and substantially opposed to traditional clinical concepts. Therefore, the main objectives of our study were to replicate the results which indicate the possibility of detecting a benign schizotypy subset in nonclinical population and to validate this subset by exploring its relations to mental health, creativity, cognitive, personal and socio-demographic variables, in order to expand the body of knowledge about this phenomenon.

Initially, 775 participants (M age = 20.49; female = 83.9%) completed the Schizotypal Personality Questionnaire – Brief Revised (SPQ-BR) which measures Interpersonal, Disorganized and Cognitive-perceptive dimension. The two-stage cross-validation cluster analysis procedure resulted in four-cluster solution: social withdrawal, low schizotypy (all dimensions below the average), unusual experiences, and high schizotypy (all dimensions above the average). Subjects, who scored high on social desirability (SSP), psychotic symptoms (PDSQ) and random responding, were excluded from further research. Within every cluster, 50 subjects were randomly selected to participate in a comprehensive psychological testing which resulted in a final sample of 181 subjects, (M age = 20.9; female = 87.3%). Participants were individually assessed with a comprehensive battery (Socio-demographic and Biographical Questionnaire, critical item list from PDSQ, the Big Five Inventory (BFI), Tellegen Absorption Scale (TAS), Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF), Biographical Inventory of Creative Behavior (BICB), phonemic fluency task, Trail Making Test (TMT), Digit Span

(forward and backward) from WAIS, divergent thinking tasks and the procedure for measurement of meta-cognitions).

In order to determine the differences between the clusters on measured variables, chi square, ANOVAs and MANOVAs were performed. Low schizotypy cluster and cluster of unusual experiences reported more favorable biographical factors, manifested more favorable set of personality traits measured with BFI and had significantly better well-being compared to the other two clusters. It turned out that subjects from the cluster of unusual experiences had fewer psychopathological symptoms and lower absorption in relation to high schizotypy cluster, as well as significantly higher absorption compared to the low schizotypy cluster. It was found that subjects from the high schizotypy cluster had significantly impaired performance on Digit Span forward and more maladaptive meta-cognitions compared to participants with low schizotypy. Significant differences on creative behavior, divergent thinking, phonemic fluency task and TMT were not detected.

Our study showed that unusual experiences cluster most closely corresponds to benign schizotypy. On the other hand, high schizotypy cluster manifested the most indicators of dysfunction. Our results largely support the idea of benign schizotypy, indicating that certain individuals, although having some unusual experiences, may in fact have good mental health, favorable personality traits and tendency toward absorption and spirituality, with some adaptive demographic and biographical correlates. However, our results question the previous findings on the association between schizotypy and creativity, and bring some new challenges for the concept of benign schizotypy.

Key words: benign schizotypy, healthy schizotypy, magical thinking, mental health, creativity

SADRŽAJ

1. TEORIJSKI DEO.....	22
1.1. Uvodna razmatranja.....	23
1.1.1. Shizotipija – pojam i definicije.....	24
1.1.2. Shizotipija kao multidimenzionalni konstrukt.....	25
1.1.3. Kratka istorija koncepta shizotipije.....	27
1.2. Konceptualni i teorijski okviri shizotipije.....	28
1.2.1. Kategorijalna nasuprot dimenzionalnoj koncepciji psihoze	28
1.2.2. Kategorijalni pristup shizotipiji – shizotipalni poremećaj ličnosti.....	31
1.2.3. Kvazi-kontinuirani model shizotipije.....	33
1.2.3.1. Nalazi koji idu u prilog kvazi-kontinuiranom modelu shizotipije.....	35
1.2.3.1.1. Longitudinalno praćenje osoba sa shizotipalnim odlikama.....	35
1.2.3.1.2. Istraživanja iz oblasti genetike: porodične i blizanačke studije.....	38
1.2.3.1.3. Biološka istraživanja: neuroanatomske abnormalnosti.....	39
1.2.3.1.4. Neuropsihološka istraživanja: kognitivni deficiti.....	40
1.2.3.1.5. Taksometrijska istraživanja shizotipije.....	42
1.2.3.2. Kritika kvazi-kontinuiranog modela shizotipije.....	44
1.2.4. Potpuno kontinuirani model shizotipije.....	45
1.2.4.1. Nalazi koji idu u prilog potpuno kontinuiranom modelu shizotipije.....	49
1.2.4.1.1. Indicije da dimenzije psihoze imaju distribuciju u opštoj populaciji.....	49
1.2.4.1.2. Magijsko mišljenje u opštoj populaciji.....	51
1.2.4.1.3. Halucinatorna iskustva i izmenjena stanja svesti u opštoj populaciji.....	55
1.2.4.1.4. Shizotipija iz evolutivne perspektive.....	60
1.2.4.2. Kritika potpuno dimenzionalnog modela shizotipije: pogled iz ugla taksometrijskog pristupa.....	62
1.2.5. Kratka komparacija kvazi-dimenzionalnog i potpuno dimenzionalnog modela shizotipije.....	63
1.2.6. Model benigne shizotipije.....	64
1.2.7. Klasifikacija profila shizotipije – u potrazi za klasterom benigne shizotipije.....	70

1.3. Odnos shizotipije sa mentalnim zdravljem, kreativnošću, kognitivno-personalnim i sredniskim faktorima.....	73
1.3.1. Shizotipija i mentalno zdravlje.....	73
1.3.2. Shizotipija i kreativnost.....	77
1.3.3. Shizotipija i religiozna/spiritualna iskustva.....	85
1.3.4. Shizotipija i osobine ličnosti.....	89
1.3.5. Shizotipija i kognitivni procesi.....	92
1.3.6. Shizotipija i meta-kognicije.....	100
1.3.7. Shizotipija i sredinski/socijalni faktori.....	107

2. EMPIRIJSKI DEO..... 111

2.1. Problem istraživanja.....	112
2.2. Ciljevi istraživanja.....	113
2.3. Hipoteze.....	114
2.4. Uzorak.....	117
2.4.1. Inicijalni uzorak.....	117
2.4.2. Uzorak u drugoj fazi istraživanja.....	119
2.5. Instrumenti.....	120
2.6. Varijable.....	147
2.7. Postupak.....	157
2.7.1. Prva faza istraživanja.....	157
2.7.2. Druga faza istraživanja.....	159
2.8. Metodi analize podataka.....	161
2.8.1. Prva faza istraživanja.....	161
2.8.1.1. Dvoetapna kros-validaciona procedura.....	162
2.8.1.2. Bootstrapping postupak.....	163
2.8.2. Druga faza istraživanja.....	164
2.8.2.1. Pripreme aktivnosti za analizu podataka iz drugog dela istraživanja.....	164
2.8.2.2. Utvrđivanje razlika između klastera na biografskim, personološkim, kognitivnim i meta-kognitivnim varijabama.....	165
2.9. Rezultati.....	167
2.9.1. Prva faza istraživanja.....	167
2.9.1.1. Deskriptivni statistički pokazatelji.....	167
2.9.1.2. Dvoetapna kros-validaciona procedura.....	168

2.9.1.3. Postupak samouzorkovanja.....	169
2.9.1.4. Struktura klastera u prostoru upitnika SPQ-BR.....	170
2.9.2. Druga faza istraživanja.....	173
2.9.2.1. Struktura ispitanika prema klasterima u drugom delu istraživanja.....	173
2.9.2.2. Deskriptivna analiza podataka.....	174
2.9.2.3. Demografski podaci i biografske varijable.....	177
2.9.2.4. Ispitivanje razlika između klastera na psihopatološkim simptomima.....	187
2.9.2.5. Ispitivanje razlika između klastera na osobinama ličnosti sa upitnika BFI.....	191
2.9.2.6. Ispitivanje razlika između klastera na apsorpciji.....	195
2.9.2.7. Ispitivanje razlika između klastera na emocionalnom, socijalnom i psihološkom blagostanju.....	197
2.9.2.8. Ispitivanje razlika između klastera na kreativnom ponašanju.....	200
2.9.2.9. Ispitivanje razlika između klastera na zadatku fonemske fluentnosti.....	202
2.9.2.10. Ispitivanje razlika između klastera na Brojevima unapred i Brojevima unazad sa VITI-a.....	203
2.9.2.11. Ispitivanje razlika između klastera na testu pravljenja traga.....	205
2.9.2.12. Ispitivanje razlika između klastera na zadacima divergentne produkcije.....	207
2.9.2.13. Ispitivanje razlika između klastera na metakognitivnim uverenjima.....	209

3. DISKUSIJA..... 212

3.1. Tipovi ličnosti u prostoru različitih dimenzija shizotipije.....	213
3.2. Benigna shizotipija, demografski i biografski podaci.....	215
3.3. Benigna shizotipija i psihopatološki simptomi.....	228
3.4. Benigna shizotipija i osobine ličnosti.....	231
3.5. Benigna shizotipija i apsorpcija.....	237
3.6. Benigna shizotipija i mentalno zdravlje.....	240
3.7. Benigna shizotipija i kreativno ponašanje.....	245
3.8. Benigna shizotipija i divergentno mišljenje.....	248
3.9. Benigna shizotipija i fonemska fluentnost.....	251
3.10. Benigna shizotipija i radna memorija.....	254
3.11. Benigna shizotipija i egzekutivne funkcije.....	257

3.12. Benigna shizotipija i meta-kognicije.....	260
3.13. Opšta diskusija.....	265
3.14. Dodatna teorijska razmatranja i dileme u vezi sa konstruktom benigne shizotipije.....	275
3.15. Praktičan doprinos istraživanja.....	277
3.16. Nedostaci istraživanja i smernice za buduće studije.....	278
3.17. Na kraju, šta smo o benignoj shizotipiji potvrdili, šta smo novo saznali, a šta doveli u pitanje?.....	281
3.18. Zaključak.....	284
4. LITERATURA.....	285
5. PRILOZI.....	366

1. TEORIJSKI DEO

1.1. UVODNA RAZMATRANJA

Razlikovanje „normalnog“ od onoga što je patološko predstavlja centralnu temu na kojoj počiva psihijatrijska misao (Kecmanović, 2012, str. 37). Stručnjaci zaduženi za formulisanje dijagnostičko-klasifikacionih sistema, tradicionalno nastoje da definišu odrednice duševnog poremećaja na takav način koji će pomoći praktičarima da uspešno postavе granicu između normalnosti i mentalnog poremećaja (Kecmanović, 2012). Međutim, na potrebu za distinkcijom patoloških obeležja od normalnosti, padala je senka brojnih dilema koje relativizuju adekvatnost nozološkog pristupa. Neke od tih dilema odnose se na pitanja da li je uvek moguće jasno razdvojiti normalno od patološkog, da li konceptualni modeli koji se zasnivaju na kategorijalnom pristupu na adekvatan način opisuju prirodu mentalnih poremećaja, te do koje mere su naši konvencionalni pogledi na pojmove normalnosti i nenormalnosti konstruisani, a do koje mere zaista odgovaraju realitetu. Ova pitanja pokrenula su trend post-moderne relativizacije tradicionalne psihijatrijske misli. Tako je sve prisutnija tendencija ublažavanja posebnosti psihotičnih iskustava, što je neminovno praćeno brisanjem granica između normalnosti i poremećaja. Sve je više autora koji su spremni da relativizuju kategorije kao što su normalnost i patologija, bazične kategorije na kojima počiva psihijatrija kao disciplina (Kecmanović, 2012). U sklopu ovih savremenih pogleda na pitanje o psihopatologiji nastao je i koncept *benigne shizotipije* - koncept koji na prvi pogled deluje kontradiktorno, koji podriva temelje uobičajenih stavova o mentalnom poremećaju, a koji predstavlja centralnu temu našeg istraživanja. Da li je relativizacija fundamentalnih psihijatrijskih kategorija samo odraz stremljenja savremenog čoveka ka destigmatizaciji, liberalizaciji i fleksibilnosti, ili ovi novi modeli zaista u boljoj meri odražavaju prirodu mentalnog poremećaja, ostaje otvoreno pitanje koje ujedno predstavlja i ključni pokretački impuls za nastanak rada koji je pred nama. Centralni koncept kojim će se baviti ovaj rad jeste shizotipija – dispozicija ličnosti koja se tradicionalno smatra faktorom vulnerabilnosti za razvoj shizofrenije. U ovom radu, međutim, testiraće se alternativni teorijski pogled na ovaj konstrukt. U pitanju je *model benigne shizotipije* koji postulira hipotezu da, nasuprot često zastupanim stavovima, shizotipija može biti povezana i sa nekim adaptivnim karakteristikama kao što

su kreativni potencijal, subjektivno i psihološko blagostanje, te kapacitet za religioznost/duhovnost.

1.1.1 Shizotipija – pojam i definicije

Shizotipija se u literaturi često definiše na različite načine, što sa jedne strane oslikava kompleksnost, dinamičnu strukturu i bogatstvo datog konstrukta, dok sa druge strane može ukazivati na konceptualnu konfuziju u ovoj oblasti. Tako možemo videti da se shizotipija neretko određuje kao faktor rizika za shizofreniju, medijator između ranih faktora rizika i kasnijih visoko rizičnih stanja, konstrukt koji se preklapa sa shizofrenijom, konstrukt koji se odnosi na crtu ličnosti ili na set personalnih karakteristika koje se javljaju udruženo i konačno, kao korelat zdravih potencijala (Lenzenweger, 2015). Pa ipak, moguće je složiti se oko toga da shizotipija predstavlja skup osobina ličnosti koje uključuju čudno ili ekscentrično ponašanje, neobičan govor, magijsku ideaciju, neobična perceptivna iskustva i socijalnu anhedoniju (Nelson, Seal, Pantelis, & Phillips, 2013).

U svom radu Ettinger i saradnici (2015) navode da se shizotipija odnosi na konstelaciju crta ličnosti za koje se smatra da reflektuju subkličku ekspresiju shizofrenije u opštoj populaciji (Claridge, 1997; Lenzenweger, 2010; Raine, 2006). Shizotipija obuhvata bihevioralne, kognitivne, emocionalne i socijalne aspekte koji na blažem nivou ekspresije oslikavaju smetnje karakteristične za shizofreniju (Ettinger et al., 2015). Ove shizotipalne obrasce funkcionisanja okolina često percipira kao neobične. Individue sa izraženom shizotipijom uglavnom su okarakterisane kao “čudne“ ili „ekscentrične“. Ovakve osobe često doživljavaju neobična perceptivna iskustva, uz prisustvo čudnih ideja i magijskog mišljenja, što je obično praćeno neadekvatnim ili zaravnjenim afekatom, te socijalnom i/ili fizičkom anhedonijom. Za mnoge od ovih karakteristika smatra se da su blaža forma simptoma koji se sreću kod shizofrenih pacijenata (Fisher et al., 2004).

S obzirom na prisustvo različitih definicija shizotipije u literaturi, kao i mnoštva srodnih konstrukata poput shizotipalne ličnosti, podložnosti psihozi, subkličkih psihotičnih simptoma, anomalnih iskustava itd. postoji snažna potreba za jasnijom

operacionalizacijom i definisanjem shizotipije, kako bi se ublažila terminološka zbrka i nepreciznost u određenju ovog konstrukta. Usled date konceptualne konfuzije, ovde ćemo se, radi lakše komunikacije, poslužiti predlogom Nelson-a i saradnika (2013) u cilju pojašnjenja određenih termina koji opisuju shizotipalni spektar i često se susreću u literaturi. Tako ovi autori predlažu da se termin *anomalna iskustva* koristi kada se misli na iskustva slična psihozi (psychotic-like experiences - PLE). Termin anomalna iskustva razgraničava ovu vrstu fenomena od psihotičnih simptoma, čime se izbegava rizik od patologizacije iskustava za koja se smatra da su pozicionirana u opsegu normalnih ljudskih doživljaja. Termin *pozitivna shizotipija* pogodan je kada se opisuje tendencija ka anomalnim iskustvima, pojam *negativna shizotipija* preferira se kada se opisuje nekliničko iskustvo slično negativnim simptomima psihoze, upotreba termina *dezorganizovana shizotipija* preporučuje se za deskripciju nekliničkih iskustava sličnih dezorganizovanim simptomima psihoze, dok je shizotipija sveobuhvatni termin za sve ove doživljaje (Nelson et al., 2013). Prednost upotrebe termina *shizotipija* umesto sintagmi *neklinička dimenzija psihoze* i *podložnost shizotipalnom poremećaju ličnosti* leži u tome što se izbegava kako gubitak statusa dimenzije ličnosti, tako i patologiziranje iskustava koja spadaju u opseg normalnih doživljaja (Nelson et al., 2013).

1.1.2. Shizotipija kao multidimenzionalni konstrukt

Faktorsko-analitičke studije pokazale su da u podlozi shizofrenije leže pozitivni, negativni i dezorganizovani simptomi (Lenzenweger & Dworkin, 1996; Liddle, 1987), a slični nalazi su replicirani i na nekliničkim uzorcima sa merama shizotipije (Bentall, Claridge, & Slade, 1989). Iako postoji određeno neslaganje po pitanju faktorske strukture shizotipije (Mason & Claridge, 2006), istraživači se slažu da je u pitanju multidimenzionalni konstrukt. Trenutno prevladava shvatanje prema kom se simptomi shizotipije grupišu na tri faktora koji, u širem smislu, odgovaraju pozitivnoj, negativnoj i dezorganizovanoj dimenziji shizofrenije¹. Imajući u vidu multidimenzionalnost

¹ Kada je u pitanju shizofrenija, *pozitivna dimenzija* obuhvata sumanute ideje, halucinacije i paranoidnost; *negativna dimenzija* odnosi se na prisustvo alogije, avolucije, anhedonije, zaravnjenog afekta i smanjenog interesovanja za druge ljude i spoljašnji svet, a *dezorganizovana dimenzija* obuhvata formalne poremećaje

konstrukta shizotipije, zarad njegove bolje eksplanacije, u narednim redovima pozabavićemo se detaljnije svakom od dimenzija.

- **Kognitivno-perceptivna dimenzija** shizotipije odnosi se na prisustvo neobičnih uverenja u vidu magijske ideacije, zatim, perceptivnih aberacija (od iluzija do halucinatornih iskustava), ideja koje su slične sumanutim, ideja odnosa, interpretativne spremnosti i sumnjičavosti (Raine, 1991, 2006). Preciznije, kognitivno-perceptivni faktor shizotipije obuhvata magijsko mišljenje, tj. atribuciju kauzalnih veza između nepovezanih događaja, koje se naizgled ne mogu racionalno objasniti, izmenjene unutrašnje i/ili spoljašnje percepcije o sebi i svetu, hipersenzitivnost na zvukove i mirise, te povišenu senzitivnost na stimuluse iz okruženja. Smatra se da u podlozi ovih shizotipalnih odlika leži dezinhibicija na senzornom ili kognitivnom nivou (Claridge & Davis, 2003) što može voditi ka „preplavljanju“ svesti različitim sadržajima (Burch, Hemsley, & Joseph, 2004; Frith, 1979; Gray, Fernandez, Williams, Ruddle, & Snowden, 2002).
- **Interpersonalna dimenzija**, prepoznatljiva kao tzv. „shizoidno samotnjaštvo“ obuhvata smanjenu afektivnu reaktivnost, nedostatak uživanja u socijalnim interakcijama i fizičkim zadovoljstvima, povlačenje u odnosu na afektivnu/fizičku intimnost i naglašenu tendenciju ka izdvajanju, distanciranju i osamljivanju (Mason, Claridge, & Jackson, 1995). Ovaj faktor podrazumeva nedostatak bliskih socijalnih relacija (izuzev najbližih srodnika), a prema nekim autorima i socijalnu anksioznost (Raine, 1991, 2006).
- **Dimenzija dezorganizovanosti** uključuje deficite u sposobnosti da se organizuju i izraze misli, što se manifestuje u vidu čudnog govora i ponašanja, kao i poteškoće na planu pažnje, koncentracije i donošenja odluka (Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015; Mason et al., 1995).

mišljenja, poput disociranog misaonog toka, tangencijalnog mišljenja, perseveracija, neologizama i upadljivo dezorganizovanog i bizarnog ponašanja.

1.1.3. Kratka istorija koncepta shizotipije

Termin *shizotipija* uveden je pre više od 60 godina kako bi se opisao širok opseg fenotipskih karakteristika, psihopatoloških simptoma i disfunkcija koje spadaju pod okrilje shizofrenog spektra poremećaja (Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015). Međutim, poreklo koncepta shizotipije proteže se mnogo dalje, pružajući svoje korene kako u kliničkoj tradiciji, tako i u tradiciji psihologije ličnosti. U kliničkom kontekstu, još su Emil Krepelin i Eugen Blojler krajem XIX i početkom XX veka opisali slabije izražene karakteristike iz shizofrenog spektra koje se mogu detektovati kod pacijenata u prodromalnoj fazi ili kod rođaka pacijenata (Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015). Krepelin je ove blaže, subklinički izražene simptome opisao kao preteče demencije prekoks (*dementia praecox*). Korpus starije literature koja se bavila psihopatologijom uključuje brojne izveštaje o tome da se blage forme shizofrenih simptoma sreću kod nepsihotičnih rođaka pacijenata i/ili prethode kliničkom početku psihoze, iako većinom predstavljaju stabilnu ekspresiju koja uglavnom ne napreduje do potpuno razvijenog psihotičnog poremećaja. Međutim, u savremenom smislu gledano, Rado (1953) i Meehl (1962) su zapravo tvorci termina shizotipija. Meehl je smatrao da se radi o faktoru vulnerabilnosti za shizofreniju i naslednom deficitu koji u slučaju interakcije sa negativnim sredinskim uticajima može voditi do razvoja shizofrenije. Meehl-ovi pogledi na shizotipiju, koji potiču iz kliničke tradicije, dominiraju od 60-tih godina XX veka i smatraju se temeljem pristupa koji je u literaturi poznat kao *kvazi-dimenzionalni model* shizotipije. Prema ovom pristupu, na shizotipiju se gleda kao na nepotpunu formu poremećaja. Mil je smatrao da je shizotipija taksonske² prirode, navodeći da je oko 10% osoba iz ukupne opšte populacije „shizotipno“, pri čemu se od tih shizotipno disponiranih individua približno oko 10% osoba dekompenzuje do nivoa shizofrenije, čime se dolazi do čuvenih 1% stope životne prevalencije shizofrenije.

Sa druge strane, koreni proučavanja shizotipije zadiru i u oblast individualnih razlika i dimenzionalnih modela ličnosti, koji predstavljaju suprotnost u odnosu na tzv. „psihijatrijski model bolesti“. Tako Eysenck i Eysenck (1976) predlažu *totalno*

² Taksoničnost, odnosno kategorijalnost, podrazumeva postojanje samo i jedino dve grupe, čije distribucije su međusobno jasno razdvojene (Meehl, 2004). Dok pripadnici jedne grupe manifestuju neko određeno svojstvo, sa pripadnicima druge grupe to nije slučaj.

dimenzionalni model, a Claridge i saradnici predlažu *potpuno dimenzionalni model* (Claridge & Beech, 1995; Claridge & Davis, 2003; Rawlings, Williams, Haslam, & Claridge, 2008) čija je osnovna pretpostavka da shizotipija predstavlja „prirodnu varijaciju centralnog nervnog sistema“ koja se tek u svojoj ekstremnoj formi manifestuje kao vulnerabilnost za mentalnu bolest (Rawlings et al., 2008). Prema ovom pristupu, shizotipija je po svojoj prirodi potpuno dimenzionalna i osim potencijala za vulnerabilnost, sadrži i adaptivne manifestacije. Claridge kontrastira svoj potpuno dimenzionalni model Milovom kvazi-dimenzionalnom pristupu prema kom se na ekspresiju shizotipije gleda isključivo kao na vulnerabilnost za razvoj shizofrenije. Iz ugla potpuno dimenzionalnog modela, shizotipija nastaje kombinacijom genetskih faktora, sredinskih uticaja i varijacija u dispozicijama ličnosti. Ovaj model postulira pretpostavku o kontinuitetu shizotipalnih crta kao izrazu normalnih individualnih razlika zastupljenih u opštoj populaciji. Claridge smatra da shizotipija uključuje patološke komponente kvazi-dimenzionalnog pristupa, ali takođe i zdrave manifestacije, kao što je, recimo, kreativnost. Claridge i Beech (1995) sugerišu da se na shizotipiju može gledati slično kao na crtu anksioznosti koja ima svoju zastupljenost u generalnoj populaciji, ali koja u svojim ekstremnim formama rezultira u kliničkim poremećajima. U tekstu koji sledi biće detaljnije prikazani teorijski modeli shizotipije.

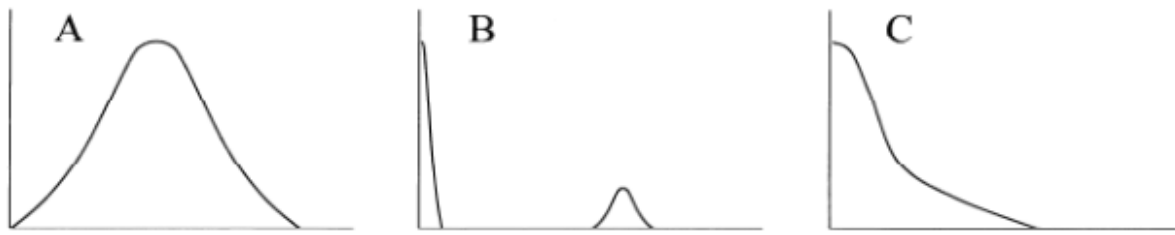
1.2. KONCEPTUALNI I TEORIJSKI OKVIRI SHIZOTIPIJE

1.2.1. Kategorijalna nasuprot dimenzionalnoj koncepciji psihoze

Da bismo bolje sagledali teorijsku građu koja se tiče shizotipije, potrebno je da se prethodno ukratko osvrnemo na debatu o kategorijalnom naspram kontinuiranom pogledu na psihozu. „Psihotični fenotip“ može se definisati kao dihotomni (kategorijalni) entitet koji se identifikuje putem primene određenih kriterijuma, zasnovanih na kliničkim opservacijama individua sa ozbiljnim mentalnim poremećajima (Johns & van Os, 2001; van Os, 2003). Klinička praksa, gde su stručnjaci svakodnevno u situaciji da na osobe sa psihotičnim simptomima gledaju kao na „individue kojima je potreban tretman“,

značajno je uticala na konceptualizaciju psihotičnog fenotipa, što je jasno uočljivo i u aktuelnim nozološkim sistemima u okviru klasifikacija mentalnih poremećaja, kao što su DSM i ICD. Kategorijalni pristup koristan je, jer pomaže lakšu identifikaciju poremećaja, služi kao osnova za donošenje odluka u vezi sa tretmanom, te olakšava i pojednostavljuje komunikaciju između kliničara (Kraemer, Noda, & O'Hara, 2004; Livesley & Jackson, 1992). Međutim, sa epidemiološke tačke gledišta stvari izgledaju dosta drugačije. Rose i Barker (1978) smatraju da, suprotno kontekstu kliničke prakse, gde se na simptome poremećaja gleda kao na fenomen „sve ili ništa“, mentalni poremećaj na nivou opšte populacije postoji kao kontinuum na kom se mogu uočiti razlike u intenzitetu izraženosti tegoba. Stoga se postavlja pitanje da li je psihotični poremećaj ustvari samo ekstrem kontinuirano distribuiranih karakteristika? Ako ovo pitanje detaljnije razmotrimo, primetićemo da pretpostavka o kontinuiranoj prirodi psihotičnih simptoma u populaciji ne zvuči toliko neobično kao što se to na prvi pogled može učiniti. Tako u slučaju depresije istraživanja ukazuju da fenotip ovog poremećaja pre postoji kao kontinuirana distribucija simptoma nego kao kategorijalna dihotomija (Weich, 1997). Na sličan način se i u slučaju psihotičnih simptoma može očekivati kontinuirana raspodela, mada je ona verovatno više zakrivljena nego u slučaju depresije (usled niže prevalence). Pa ipak, hipoteza o kontinuitetu psihotičnih simptoma u generalnoj populaciji privlačila je relativno malo pažnje u naučnoj javnosti, pogotovo u psihijatrijskim krugovima.

U cilju ilustracije hipoteze o kontinuitetu psihoze, na Slici 1 prikazane su teorijske mogućnosti kontinuiteta psihotičnih simptoma u opštoj populaciji. U prvom slučaju (A) pretpostavlja se postojanje normalne distribucije psihotičnih simptoma. U drugom slučaju (B) možemo videti bimodalnu distribuciju gde većina populacije ima zanemarljivo izražena obeležja psihotičnih simptoma, dok samo veoma mali procenat populacije ima visoko izražene simptome. U trećem slučaju (C) postoji kontinuirana, ali polu-normalna distribucija, gde većina populacije ima veoma slabo izražene simptome, ali značajan deo ima i primetno prisustvo nekih vidova psihotičnih simptoma (Johns & van Os, 2001).



Slika 1. Mogući stepeni kontinuiteta psihotičnih simptoma u opštoj populaciji. Preuzeto iz „The continuity of psychotic experiences in the general population,“ od L. C. Johns i J. van Os, 2001, *Clinical Psychology Review*, 21(8), p. 1127. Autorska prava 2001 od Elsevier Science Ltd. Preuzeto uz dozvolu.

U prilog hipotezi o kontinuitetu psihotičnih iskustava u opštoj populaciji često se navode rezultati istraživanja koja su pokazala da ne tako mali broj zdravih studenata doživi halucinatorno iskustvo u nekom trenutku života. U jednoj ovakvoj studiji (Posey & Losh, 1983) pokazalo se da čak 71% ispitanih univerzitetskih studenata navodi povremena iskustva halucinatornih glasova tokom perioda budnosti, a 39% ih je izvestilo o tome da povremeno čuje sopstvene misli kao da su glasno izgovorene. Drugo istraživanje (Barrett & Etheridge, 1992) pokazalo je da između 30 i 40% ispitanika (od ukupno 586 studenata) povremeno čuje glasove, a skoro polovina od njih navodi da im se to dešava najmanje jednom mesečno. Što se sumautih ideja tiče, kroskulturalno posmatrano, najčešće paranormalno iskustvo o kom izveštava od 33 do 50% ispitanika je doživljaj telepatije (Glicksohn, 1990; Palmer, 1979; Rice, 2004; Targ, Schlitz, & Irwin, 2000), dok je déjà vu jedno od takođe čestih iskustava u opštoj populaciji. Bentall (2000b) je smatrao da neobična perceptivna iskustva postoje na kontinuumu, te da slične pristrasnosti u procesiranju informacija leže kako u osnovi paranormalnih uverenja i tendencije ka sumanutostima u opštoj populaciji, tako i u osnovi halucinacija i sumanutosti u okviru kliničke populacije. Još ubedljiviji nalazi dolaze nam iz porodičnih i longitudinalnih studija. Ukoliko je psihoza doista kontinuirane prirode, očekivala bi se veća prevalenca simptoma koji su slični psihotičnim u porodicama osoba sa kliničkom psihozom. Istraživanja potvrđuju ovu pretpostavku, što ukazuje na etiološki kontinuitet, odnosno mogućnost da zajednički genetski ili socijalni faktori doprinose razvoju

subkliničkih i kliničkih psihotičnih doživljaja (Johns & van Os, 2001). Takođe, longitudinalne studije osoba sa izraženom shizotipijom registrovale su tokom vremena veću zastupljenost poremećaja iz psihotičnog spektra kod ovih ispitanika (Johns & van Os, 2001).

U narednim poglavljima, debatu o kategorijalnom nasuprot dimenzionalnom pristupu prenećemo sa polja psihoze na konstrukt shizotipije, te će detaljnije biti prikazani kategorijalni, kvazi-dimenzionalni i potpuno dimenzionalni modeli shizotipije.

1.2.2. Kategorijalni pristup shizotipiji – shizotipalni poremećaj ličnosti

Ako se osvrnemo na dijagnostičke priručnike koji se upotrebljavaju u psihijatrijskoj praksi, jasno je da u njima dominira kategorijalni pristup shizotipiji. Primer za to je shizotipalni poremećaj ličnosti. Prema klasifikaciji Američke psihijatrijske asocijacije DSM – 5, poremećaj ličnosti određen je kao kontinuirani obrazac unutrašnjih doživljaja i ponašanja koji primetno odstupa od očekivanja kulturne sredine individue, a manifestuje se kroz dve ili više od sledećih oblasti: kognicija, afektivitet, interpersonalno funkcionisanje i kontrola impulsa. Ti obrasci su nefleksibilni i pervazivni kroz širok spektar personalnih i socijalnih oblasti i vode do klinički značajnog distresa ili poremećaja u socijalnom, poslovnom i drugim važnim kontekstima funkcionisanja (American Psychiatric Association, 2013). Indikatori specifičnih obrazaca doživljavanja i ponašanja mogu se registrovati najranije u adolescentnom uzrastu ili u mladom odraslom dobu. Takođe, ne mogu se bolje objasniti kao manifestacija ili posledica drugog mentalnog poremećaja, niti efektima psihoaktivnih supstanci (npr. zloupotreba droga, medikamenti) ili pak drugim medicinskim stanjem (npr. lezija glave). Shizotipalni poremećaj ličnosti spada u klaster A, gde se takođe nalaze paranoidni i shizoidni poremećaji ličnosti. U klasifikaciji DSM – 5 shizotipalni poremećaj ličnosti određen je na sledeći način:

A. Pervazivni obrazac socijalnih i interpersonalnih deficita koji se odlikuje akutnim diskomforom ili redukovanim kapacitetom za bliske socialne odnose, prisustvom kognitivnih ili perceptivnih distorzija i ekscentričnošću na planu ponašanja, sa početkom

u ranom odraslom dobu i javljanjem u različitim kontekstima, pri čemu je prisutno pet ili više od navedenih indikatora:

1. Ideje odnosa (isključujući sumanute ideje odnosa)
2. Čudna verovanja ili magijsko mišljenje koje utiče na ponašanje i koje je inkonzistentno sa supkulturnim normama (npr. sujeverje, verovanje u vidovitost, telepatiju ili „šesto čulo“; kod dece i adolescenata bizarne fantazije i preokupacije).
3. Neobična perceptivna iskustva, uključujući telesne iluzije.
4. Neobično mišljenje i govor (nejasan, preopširan, okolišav, metaforičan, preterano elaborativan ili stereotipan).
5. Sumnjičavost ili paranoidna ideacija.
6. Neadekvatan ili zaravnjen afekat.
7. Ponašanje ili izgled koji su čudni, ekscentrični ili neobični.
8. Nedostatak bliskih prijatelja ili osoba od poverenja, osim rođaka prvog stepena.
9. Ekscesivna socijalna anksioznost koja se ne umanjuje sa upoznavanjem i povezana je pre sa paranoidnim strahovima nego sa negativnom evaluacijom selfa.

B. Simptomi se ne javljaju isključivo za vreme toka shizofrenije, bipolarnog poremećaja, depresivnog poremećaja sa psihotičnim odlikama, drugog psihotičnog poremećaja ili poremećaja iz autističnog spektra (American Psychiatric Association, 2013).

Prema klasifikaciji Svetske zdravstvene organizacije ICD-10, koristi se termin shizotipalni poremećaj i klasifikovan je kao klinički poremećaj povezan sa shizofrenijom, pre nego sa poremećajima ličnosti, kao što je to slučaj u DSM-5. Prema ICD-10, poremećaj je definisan kroz prisustvo ekscentričnog ponašanja i abnormalnosti na planu mišljenja i afekta koje liče na one prisutne u shizofreniji, pri čemu se definitivne karakteristike shizofrenije nisu javile ni u jednom stadijumu. Najmanje tri ili četiri nabrojane odlike treba da budu prisutne tokom najmanje dve godine, pri čemu kriterijumi

za shizofreniju ni u jednom trenutku nisu bili zadovoljeni. Nema dominantnih obeležja, već bilo koja od sledećih mogu biti prisutna:

- Neadekvatan ili zaravnjen afekat (osoba može delovati hladno ili rezervisano).
- Ponašanje ili izgled koji su čudni, ekscentrični ili neobični.
- Slaba interakcija sa socijalnom sredinom i tendencija ka socijalnom povlačenju.
- Čudna verovanja ili magijsko mišljenje koji utiču na ponašanje i inkonzistentni su sa supkulturnim normama.
- Sumnjičavost ili paranoidne ideje.
- Opsesivne ruminacije bez prisustva unutrašnjeg otpora, obično dismorfofobične, seksualne ili agresivne sadržine.
- Neobična perceptivna iskustva uključujući somatosenzorne (telesne) ili druge iluzije, depersonalizaciju i derealizaciju.
- Nejasno, okolišavo, metaforično, preterano elaborirano ili stereotipno mišljenje koje se manifestuje kroz čudan govor ili na druge načine, bez upadljive nepovezanosti.
- Povremene prolazne kvazi-psihotične epizode sa intenzivnim iluzijama, auditornim ili drugim halucinacijama i idejama sličnim sumanutim, koje se obično javljaju bez spoljašnjeg okidača.

1.2.3. Kvazi-kontinuirani model shizotipije

U okviru teorijskih konceptualizacija konstrukta shizotipije jedna od tradicija koja se izdvojila jeste kvazi-dimenzionalni model (Meehl, 1962) koji u sebi sažima elemente kategorijalnog i kontinuiranog pristupa. Ovaj model proističe iz Meehl-ove teorije (1962), koja se u značajnoj meri oslanja na opservacije i formulacije Sandor-a Rado-a (1953). Prema ovom gledištu, postoji specifična genetska vulnerabilnost za razvoj psihoze. Iz ugla ovog modela na shizotipiju se gleda kao na diskretnu klasu koja obuhvata individue sa genetskom dispozicijom za razvoj shizofrenije (Tuchman, 2012). Meehl (1962) je smatrao da jedan dominantan gen (tzv. „shizo-gen“) u kombinaciji sa drugim relevantnim genetskim faktorima produkuje neurointegrativne deficite koje je

nazvao *shizotaksija*, smatrajući je neophodnim, ali ne i dovoljnim faktorom za razvoj shizotipije (a u ekstremnijoj formi i shizofrenije). Umesto toga, shizotaksija u interakciji sa sredinskim uticajima određuje kasniji nivo dekompenzacije (Lenzenweger, 2006). Shizotipija se stoga iz ove perspektive može definisati kao organizacija ličnosti koja proizilazi iz shizotaksije i predstavlja vulnerabilnost za razvoj shizofrenije (Vollema & van den Bosch, 1995, prema Tuchman, 2012). Prema ovom modelu, pretpostavlja se da je shizotipija prisutna kod oko 10% individua u okviru opšte populacije (Beauchaine, Lenzenweger, & Waller, 2008; Lenzenweger, 1994; Meehl, 1990). Osobe sa izraženom shizotipijom imaju genetsku vulnerabilnost za shizofreniju, ali se samo oko 10% vulnerabilnih zaista i dekompenzuje do nivoa psihoze (Meyer & Keller, 2001) pod uticajem različitih stresogenih faktora. Ostatak shizotipalne populacije kreće se u okvirima funkcionalnosti, uprkos iskustvima koja su slična blažoj formi simptoma shizofrenije (Day & Peters, 1999). Tako se osobe koje postižu visoke skorove na merama shizotipije nalaze pod povećanim rizikom da razviju psihotični poremećaj (Tuchman, 2012), a za ostalih, približno 90% članova populacije smatra se da nisu pod rizikom (Nelson et al., 2013). Ovaj pristup smatra se dimenzionalnim zbog toga što predviđa različite nivoe ekspresije psihopatoloških manifestacija (od blažih, kao što je shizotipija, do težih, kao što je shizotipalni poremećaj ličnosti i u krajnjoj liniji shizofrenija). Sa druge strane, ovaj model je zapravo kategorijalan, zbog toga što pretpostavlja da individua ili poseduje genetsku vulnerabilnost za razvoj poremećaja, ili to nije slučaj (Nelson et al., 2013). Otuda prefiks „kvazi“ u nazivu ovog pristupa. Pod okriljem kvazi-dimenzionalnog modela, javlja se dijateza-stres model psihoze, prema kom se pretpostavlja da psihotični poremećaji, uključujući shizofreniju i afektivnu psihozu, potiču iz interakcije između sredinskih činilaca, kao što su stresogeni faktori i predispozicije, tj. vulnerabilnosti za razvoj poremećaja (Chapman, Chapman, Kwapil, Eckblad, & Zinser, 1994). Prema dijateza-stres modelu pretpostavlja se da postoji veliki broj ljudi koji su vulnerabilni za razvoj psihoze, ali koji se ne dekompenzuju do kliničkog nivoa (Gottesman & Wolfgram, 1991). Iz ove perspektive, smatra se da je genetska vulnerabilnost za razvoj psihotičnih simptoma taksonske prirode (Korfine & Lenzenweger, 1995; Waller, Yonce, Grove, Faust, & Lenzenweger 2006). Istraživanja su pokazala da je duže trajanje netretiranih psihotičnih simptoma povezano sa lošijom

prognozom prilikom tretmana, pa je ovaj model veoma značajan jer naglašava mogućnost detekcije individua koje su pod rizikom, što je neophodno kako bi se mogao sprovesti pravovremeni skrining, rana dijagnoza i tretman poremećaja (Bottlender et al., 2003).

1.2.3.1. Nalazi koji idu u prilog kvazi-kontinuiranom modelu shizotipije

U narednim redovima biće prikazana značajnija istraživanja i nalazi koji potkrepljuju hipoteze kvazi-dimenzionalnog modela shizotipije. Ovi nalazi dolaze iz različitih metodoloških pristupa i istraživačkih oblasti, međutim svima je zajedničko to što podržavaju neke od ključnih pretpostavki Meehl-ovog modela.

1.2.3.1.1. Longitudinalno praćenje osoba sa shizotipalnim odlikama

Chapmanova desetogodišnja studija specifična je po tome što predstavlja prvo longitudinalno istraživanje psihometrijski operacionalizovane podložnosti za razvoj psihotičnih poremećaja, a takođe je poznata i po svom velikom uzorku, visokoj stopi odgovora u periodu retesta i desetogodišnjem follow up intervalu (Chapman et al., 1994; Kwapil, 1998). U svom istraživanju, autori se snažno oslanjaju na Meehl-ove (1964) koncepte vulnerabilnosti za shizofreniju. Prema hipotezi koja je prvo predložena od strane Rado-a (1953) i Meehl-a (1962; 1990) vulnerabilnost za shizofreniju može se premorbidno detektovati pomoću registrovanja različitih osobina karakterističnih za shizotipalnu ličnost. Chapman i saradnici su u svojoj studiji primenili papir-olovka samoopisne tehnike i intervju kako bi na osnovu dobijenih skorova i rezultata selektovali vulnerabilne individue i formirali kontrolnu grupu. Četiri skale korišćene su za selekciju vulnerabilnih subjekata: Revidirana skala fizičke anhedonije (Chapman, Chapman, & Raulin, 1976), Skala perceptivne aberacije (Chapman, Chapman, & Raulin, 1978), Skala magijske ideacije (Eckblad & Chapman, 1983) i Skala impulsivnog nonkonformizma (Chapman et al., 1984). Instrumenti su administrirani na oko 7 800 studenata tokom kasnih 70tih i ranih 80tih godina prošlog veka. Ispitanici koji su ostvarili skor najmanje 1.96 SD iznad aritmetičke sredine na nekoj od četiri skale korišćene za selekciju pozvani su da učestvuju u daljem istraživanju (Chapman, Chapman, & Kwapil, 1994). U dalje

istraživanje uključeni su takođe i ispitanici koji nisu ostvarili kritičan skor ni na jednoj pojedinačnoj skali, ali su imali povišene skorove na kombinaciji različitih skala. Za kontrolnu grupu odabrani su oni ispitanici čiji skorovi su bili najviše 0.5 SD iznad aritmetičke sredine na zadatim skalama (Chapman, Chapman, & Kwapil, 1994). U periodu od 10 do 15 godina nakon inicijalnog kontakta 508 od originalnih 534 ispitanika ponovo je kontaktirano, što čini impozantnih 95% inicijalnog uzorka. Follow up evaluacija uključivala je dijagnostički intervju kojim su obuhvaćeni podaci o generalnom funkcionisanju, simptomima iz psihotičnog spektra, indikatorima poremećaja ličnosti iz shizofrenog spektra, poremećaja raspoloženja i tretmana vezanih za mentalno zdravlje. Rezultati su pokazali da je u poređenju sa kontrolnom grupom, u grupi subjekata sa visokim skorovima na skalama perceptivne aberacije i magijske ideacije, nakon desetogodišnjeg follow up-a bilo više osoba koje zadovoljavaju kriterijume za psihozu prema DSM-III-R, koje su manifestovale veću učestalost doživljaja sličnih psihotičnim, više shizotipalnih crta ličnosti, te su izveštavale o većem broju rođaka sa psihotičnim simptomima. Psihozi slična iskustva registrovana putem inicijalnog intervjua predstavljala su, prema rečima autora, odličan indikator kasnije podložnosti za psihozu među osobama sa visokim skorovima na perceptivnoj aberaciji i magijskoj ideaciji. Stoga se čini da psihozi slična iskustva u kasnoj adolescenciji nisu u potpunosti prolazna razvojna faza, niti privremena reakcija na eksperimentisanje sa alkoholom i psohoaktivnim supstancama (Chapman et al., 1994), već da kod određenog broja ispitanika ona predstavljaju validan indikator ozbiljne psihopatološke dinamike koja ima mogućnost da preraste u psihozu. Takođe, ispostavilo se da osobe koje positižu istovremeno povišene skorove na skalama magijske ideacije i socijalne anksioznosti/anhedonije predstavljaju grupu koja je posebno podložna razvoju kliničkih oblika psihoze (čak oko 21%), što ukazuje na mogućnost da kombinacija različitih crta može biti moćniji prediktor u identifikaciji vulnerabilnih individua, nego samo jedna klasa crta (Chapman et al., 1994).

Nakon ove čuvene i brižljivo sprovedene studije, realizovana su i druga istraživanja koja su se bavila longitudinalnim praćenjem osoba sa shizotipalnim crtama. Tako su Gooding, Tallent i Matts (2005) ispitivali da li su individue sa psihometrijski operacionalizovanim indikatorima shizotipalnog poremećaja ličnosti pod većim rizikom

da razviju psihotični poremećaj tokom vremena. Istraživači su intervjuisali 135 osoba pod rizikom, sa simptomima shizotipalnog poremećaja ličnosti i pratili njihovo stanje tokom pet godina. U poređenju sa kontrolnom grupom, u grupi individua pod rizikom u kasnijem periodu, češće su registrovani ozbiljniji simptomi slični psihotičnim (Geng et al., 2013).

Još jedna novija značajna studija sprovedena je na ispitanicima u Kini fokusirajući se na praćenje emocionalnog i psihosocijalnog funkcionisanja osoba sa shizotipalnim crtama ličnosti tokom dve godine (Geng et al., 2013). Rekrutovano je 660 ispitanika iz studentske populacije koji su popunili bateriju instrumenata. Upitnik SPQ (Raine, 1991) korišćen je za merenje shizotipalnih osobina ličnosti, a primenjene su i mere kognitivnog, emocionalnog i psihosocijalnog funkcionisanja. Nakon početne evaluacije, ispitanici su istom baterijom bili retestirani svakih šest meseci tokom naredne dve godine. U poslednjem retestu učestvovalo je 355 ispitanika. Geng i saradnici (2013) primenili su analizu rasta latentnih klasa (Latent class growth analysis; LCGA) i registrovali su tri heterogene latentne klase i razvojne putanje u uzorku: visoko, umereno i nisko izražene simptome shizotipije. Kod grupe sa visoko izraženom shizotipijom koja je činila 7.6% uzorka, tokom vremena došlo je do porasta shizotipalnih simptoma. Grupa sa umereno izraženim shizotipalnim crtama (40.6%) pokazala je stabilnost tokom dvogodišnjeg perioda, dok je kod grupe sa nisko izraženim shizotipalnim osobinama (51.8% uzorka) primećeno opadanje shizotipalnih simptoma tokom vremena. Primenom analize varijanse registrovano je da grupa sa visoko izraženim shizotipalnim crtama tokom vremena manifestuje više odlika paranoidnog mišljenja, psihološkog distresa i egzekutivnih disfunkcija u odnosu na druge dve grupe. Takođe, ispitanici sa visoko i umereno izraženim shizotipalnim odlikama pokazali su više deficita na planu prospektivne memorije u odnosu na grupu sa nisko izraženim shizotipalnim crtama. Osobe sa nisko izraženom shizotipijom izveštavale su o boljem socijalnom funkcionisanju tokom vremena u odnosu na osobe sa umereno i visoko izraženim shizotipalnim odlikama. Rezultati multivarijatne regresione analize pokazali su da paranoidna ideacija, emocionalno stanje i deficiti na planu prospektivne memorije predstavljaju značajne prediktore socijalnog funkcionisanja u grupi ispitanika sa visoko izraženom shizotipijom, što ukazuje na to da bi ove varijable mogle biti relevantne

prilikom ranog detektovanja i sprovođenja intervencija za osobe sa visoko izraženim shizotipalnim osobinama ličnosti (Geng et al., 2013).

1.2.3.1.2. Istraživanja iz oblasti genetike: porodične i blizanačke studije

Uprkos godinama tokom kojih su sprovedene brojne studije iz bihevioralne genetike, do sada nije identifikovan ni jedan gen koji se može povezati sa shizofrenijom, a da on nije bio subjekat debate i kontradiktornih nalaza (Allardyce, Gaebel, Zielasek, & van Os, 2007; Tandon, Keshavan, & Nasrallah, 2008). U narednim redovima biće prikazana neka istraživanja iz oblasti bihevioralne genetike koja, iako ne mogu ponuditi jasne odgovore o genetskoj osnovi shizofrenije, niti o hromozomskim lokalizacijama koje bi predstavljale osnovu za konkretne fenotipske manifestacije, ipak mogu dati nagoveštaje o genetskoj podlozi shizofrenije, pa tako i shizotipije. U prilog kvazi-kontinuiranom modelu, koji postulira da shizofrenija i shizotipija leže na zajedničkom kontinuumu psihopatoloških manifestacija, govore još pionirski nalazi Krepelina i Blojlera koji su primetili da su rođaci osoba sa dijagnozom shizofrenije upadljiviji i ekscentričniji nego osobe iz opšte populacije. Od tada su mnogobrojne studije iz bihevioralne genetike tokom XX i ranog XXI veka pokazale da shizotipalne crte i psihotični simptomi doista imaju izvestan nivo genetske osnove (Baron, Gruen, Asnis, & Kane, 1983; Kendler, Thacker, & Walsh, 1996; Kety, Rosenthal, Wender, Schulsinger, & Jacobsen, 1975; Mata et al., 2003). Važni nalazi u prilog genetskoj osnovi shizotipije dolaze iz studija koje su koristile blizanački dizajn u cilju otkrivanja moguće genetske povezanosti između shizotipije i shizofrenije. U jednom takvom istraživanju, na osnovu odgovora 98 monozigotnih i 59 dizigotnih parova blizanaca, pokazano je da su iskustva perceptivnih aberacija i, posebno, socijalne anhedonije barem parcijalno nasledna (MacDonald, Pogue-Geile, Debski, & Manuck, 2001). Analiziranje korelacija monozigotnih i dizigotnih blizanačkih parova ukazalo je na to da pozitivne i negativne shizotipalne crte pokazuju prepoznatljive i srodne obrasce varijacija u okviru istih porodica (Kendler et al., 1991). Pored toga što je kroz blizanačke i usvojeničke studije već relativno jasno ustanovljeno da shizofrenija ima hereditarnu dimenziju (Cannon, Kaprio, Lonnqvist, Huttunen, & Koskenvuo, 1998; McClellan, Susser, & King, 2007;

McCue, Gottesman, & Rao, 1983), neka istraživanja pokazuju da se shizotipija i shizofrenija često mogu detektovati u okviru istih porodica, što bi moglo da sugeriše zajedničku naslednu osnovu (Baron et al., 1983; Kendler et al., 1996; Kety et al., 1975; Mata et al., 2003). Porodične studije ukazuju na to da je shizotipija zastupljena istovremeno sa shizofrenijom u okviru istih porodica češće nego što bi se to očekivalo na osnovu pukog slučaja (Kendler et al., 1993; Kendler, McGuire, Gruenberg, & Walsh, 1995; Kendler & Walsh, 1995). Ovi nalazi govore nam o potencijalnom etiološkom kontinuitetu između blažih i jačih manifestacija simptoma iz shizofrenog spektra i o varijacijama u izraženosti simptoma duž kontinuuma (Johns & van Os, 2001). Ono što je veoma interesantno jesu rastući dokazi da se povišeni nivoi shizotipalnih crta mogu pratiti kroz više generacija u okviru iste familije (Hanssen, Krabbendam, Vollema, Delespaul, & van Os, 2006). Zanimljivo je, međutim, da su porodice koje su učestvovala u studiji kojom je demonstriran ovaj nalaz bile regrutovane iz opšte populacije, te istraživanje istovremeno pruža podršku i hereditarnoj komponenti shizotipije koju postulira Meehl, ali i potpuno dimenzionalnom modelu koji pretpostavlja varijaciju shizotipalnih odlika u okviru opšte populacije (Nelson et al., 2013).

1.2.3.1.3. Biološka istraživanja: neuroanatomske abnormalnosti

Istraživanja iz ove oblasti otkrivaju nam da su kako shizofrenija, tako i shizotipija, povezane sa određenim brojem sličnih neuroanatomskih abnormalnosti (Nelson et al., 2013). Povišena stopa „mekih“ neuroloških znakova identifikovana je kod osoba sa psihotičnim poremećajem, ali je takođe pronađena i korelacija između ovih znakova i shizotipije u opštoj populaciji (Bollini et al., 2007; Chan et al., 2010; Kaczorowski, Barrantes-Vidal, & Kwapil, 2009). Kod osoba sa shizofrenijom primećene su blaže varijacije u strukturi kostiju i mekim tkivima, poznatije kao minorne fizičke anomalije (McGrath et al., 2002). Ove blage fizičke anomalije koreliraju sa ukupnim skorovima na merama shizotipije, a posebno sa kognitivno-perceptivnom i interpersonalnom dimenzijom (Bollini et al., 2007). Kao što je slučaj sa neurološkim „mekim“ znakovima i blagim fizičkim anomalijama, tako je i okulomotorni deficit (koji zajedno sa analgezijom

i olfaktornim anomalijama spada u „tvrde“ neurološke znakove shizofrenije) registrovan u grupi osoba sa visoko izraženim crtama shizotipije (O’Driscoll, Lenzenweger, & Holzman, 1998). Ono što se može primetiti jeste da uprkos manjku istraživanja putem metoda neuroodslikavanja, biološki nalazi kao što su oni koji se tiču okulomotornog deficita, minornih fizičkih anomalija i „mekih“ neuroloških znakova ukazuju na mogućnost postojanja biološke sličnosti između osoba koje postižu visoke skorove na merama shizotipije i ispitanika sa shizofrenijom (Nelson et al., 2013). Iako su do sada sprovedena brojna neurološka istraživanja u kontekstu shizofrenije ili shizotipalnog poremećaja ličnosti, manji broj studija se bavio ispitivanjem neuroanatomskih korelata shizotipije u okviru nekliničke populacije (Nelson et al., 2013), pa ćemo stoga ovde posebno pomenuti neka od tih istraživanja. U jednoj MRI studiji pronađeno je da je shizotipija povezana sa redukovanim volumenom u prefrontalnim zonama (Raine, Sheard, Reynolds, & Lencz, 1992), što odgovara i nalazima studija sprovedenih na ispitanicima sa shizofrenijom. Sa druge strane, poređenja grupe studenata sa ekstremno niskim i ekstremno visokim skorovima na merama shizotipije pokazala su da kod osoba sa izraženim shizotipalnim crtama postoji znatno veći moždani volumen, što se odnosi i na oblasti posteriornog cingularnog korteksa i prekuneusa (Modinos et al., 2010). Ovaj nalaz suprotan je od onoga što se obično sreće u neuroanatomskim istraživanjima fokusiranim na psihoze, kod kojih se uglavnom detektuje redukcija moždanog volumena (Keshavan, Tandon, Boutros, & Nasrallah, 2008). Međutim, autori dobijene nalaze tumače u svetlu kontinuiteta između shizotipije i shizofrenije i navode rezultate istraživanja u kojima je pokazano da postoji povećanje moždanog volumena kod osoba sa shizotipalnim poremećajem ličnosti i ispitanika sa prvom psihotičnom epizodom (Modinos et al., 2010), za razliku od osoba sa hroničnom shizofrenijom, kod kojih je primetna redukcija volumena (Keshavan et al., 2008).

1.2.3.1.4. Neuropsihološka istraživanja: kognitivni deficiti

U domenu neuropsiholoških istraživanja postoje veoma konzistentni nalazi koji pokazuju da je shizofrenija povezana sa kognitivnim deficitima (Nelson et al., 2013; Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2009), kako generalizovanim, tako i specifičnim.

Kognitivni deficiti su posebno prominentni u oblasti verbalne memorije, egzekutivnih funkcija i pažnje (Albus et al., 1997; Aleman, Hijman, de Hann, & Kahn, 1999; Bilder, 1996; Censits, Ragland, Gur, & Gur, 1997; Heinrichs and Zakzanis, 1998; Saykin et al., 1994; Sitskoorn, Nuyen, Appels, van der Wee, & Kahn, 2002), dok su prisutne i blaže manifestacije na nivou perceptivnih i bazičnih jezičkih procesa (Goldberg & Gold, 1995; Heinrichs & Zakzanis, 1998). Kada je verbalna produkcija u pitanju, upadljive oscilacije između povećane i osiromašene verbalne fluentnosti povezane su sa različitim aspektima psihotične simptomatologije (Tsakanikos & Claridge, 2005). Slabija performansa na zadacima verbalne fluentnosti povezana je sa negativnom simptomatologijom shizofrenije, kao što su zaravnjen afekat, anhedonija i osiromašen govor (Allen, Liddle, & Frith, 1993; Howanitz, Cicalese, & Haevey, 2000), dok povećana verbalna produkcija korelira sa pozitivnim psihotičnim simptomima, poput halucinacija (Lindamer & Whitman, 1997; Kerns, Berenbaum, Barch, Banich, & Stolar, 1999)³. Dalje, porodične studije ukazuju na to da su kognitivni deficiti koji se manifestuju kod shizofrenog poremećaja nasledni (Cannon et al., 2000; Goldberg et al., 2003; Tuulio-Henriksson et al., 2002). Iz ovog nalaza proizilazi pretpostavka da abnormalnosti u kognitivnom funkcionisanju nisu prisutne samo kod pacijenata, već da se slični deficiti mogu registrovati i kod njihovih rođaka koji nisu pogođeni poremećajem (Sitskoorn, Aleman, Ebisch, Appels, & Kahn, 2004). Zapravo, većina studija koje su ispitivale kognitivne procese kod srodnika osoba sa dijagnozom shizofrenije izveštava o prisustvu kognitivnih deficita kod rođaka, u poređenju sa kontrolnom grupom (Appels, Sitskoorn, Westers, & Kahn, 2003; Faraone et al., 1995; Kremen et al., 1994). Meta-analitička studija koja se bavila ispitivanjem ove problematike pronašla je da rođaci osoba sa shizofrenijom zaista pokazuju slabiju kognitivnu performansu. Prosečna veličina efekta je umerena, a razlike između rođaka i kontrolne grupe su najveće u slučaju verbalnog pamćenja ($d = 0.54$) i na testu pravljenja traga ($d = 0.51$), što čini upravo one segmente kognitivnog funkcionisanja koji su najviše kompromitovani i kod samih osoba sa dijagnozom shizofrenije – verbalna memorija, egzekutivne funkcije i pažnja (Sitskoorn et al., 2004). S obzirom na to da u

³ Ovaj nalaz moguće je protumačiti iz okvira pretpostavke prema kojoj halucinacije nastaju kao rezultat povećane automatske aktivacije i širenja između uskladištenih leksičkih jedinica (David, 1994; Hoffman & McGlashan, 1997). Osobe koje imaju halucinacije mogu generisati povećanu količinu reči na zadacima verbalne fluentnosti usled takve povišene leksičke aktivacije (Tsakanikos & Claridge, 2005).

ovom slučaju nije stavljen akcenat na ispitivanje shizotipalnih karakteristika kod srodnika osoba sa shizofrenijom, ali da na osnovu drugih studija znamo da se kod njih češće sreću shizotipalne odlike, navedeni rezultati su samo posredan indikator o koegzistiranju shizotipije i kognitivnih deficita, te samim tim i posredan pokazatelj u prilog kvazi-dimenzionalnom modelu shizotipije.

Nalazi koji direktnije govore u prilog kontinuitetu između shizotipije i shizofrenije dolaze nam od studija koje su se bavile kognitivnim deficitima kod osoba koje postižu povišene skorove na merama shizotipije. Tako rezultati ovih istraživanja pokazuju da su povišeni nivoi shizotipije povezani sa blažim kognitivnim deficitima i kod pripadnika opšte populacije (Mortiz et al., 1999; Noguchi, Hori, & Kunugi, 2008). Specifično, negativna korelacija pronađena je između shizotipije i verbalnih sposobnosti (Noguchi et al., 2008), pažnje (Chen, Hsiao, & Lin, 1997) i radne memorije (Park & McTigue, 1997; Schmidt-Hansen, & Honey, 2009). Primećeno je da, slično kao u slučaju shizofrenije i dimenzije shizotipije pokazuju različitu povezanost sa verbalnom produkcijom na standardnim zadacima verbalne fluentnosti (Tsakanikos & Claridge, 2005). Pozitivni simptomi shizotipije povezani su sa većom, a negativni simptomi sa slabijom verbalnom fluentnošću. Međutim, povezanost između verbalne fluentnosti i shizotipije nije linearna - ona se manifestuje samo kod ispitanika čiji su rezultati značajno iznad proseka (1SD), što ide više u prilog kvazi-dimenzionalnom, nego potpuno dimenzionalnom modelu shizotipije. Takođe, imajući u vidu činjenicu da su ovi rezultati opservirani na studentskom uzorku, čini se da su navedene nepravilnosti u verbalnoj produkciji zapravo endofenotip, tj. kognitivni markeri (primarne odlike), pre nego epifenomen (sekundarne odlike u vidu nusfekata medikamenata i hospitalizacije) koji se može javiti kao konfundirajući faktor u istraživanjima koja uključuju kliničku populaciju (Tsakanikos & Claridge, 2005).

1.2.3.1.5. Taksometrijska istraživanja shizotipije

Taksometrija predstavlja sistem analitičkih postupaka koji se koriste za procenu kategorijalnosti određenog konstrukta. Razvoj taksometrijskih procedura povezuje se sa reakcijom Paul-a Meehl-a (1999) na, po njegovom viđenju, pre naglašeno i neadekvatno

favorizovanje dimenzionalnih modela u psihologiji (Čolović, 2011). Razvojem ovih procedura Meehl je pokušao da ponudi rešenje za konceptualne probleme po pitanju konstrukta shizotipije, o čemu su dugo vođene debate.

Taksoničnost, odnosno kategorijalnost, podrazumeva postojanje samo dve grupe čije distribucije su međusobno jasno razdvojene (Meehl, 2004). Jedna od tih grupa naziva se takson, čiji pripadnici manifestuju neko određeno svojstvo, dok se druga grupa naziva komplement, čiji članovi ne ispoljavaju datu osobinu (Čolović, 2011). Ovde ćemo ukratko prikazati osnovne nalaze taksometrijskih studija koji idu u prilog kvazi-kontinuiranom modelu shizotipije.

Meehl-ov model shizotipije (1962) implicira dihotomnu latentnu strukturu vulnerabilnosti za shizofreniju. Ovu hipotezu potvrđuju različite taksometrijske analize (Korfine & Lenzenweger, 1995; Lenzenweger & Korfine, 1992; Lenzenweger, 1999; Lenzenweger, McLachlan, & Rubin, 2007). U svom istraživanju Korfine i Lenzenweger (1995) primenili su Meehl-ovu MAXCOV-HITMAX taksometrijsku proceduru na psihometrijski operacionalizovanoj meri shizotipije - Chapmanovoj skali Perceptivne aberacije, primenjenoj na velikom studentskom uzorku. Rezultati su pokazali da je shizotipija, merena pomenutom skalom, taksonske prirode na latentnom nivou, te da ima nisku taksonsku zastupljenost u opštoj populaciji, koja iznosi manje od .10 (Korfine & Lenzenweger, 1995). Dalje, Lenzenweger (1999) svoje nalaze koji idu u prilog taksonskoj latentnoj strukturi shizotipije i Meehl-ovom modelu datog konstrukta, potvrđuje i primenom MAXCOV procedure na 8 ajtema u formi tačno/netačno, izdvojenih iz upitnika koji mere shizotipiju. U cilju dodatnog razrešavanja debate o latentnoj prirodi konstrukta shizotipije, Lenzenweger i saradnici (2007) putem primene EM algoritma u UNIX zasnovanom programu EMMIX, sproveli su analizu *finite mixture modeling*, kao i suplementarnu taksometrijsku analizu MAXCOV na istim podacima. Obe metode rezultirale su implikacijom o dve latentne komponente shizotipije, dakle o taksonskoj organizaciji ovog konstrukta.

1.2.3.2. Kritika kvazi-kontinuiranog modela shizotipije

Iako značajna empirijska podrška za kvazi-dimenzionalni model dolazi i iz taksometrijskih analiza (Rawlings et al., 2008; Waller & Meehl, 1998), može se reći da taksomska formulacija shizotipije nije u potpunosti dobila podršku i potkrepljenje u kasnijim empirijskim nalazima. Iako istraživanja koja su primenjivala taksometrijsku analizu uglavnom potvrđuju da je shizotipija u opštoj populaciji zastupljena u vidu taksona, ove studije su često izložene kritikama, najčešće zbog procedura uzorkovanja koje su u njima primenjivane. Tako se u datim istraživanjima najčešće koriste klinički uzorci sa malim brojem ispitanika, što je nedovoljno za sprovođenje taksometrijskih analiza, ili pak veliki studentski uzorci koji ne moraju biti reprezentativni za opštu populaciju (Rawlings et al., 2008). Takođe, u ovakvim analizama često se uzima u obzir samo jedan aspekt shizotipije i koristi se samo jedna taksometrijska procedura (Rawlings et al., 2008). U jednoj studiji u kojoj je napravljen napor ka prevazilaženju navedenih nedostataka putem korišćenja više različitih taksometrijskih procedura i uključivanjem velikog, heterogenog uzorka iz opšte populacije, uz primenu multiplih mera shizotipije i uzimanjem u obzir pozitivne zakrivljenosti distribucije uzorka, nalazi su pružili veću podršku dimenzionalnoj latentnoj strukturi shizotipije nego kategorijalnoj (Rawlings et al., 2008). Ovaj nalaz pruža veću podršku potpuno kontinuiranom modelu, sugerišući da postoji kontinuiran raspon shizotipalnih odlika u opštoj populaciji, odnosno da shizotipija može biti posmatrana kao „psihopatološki neutralna“ dimenzija ličnosti, na koju se može gledati odvojeno od shizotipalnog poremećaja ličnosti ili shizofrenije (Tuchman, 2012).

Što se tiče studija iz oblasti bihevioralne genetike, iako se na prvi pogled može učiniti da rezultati u većoj meri pružaju podršku kvazi-dimenzionalnom nego potpuno dimenzionalnom pristupu, neophodno je primetiti da su nalazi istraživanja i u ovom domenu daleko od jednoznačnih. Tako od Kendlera i saradnika (1991) dolaze nalazi u prilog potpuno dimenzionalnom pristupu. Autori su zadali četiri mere shizotipije monozigotnim i dizigotnim parovima blizanaca u okviru psihološki zdrave populacije i pronašli da je distribucija shizotipije u datom uzorku normalna, ukazujući na dimenzionalnost pre nego na taksoničnost koja bi trebalo da se manifestuje kroz

bimodalnu distribuciju (Kendler et al., 1991). Ovaj nalaz u značajnoj meri relativizuje pretpostavke kvazi-kontinuiranog modela.

Sledeći, i možda najubedljiviji izvor kritike kvazi-kontinuiranog modela dolazi iz istraživanja koja pokazuju da ideje slične sumanutim i anomalna perceptivna iskustva, koja se usko vezuju za shizotipiju, imaju prevalencu koja u znatnoj meri premašuje Meehl-ovu predikciju od 10% (Nelson et al., 2013). Tako je u jednom istraživanju pronađeno da je od 462 osobe bez istorije psihičkih poremećaja njih 46.9% izjavilo da veruje u telepatsku komunikaciju, 25.5% smatralo je da je progonjeno na neki način, dok je 4.8% izjavilo da veruje da može da čuje glasove kako komuniciraju (Verdoux et al., 1998). U jednoj longitudinalnoj studiji koja se bavila mentalnim zdravljem opšte odrasle populacije pokazano je da je incidenca pozitivnih subkliničkih psihotičnih iskustava i do 100 puta veća nego što Meehl navodi u svojim predikcijama (Nelson et al., 2013). Ova visoka prevalenca anomalnih isustava u opštoj populaciji briše jasnu granicu između onoga što se smatra „normalnim“ i „abnormalnim“ (Nelson et al., 2013). Na koji način se ovakvi podaci mogu integrisati u okviru kvazi-kontinuiranog modela shizotipije? Štaviše, nisu li ovi nalazi u potpunoj suprotnosti sa datim modelom? Uvidevši da Meehl-ova teorijska konceptualizacija nema dovoljnu eksplanatornu moć kada su u pitanju ovi nalazi, javila se potreba za drugačijim referentnim okvirom iz kog će se gledati na konstrukt shizotipije. Tako je formulisan potpuno kontinuirani model shizotipije, model koji pokušava da objasni kako je moguće da se kod osoba iz nekliničke populacije javljaju iskustva slična psihotičnim.

1.2.4. Potpuno kontinuirani model shizotipije

Vremenom se izdvojila grupa autora koja je počela da zastupa nešto drugačiji pogled na shizotipiju, pa tako umesto stava da se radi o diskretnoj klasi karakteristika, ovi istraživači radije shizotipiju smatraju potpuno dimenzionalnim konstruktom (Claridge, 1997; Eysenck, 1960; Eysenck & Eysenck, 1976). Ideja da se shizofrenija može konceptualizovati unutar dimenzionalnog okvira prvi put je razmatrana od strane Blojlera (1924) u njegovim opisima latentne shizofrenije, gde navodi da su shizoidne osobenosti zapravo u okvirima normalnih granica. Nasuprot Meehl-ovom kvazi-dimenzionalnom

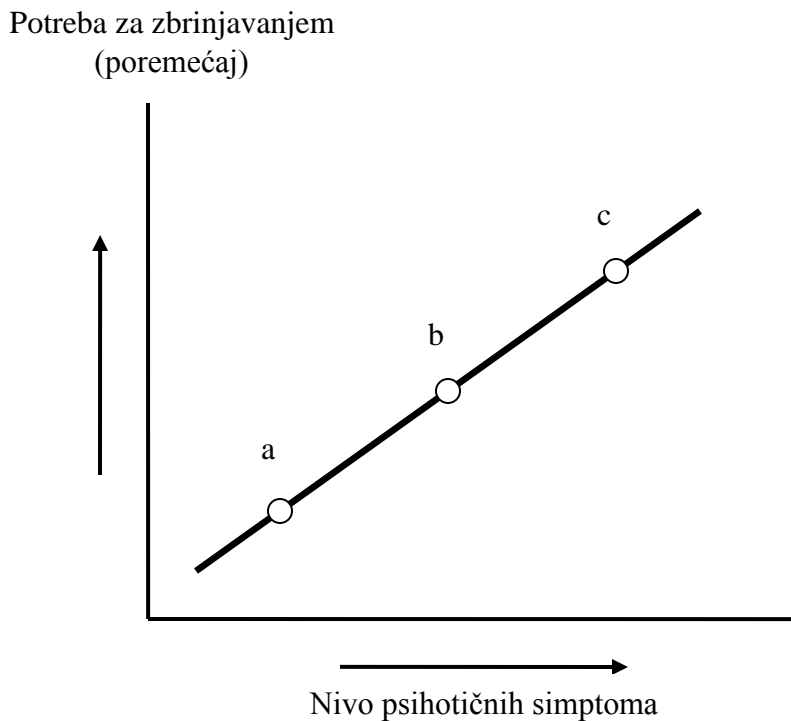
modelu shizotipije, totalno dimenzionalni model predložen od strane Eysenck-a (1947, 1977) i potpuno dimenzionalni model formulisan od strane Claridge (1985; 1997) smeštaju početnu tačku kontinuiteta shizotipije u spektar normalnog/zdravog domena funkcionisanja. Eysenck je kao oponent psihijatrijskog modela bolesti formulisao izuzetno uticajnu teoriju ličnosti u okviru koje psihotični poremećaj smešta na ekstremni kraj kontinuirane i varijabilne dimenzije ličnosti - psihoticizma, koji predstavlja „prirodnu varijaciju centralnog nervnog sistema“ (Rawlings et al., 2008). Jednostavnije, tek u svojoj ekstremnoj formi ova dimenzija ličnosti manifestuje se kao vulnerabilnost za mentalni poremećaj (Rawlings et al., 2008). Razlika između Eysenck-ovog *totalno* kontinuiranog modela i *potpuno* kontinuiranog modela koji predlaže Claridge leži u tome što totalno kontinuirani model ne pravi distinkciju između dugotrajnih psihotičnih iskustava i prerastanja ovih iskustava u poremećaj. Sa druge strane, potpuno kontinuirani model koji predlaže Claridge (1997) pravi jasnu granicu na kontinuumu između shizotipije i shizofrenije, gde diskontinuitet funkcija predstavlja indikator poremećaja, čime ovaj model delimično obuhvata i pretpostavke Meehl-ovog kvazi-kontinuiranog modela o vulnerabilnosti (Green et al., 2008). Osnovna hipoteza koju promovišu zagovornici potpuno dimenzionalnog modela jeste da je latentna struktura shizotipije kontinuirane prirode, te da se radi o personalnoj karakteristici na kojoj svi ljudi variraju u manjoj ili većoj meri. Pretpostavka je da se ovaj kontinuum proteže od niske shizotipije i psihičkog zdravlja, do ekstremno visoke shizotipije i moguće disfunkcije u vidu psihoze. Prema ovom stanovištu, shizotipalne odlike ne predstavljaju samo korelate psihopatologije, već mogu biti povezane i sa adaptivnim i društveno prihvaćenim osobinama i stavovima kao što su kreativnost ili religiozna uverenja (Claridge, 1997; McCreery & Claridge, 2002). Tako se smatra da nisu sve osobe koje manifestuju povišene nivoe shizotipalnih karakteristika nužno disfunkcionalne. Pokazano je npr. da ovakve individue često funkcionišu dobro u smislu subjektivnog blagostanja, te izveštavaju o većem doživljaju kontrole nad svojim životom u odnosu na kontrolne subjekte, što podrazumeva uspešno suočavanje sa negativnim životnim događajima i održavanje stabilnosti (Goulding, 2004). Nadalje, mnoge osobe sa shizotipalnim karakteristikama manifestuju adaptivne osobine poput kreativnosti, uključujući bavljenje crtanjem, slikanjem, pisanjem, muzikom, web-dizajnom i sl. (Batey & Furnham, 2008;

Nelson & Rawlings, 2010; Rawlings & Locarnini, 2008). Potpuno dimenzionalni model zalaže se dakle za mogućnost da shizotipija postoji i u svojoj „zdravoj“ formi, gde prisustvo neobičnih iskustava samo po sebi ne mora ići nužno „ruku pod ruku“ sa psihopatološkim manifestacijama (Tuchman, 2012).

Ovakvim pristupom moguće je objasniti visoku prevalencu anomalnih iskustava u opštoj populaciji o kojoj izveštavaju istraživači poput van Os-a i njegovih kolega (Johns & van Os, 2001; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009). Posmatrano iz perspektive potpuno dimenzionalnog modela, shizotipija sama po sebi nije dovoljna kao rizik za psihopatološke manifestacije i sve dok nije udružena sa drugim riziko-faktorima, ona se može smatrati neutralnom crtom u pogledu psihopatologije (Rawlings et al., 2008). Tek kada se visoki nivoi shizotipije javljaju u kombinaciji sa drugim etiološkim faktorima, može se reći da se osoba nalazi pod rizikom za razvoj shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja (Nelson et al., 2013), dok se iz ugla kvazi-dimenzionalnog pristupa na shizotipiju *a priori* gleda kao na vulnerabilnost za razvoj mentalnog poremećaja. Da pojasnimo: prema potpuno kontinuiranom modelu, u zavisnosti od interakcije sa faktorima rizika (npr. stresni događaji) ili sa protektivnim varijablama (npr. podržavajuća socijalna mreža), shizotipija može voditi do nezdravih i maladaptivnih ishoda kao što je psihoza, odnosno do zdravih i adaptivnih ishoda, kao što je, recimo kreativnost (Brod, 1997; Claridge & Beech, 1995; Jackson, 1997; Nettle, 2006).

Potpuno dimenzionalni model pokazao se superiornijim u odnosu na kvazi-dimenzionalni jer je konzistentan sa aktuelnom hipotezom o kontinuitetu psihoze (Allardyce et al., 2007; Linscott & van Os, 2010). Ova hipoteza odnosi se na stav da je psihoza u sušini slična somatskim oboljenjima kao što su dijabetes ili bolesti srca u smislu da je njena etiologija multifaktorski uslovljena, pri čemu multipli geni u interakciji kako na međusobnom nivou, tako i sa sredinskim činiocima, određuju psihopatološki karakter ishoda (Allardyce et al., 2007). Ove različite kombinacije genetskih i sredinskih faktora rizika rezultiraju širokim varijabilitetom fenotipskih ekspresija koje se nalaze na kontinuumu od normalnosti do kliničkih oblika psihoze (Nelson et al., 2013). Shizotipija se, prema potpuno dimenzionalnom pristupu odnosi na zdravu dimenziju ličnosti koju je moguće razlikovati od njenih patoloških varijeteta, kao što su shizotipalni poremećaj

ličnosti ili shizofrenija (Tuchman, 2012). Nelson i saradnici (2013) predlažu da se na odnos između shizotipije i psihoze može gledati na sličan način kao i na odnos između neuroticizma i anksioznih poremećaja. Visok nivo neuroticizma često se može pronaći kod osoba sa anksioznim poremećajem, ali visok neuroticizam nije dovoljan sam po sebi za prisustvo anksioznog poremećaja. Isto se može reći i za odnos između shizotipije i psihoze, u smislu da visoki nivoi shizotipije mogu biti povezani sa psihozom, ali nisu nužno indikatori disfunkcije. Baš kao što neuroticizam sam po sebi nije dovoljan indikator specifičnog anksioznog poremećaja, tako ni shizotipija per se nije dovoljan skrining indikator za specifičan psihotični poremećaj. Umesto toga, zagovornici ovog modela smatraju da suštinska vrednost konstrukta shizotipije leži u tome šta nam može otkriti o normalnim psihičkim iskustvima ljudi i mogućim putanjama od mentalnog zdravlja do psihičke bolesti (Nelson et al., 2013). S obzirom na potpuno dimenzionalni model, kreirani su mnogobrojni upitnici shizotipije za primenu na opštoj populaciji (Bentall, et al., 1989; Claridge & Broks, 1984). U narednim poglavljima biće detaljnije prikazani empirijski nalazi koji idu u prilog tome da se psihotični simptomi i shizotipalne odlike ličnosti mogu detektovati i u opštoj populaciji i da leže na kontinuumu, ne samo sa psihopatološkim, već i sa zdravim psihičkim manifestacijama (Nelson et al., 2013).



Slika 2. Prikaz potpuno kontinuiranog modela shizotipije. Na slici je prikazan kontinuitet između nivoa psihotičnih simptoma i potrebe za zbrinjavanjem. Tačka „a“ predstavlja prisustvo shizotipije u opštoj populaciji, tačka „b“ predstavlja shizofreni spektar poremećaja kao što je shizotipalni poremećaj ličnosti, a tačka „c“ se odnosi na shizofreniju. Adaptirano iz „The continuity of psychotic experiences in the general population,“ od L. C. Johns i J. van Os, 2001, *Clinical Psychology Review*, 21(8), p. 1135. Autorska prava 2001 od Elsevier Science Ltd. Adaptirano uz dozvolu.

1.2.4.1. Nalazi koji idu u prilog potpuno kontinuiranom modelu shizotipije

U sledećim poglavljima prikazaćemo neke od najvažnijih empirijskih nalaza koji podržavaju hipotezu o potpunom kontinuitetu shizotipalnih iskustava.

1.2.4.1.1. Indicije da dimenzije psihoze imaju distribuciju u opštoj populaciji

Polazeći od pretpostavke da je simptome psihoze moguće meriti i u opštoj, a ne samo u kliničkoj populaciji (Johns & Van Os, 2001), Stefanis i saradnici (2002) dizajnirali su studiju sa ciljem testiranja hipoteze da se u opštoj populaciji zaista može

izdvojiti nekoliko različitih, ali međusobno koreliranih dimenzija psihoze. Studija se fokusirala na pozitivnu dimenziju, negativnu dimenziju i depresivne simptome⁴. Indikatori depresivnosti uvedeni su kako bi se ispitalo do koje mere su pozitivni i negativni simptomi nezavisni od nivoa depresije, s obzirom na to da neka istraživanja ukazuju na korelaciju depresije (i neuroticizma generalno) sa simptomima shizotipije (Chapman, Edell, & Chapman, 1980; Kwapil, Miller, Zinser, Chapman, & Chapman, 1997; Lenzenweger & Loranger, 1989; Schulz et al., 1986; Verdoux et al., 1999) i pozitivnim simptomima psihoze (van Os et al., 1999). Konfirmatorna faktorska analiza (CFA) korišćena je kako bi se testiralo jednofaktorsko, dvofaktorsko i trofaktorsko rešenje. CFA je pokazala da je najbolji fit imalo trofaktorsko rešenje koje je obuhvatalo depresivni, pozitivni i negativni faktor ($AIC = 65\ 822$; $RMSEA = 0.045$; $p < .001$). Ovo rešenje pokazalo se kao bolje u odnosu na dvodimenzionalno (pozitivna i negativna dimenzija) ili unidimenzionalno rešenje (jedna opšta dimenzija) za koje se ispostavilo da ima najslabiji fit. Tri dimenzije međusobno koreliraju oko 0.70, dok varijacije na jednoj dimenziji objašnjavaju oko 50% varijanse na drugoj (Stefanis et al., 2002). Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da simptomi psihoze imaju svoju distribuciju i u opštoj populaciji, te da se na psihozu može gledati kao na kontinuum varijacija na nekoliko koreliranih dimenzija. Rezultati su pokazali da simptomi depresije prate pozitivne i negativne aspekte psihotičnih doživljaja, ne samo na kliničkom uzorku, već i u slučaju opšte populacije. Ovi nalazi generalno predstavljaju značajan pomak jer se polje istraživanja faceta psihotičnih simptoma proširuje i na opštu populaciju. Međutim, iako je ovim istraživanjem pokazano da određene dimenzije psihoze imaju svoju distribuciju i u opštoj, a ne samo u kliničkoj populaciji, ovi nalazi nam i dalje ne govore ništa o tome da li je moguće da su određeni simptomi iz psihotičnog spektra ponekad povezani i sa pozitivnim ishodom u oblasti mentalnog zdravlja, te da li određene individue mogu ostati funkcionalni članovi društva uprkos tome što s vremena na vreme iskuse (npr. pozitivne) simptome slične psihozi. Naprotiv, rezultati ovog istraživanja govore o tome da, kako negativna, tako i pozitivna dimenzija psihoze, značajno pozitivno koreliraju sa depresijom.

⁴ Iz istraživanja je izostavljena dimenzija dezorganizovanosti jer instrumenti koji mere ovu dimenziju pokazuju znatno manju pouzdanost kada se primenjuju na opštoj populaciji (Rodgers & Mann, 1986; Vollema, 1999).

1.2.4.1.2. Magijsko mišljenje u opštoj populaciji

Podsetimo se da je u okviru potpuno kontinuiranog modela shizotipija opisana kao neutralna dimenzija ličnosti koja nekada može biti povezana sa mentalnim zdravljem, a nekada sa mentalnom bolešću (Claridge, 1997; Kennedy & Kanthamani, 1995). U skladu sa ovim pretpostavkama, napravićemo pregled nalaza koji pokazuju da određeni indikatori psihopatologije (poput magijske ideacije) mogu biti prisutni i među pripadnicima opšte populacije koji nemaju istoriju psihičkih poremećaja. U narednim redovima prvo ćemo razmotriti rezultate istraživanja koja pronalaze vezu između magijskog mišljenja i shizotipije, a potom ćemo prikazati nalaze koji demonstriraju zastupljenost magijskog mišljenja i u nekliničkoj populaciji.

Veliki broj istraživanja pronalazi povezanost između shizotipije i verovanja u paranormalne fenomene, odnosno u pojave koje na trenutnom stupnju civilizacijskog razvoja nije moguće objasniti naučnim okvirima, kao što su ekstrasenzorna percepcija, vidovitost, verovanje u duhove ili u neobične životne forme (Irwin, 1999). Prema DSM-IV magijska ideacija predstavlja samo jedan od devet kriterijuma za dijagnostikovanje shizotipije i definisana je kao „neobična verovanja ili magijsko mišljenje koje utiče na ponašanje i inkonzistentno je sa supkulturnim normama (npr. sujeverje, verovanje u vidovitost, telepatiju, „šesto čulo“, bizarne fantazije i preokupacije)“ (American Psychiatric Association, 1994). Pronađeno je da osobe koje veruju u paranormalne fenomene ostvaruju povišene skorove na skali Shizofrenije na MMPI-u kada se uporede sa ispitanicima koji u manjoj meri veruju u parapsihološke pojave (Windholz & Diamant, 1974). Pomoću kanoničke korelacije neki autori su pokazali da ispitanici koji manifestuju snažna verovanja u spiritualizam i prekogniciju imaju povišene skorove na merama kognitivno-perceptivnog faktora shizotipije, pri čemu su ovakve osobe češće ženskog pola, dok muškarci sa povišenim skorovima na faktoru dezorganizovanosti manifestuju izraženije verovanje u neobične životne forme i veštičarenje, a negiraju verovanje u prekogniciju i tradicionalne religijske poglede (Irwin & Green, 1998-1999). Rust (1992) je detektovao povišene skorove na merama shizotipije među članovima okultnih sekti. Druge studije pokazuju da postoji povezanost između shizotipalnih crta i verovanja u

paranormalne fenomene kao što su vantelesna iskustva, tj. astralna putovanja/projekcije⁵ (McCreery & Claridge, 1995, 2002), te distresa usled noćnih mora (Claridge, Clark, & Davis, 1997). U studiji koja je obuhvatala 18 duhovnih iscelitelja⁶ (eng. faith healers) pronađeno je da su ove osobe imale značajno povišene skorove na kognitivno-perceptivnom faktoru shizotipije, kao i na faktoru dezorganizovanosti (Hergovich & Arendasy, 2007). U jednom istraživanju u kom je ispitivan odnos između shizotipije, magijske ideacije i paranormalnih uverenja među tinejdžerima, primenjen je veoma detaljan pristup merenju verovanja u paranormalne fenomene. Zadata je skala paranormalnih uverenja (Tobacyk & Milford, 1983) koja obuhvata tradicionalna religiozna verovanja (npr. verovanje u postojanje đavola, raja i pakla), zatim verovanje u psi fenomene (npr. psihokineza), veštičarenje (verovanje u crnu magiju i vudu magiju), sujeverje (npr. verovanje da kada nekome crna mačka pređe put to donosi nesreću), spiritualizam (verovanje u komunikaciju sa preminulim osobama, u reinkarnaciju), verovanje u neobične životne forme (npr. u postojanje čudovišta iz jezera Loch Ness) i konačno verovanje u prekogniciju (mogućnost predviđanja budućnosti). Autori su putem strukturalnog modelovanja pokazali da shizotipija posebno dobro predviđa pojedine aspekte verovanja u paranormalne pojave (kao što su verovanje u prekogniciju, psi, veštičarenje i spiritualizam), dok to nije slučaj sa sujeverjem, verovanjem u neobične životne forme i tradicionalnim religijskim uverenjima (Hergovich, Schott, & Arendasy, 2008). Na osnovu navedenih rezultata moguće je primetiti da su određene forme paranormalnih verovanja jasniji indikatori shizotipije, posebno njene kognitivno-perceptivne dimenzije, dok drugi oblici paranormalnih verovanja pre ukazuju na rezultate socijalnog učenja.

⁵ Vantelesno iskustvo (Out of body experiance - OBE) odnosi se na doživljaj da se osoba nalazi izvan svog tela i može da uključuje autoskopiju – opažanje okruženja iz drugačije perspektive u odnosu na položaj svog tela. Ovakavo iskustvo može biti provocirano moždanom traumom, senzornom deprivacijom, iskustvima bliskim smrti, disocijativnim stanjima, psihodeličnim drogama, dehidratacijom, električnom stimulacijom mozga ili stanjem neposredno pre/tokom spavanja (Blanke, Landis, Spinelli, & Seeck, 2004).

⁶ Duhovno isceljenje (lečenje verom) oslanja se na religiozna uverenja o otklanjanju somatskih i psihičkih tegoba, putem ritualne prakse i molitve. U starom Egiptu i Grčkoj podizani su hramovi Asklepiusu – grčkom bogu medicine, dok je u Rim ovaj kult uveden 293. godine p.n.e. u cilju borbe protiv kuge. U Hrišćanstvu se ovakav oblik isceljenja često spominje u vidu čuda koja su činili Isus, apostoli i sveci polaganjem ruku. Danas se praksa duhovnog isceljenja najčešće manifestuje u vidu hodočašća na sveta mesta ili poseta individuama poput pastora, teologa, spiritualista i vidovnjaka koji tvrde da imaju dar isceljenja (Encyclopaedia Britannica, 2017).

Kada je reč o magijskom mišljenju u opštoj populaciji Jahoda i Vyse nude pregled istraživanja koja su se bavila ovim fenomenom, od ranih radova Freud-a i Skinner-a, do savremenijih eksperimenata, gde je pokazano da je magijsko mišljenje veoma prisutno među odraslim osobama iz nekliničke populacije (Farias, Claridge, & Lalljee, 2005). U jednom istraživanju (Keinan, 1994) pronađeno je da, pod okolnostima fizičke ili psihološke pretnje, ljudi češće pribegavaju magijskom mišljenju, kao strategiji suočavanja sa neizvesnošću. Sa druge strane, postoji kategorija osoba za koje se čini da imaju personalnu dispoziciju, odnosno sklonost ka magijskom mišljenju (Farias et al., 2005).

U prilog hipotezi da su neke shizotipalne odlike kontinuirano distribuirane u populaciji, te da mogu biti povezane sa povišenim adaptivnim funkcionisanjem (McCreery & Claridge, 2002) navešćemo ovde nekoliko primera. Neobična percepcija i magijska uverenja mogu biti povezane sa povišenom spiritualnošću i kreativnošću (Tuchman, 2012). Tako su neka od iskustava, opisana u pojedinim stavkama iz skala za merenje shizotipije, poput „Činilo mi se ponekad kao da se moje telo stapa sa okruženjem“ ili „Ponekad sam imao/la osećaj da su delovi mog tela veći nego obično“ česta kod ljudi koji praktikuju meditaciju (Kabat-Zinn, 1990). Carl Gustav Jung je u svojim radovima pisao o sinhronicitetu – ideji da se različiti, na prvi pogled nepovezani, događaji odvijaju zajednički i simultano, na smislen i značajan način (Fisher et al., 2004). Ova ideja kasnije je razrađena od strane novijih autora (Hopke, 1997). Neka istraživanja su pokazala da sklonost ka spiritualnosti, koja se reflektuje u prethodno opisanim verovanjima može biti adaptivna strategija u situacijama povišenog stresa kao što su prilagođavanje na promenu i gubitak (Levin & Vanderpool, 1987; McFadden; 1999). Osobe koje ostvaruju visoke skorove na merama aberantne percepcije i verovanja, češće izveštavaju o doživljenim „astralnim projekcijama“ ali ta iskustva ne vide kao uznemirujuća. Štaviše, pronađeno je da ova grupa ispitanika ostvaruje niže skorove na anhedoniji u odnosu na generalnu populaciju (McCreery & Claridge, 2002).

Williams i Irwin (1991) predložili su hipotezu prema kojoj verovanje u paranormalne fenomene kod nekih ljudi predstavlja kognitivnu odbranu protiv netolerancije na neizvesnost i nesigurnosti koju nosi život, dok je kod drugih verovanje u paranormalne pojave povezano sa psihopatologijom, posebno sa shizotipijom i

shizofrenim spektrom poremećaja. Meyer i Keller (2001) takođe razmatraju mogućnost da povišeni skorovi na merama magijske ideacije mogu biti indikator visokog rizika za razvoj psihotičnog poremećaja samo kod određenog broja ispitanika, dok kod drugih individua naprosto oslikavaju interesovanje za okultizam⁷ i ezoteriju⁸. Moguće je da osobe sa psihotičnim simptomima koriste magijsko mišljenje kako bi pripisali značenje i objašnjenje neobičnim perceptivnim iskustvima i neverovatnim (psihotičnim) doživljajima, dok osobe bez psihotičnih simptoma pribegavaju magijskom mišljenju usled niske tolerancije na neizvesnost i nekontrolabilnost događaja.

Imajući u vidu činjenicu da mnoge stavke koje su namenjene merenju pozitivne dimenzije psihoze imaju dodirnih tačaka i sa raznim popularnim paranormalnim i sujevnim verovanjima, nameće se pitanje da li je sujeverje onda abnormalno? Poznato je da je sklonost ka sujeverju česta u nekliničkoj populaciji. Čini se da neklinički deo populacije koji pribegava sujeverju (i verovanju u paranormalne fenomene) na taj, u suštini iracionalan, način zapravo stvara veći doživljaj lične kontrole u svojim životima, dok osobe sa poremećajem iz shizofrenog spektra kroz paranormalna uverenja i magijsku ideaciju manifestuju poremećeno psihičko funkcionisanje i percipiranu ulogu slučajnosti u svojim životima (Vyse, 2000). Stoga možemo zaključiti da premda sujeverje jeste iracionalno, ono nije abnormalno. U jednom istraživanju koje se bavilo odnosom između iluzije kontrole, sujeverja i optimizma, pronađeno je da je iluzija kontrole značajno pozitivno korelirala sa paranormalnim verovanjima (posebno sa supskalama koje su se odnosile na sujeverje i prekogniciju), optimizam je ostvario pozitivnu, a pesimizam negativnu korelaciju sa religioznošću, dok je pesimizam sa druge strane pozitivno korelirao sa supskalom sujeverja. Autor ove nalaze tumači u svetlu objašnjenja da kako sujeverje, tako i iluzija kontrole izvire iz konteksta okolnosti koje su inherentno nepredvidljive, nasumične i nekontrolabilne (Rudski, 2004). Jedno drugo zanimljivo istraživanje koje se bavilo odnosom između sujeverja i lokusa kontrole kod adolescenata pokazalo je da su stariji adolescenti u proseku manifestovali veću tendenciju ka

⁷ Termin okultizam odnosi se na različita verovanja i prakse u vezi sa upotrebom natprirodnih moći i sila. Takva uverenja često podrazumevaju principe magije i kroz različite varijetete javljaju se u svim civilizacijama i društvima kroz istoriju (Encyclopaedia Britannica, 2017).

⁸ U zapadnoj kulturi, termin ezoterija podrazumeva širok spektar međusobno slabo povezanih nekonvencionalnih ideja i pokreta koji se u mnogome razlikuju kako od judeohrišćanskih doktrina i načela, tako i od prosvetiteljskog racionalizma (Bergunder, 2010).

unutrašnjem lokusu kontrole i manju tendenciju ka sujeverju, dok su mlađi adolescenti pokazivali veću sklonost ka spoljašnjem lokusu kontrole i izraženijem sujeverju (Sagone & De Caroli, 2014). Na osnovu navedenih istraživanja možemo primetiti da oslanjanje na sujeverje i magijske obrasce mišljenja nije nimalo retko među nekliničkom populacijom, kao mehanizam suočavanja sa životnom neizvesnošću i doživljajem smanjene kontrole i umanjenog ličnog uticaja na spoljašnje događaje. Sa druge strane, kada je magijsko mišljenje povezano sa psihopatološkim indikatorima iz psihotičnog spektra, čini se da je ono tada manifestacija nastojanja individue da pripíše značenje i pronađe smisao u svojim neobičnim unutrašnjim doživljajima i iskustvima. Shodno rečenom, može se povući paralela između magijskog mišljenja u opštoj i kliničkoj populaciji – čini se da je u oba slučaja uloga magijske ideacije da pruži strukturu nejasnim i zbunjujućim stimulusima, bilo da su oni unutrašnje ili spoljašnje prirode. U vezi sa tim, važno je prisetiti se da je Bentall (2000a) smatrao da neobična iskustva u populaciji postoje u vidu kontinuuma i da slične pristrasnosti u procesiranju informacija mogu doprineti javljanju paranormalnih uverenja kod zdravih osoba, ali i sumanutih ideja i halucinacija u psihopatološkom kontekstu.

Za kraj, važno je spomenuti i faktore koji se dovode u vezu sa etiologijom paranormalnih uverenja. Istraživanja pokazuju da na razvoj sklonosti ka paranormalnim uverenjima važan uticaj imaju rana traumatska iskustva u detinjstvu, ali i okrenutost ka fantaziji tokom detinjstva, što dodatno ukazuje na ulogu imaginacije u javljanju tendencije ka paranormalnim verovanjima u kasnijem dobu (Lawrence, Edwards, Barraclough, Church, & Hetherington, 1998).

1.2.4.1.3. Halucinatorna iskustva i izmenjena stanja svesti u opštoj populaciji

Na osnovu uvida u empirijsku građu, primećeno je da u nekliničkoj populaciji postoji relativno visoka incidenca anomalnih iskustava (Holt, Simmonds-Moore, & Moore, 2008). Određen broj autora sugerisao je da halucinacije postoje na kontinuumu, varirajući od relativno benignih formi do patoloških manifestacija, kao što je to slučaj u shizofreniji (Bentall, 1990). I zaista, nekoliko studija je ukazalo na to da manji deo opšte populacije (koji nije zanemarljiv) izveštava o halucinatornim iskustvima u nekom

trenutku svog života (Barrett & Etheridge, 1992). Istraživanje ovakvih, psihozi sličnih odlika u okviru opšte populacije u skladu je sa potpuno kontinuiranim modelom shizotipije i od izuzetnog je značaja zarad uvida u procese koji potencijalno leže u osnovi psihotičnih simptoma, bez upliva konfundirajućih efekata hospitalizacije i medikamenata (van de Ven & Merckelbach, 2003). Do sada su sprovedena mnoga istraživanja koja su ispitivala halucinatorna iskustva na uzorcima zdravih studenata (Johns & van Os, 2001). Rezultati ovih studija su konzistentni i govore nam da značajan broj studenata u nekom periodu svog života iskusi halucinatorne doživljaje (Johns & van Os, 2001). U jednom istraživanju (Posey & Losch, 1983) čak 71% studenata izvestilo je o iskustvu barem kratkog, povremenog halucinatornog doživljaja glasova tokom stanja budnosti, a 39% ispitanika isvestilo je da čuje sopstvene misli kao da su izgovorene naglas. Kada je u pitanju odrasla populacija, u jednom od prvih istraživanja ovakve vrste (McKellar, 1968) ispostavilo se da je 25% od 500 „normalnih“ ispitanika koji su učestvovali u studiji izvestilo o barem jednom halucinatornom iskustvu.

Jedan faktor individualnih razlika koji potencijalno igra važnu ulogu u izveštavanju o halucinatornim iskustvima kod pripadnika opšte populacije jeste *sklonost ka fantaziji*. Sklonost ka fantaziji odnosi se na nepatološku crtu koja podrazumeva duboku, intenzivnu i temeljnu uključenost u fantaziju i imaginaciju (Lynn & Rhue, 1986). Osobe koje ostvaruju visoke skorove na merama sklonosti ka fantaziji pokazuju tendenciju ka većem izveštavanju o čudnim, čak bizarnim doživljajima (Merckelbach, Horselenberg, & Muris, 2001). Tako postoje indicije da osobe koje su sklone fantaziji češće izveštavaju o paranormalnim iskustvima (Irwin, 1990). U nekim istraživanjima primećeno je da se pozitivna dimenzija shizotipije preklapa u određenoj meri sa sklonošću ka fantaziji (Merckelbach, Rassin, & Muris, 2000). Eksperimentalno istraživanje (van de Ven & Merckelbach, 2003) koje je sprovedeno na studentskoj populaciji i bavilo se ispitivanjem imaginacije, sklonosti ka fantaziji i spremnosti da se izveštava o halucinatornim iskustvima, ponudilo je veoma interesantne rezultate. Nakon što je ispitanicima emitovana „božićna pesma“, ispostavilo se da je nezanemarljiv deo uzorka izveštavao da čuje pesmu ispod belog šuma, iako ona ispod buke zapravo nije bila prisutna. Dalje, oni ispitanici koji su izvestili o halucinatornim doživljajima nisu se razlikovali prema izraženosti shizotipalnih karakteristika od ispitanika koji nisu izvestili o

takvim iskustvima. Međutim, dve grupe su se marginalno značajno razlikovale u pogledu predispozicije za halucinacije. Rezultati ove studije su pokazali da nema direktne povezanosti između izveštaja o halucinatornim iskustvima tokom eksperimentalnog zadatka i shizotipalnih odlika kod pripadnika opšte populacije. Međutim, ono po čemu se grupa ispitanika koja je izvestila o halucinatornim doživljajima značajno razlikovala u poređenju sa kontrolnom grupom jesu veća imaginacija i sklonost ka fantaziji. Ovaj nalaz sa jedne strane može uputiti na to da halucinatorna iskustva o kojima izveštavaju zdrave osobe nisu na istom kontinuumu sa halucinacijama kod psihotičnih pacijenata. Sa druge strane, činjenica da su u opisanom istraživanju dobijene značajne korelacije između sklonosti ka fantaziji, shizotipije i halucinatornih predispozicija pruža određenu podršku za hipotezu da ove mere definišu jedinstven domen koji obuhvata neobična kognitivna i perceptivna iskustva sa zajedničkom osnovom u smanjenoj sposobnosti za testiranje realnosti (van de Ven & Merckelbach, 2003). Umanjena mogućnost testiranja realiteta korišćena je kao okvir za interpretaciju tendencije ka izmenjenim stanjima svesti i mističnim iskustvima (Thalbourne & Houran, 2000). Ovaj pravac argumentacije nadalje je ojačan nalazima koji pokazuju da učestalost izveštavanja o halucinacijama u populaciji shizofrenih pacijenata i zdravih ispitanika iz kontrolne grupe raste kada su izloženi nestrukturiranim senzornim stimulusima (npr. beli šum) ili kada se nalaze u situaciji koja podrazumeva parcijalnu senzornu deprivaciju (Jakes & Hemsley, 1987; Margo, Hemsley, & Slade, 1981; McCreery & Claridge, 1996). Nasuprot tome, učestalost izveštavanja o halucinatornim doživljajima opada kada se od ispitanika traži da usmere svoju pažnju na neke druge sadržaje, koji se ne odnose na halucinacije, preporučljivo u pravcu dobro strukturiranih stimulusa, kao što su razgovor ili muzika (Margo et al., 1981), što ima veoma značajne praktične i terapijske implikacije (Sukhwinder, Murray, & McGuire, 1998). Imajući u vidu ove podatke, velika je mogućnost da je eksperimentalna paradigma koja je uključivala zadatak sa puštanjem „božićne pesme“, beli šum i parcijalnu senzornu deprivaciju, predstavljala pogodno tle za ispitivanje autentinih halucinatornih doživljaja kod osoba sa visokom sklonošću ka fantaziji (van de Ven & Merckelbach, 2003). Dakle, možemo zaključiti da je ova eksperimentalna studija pokazala da osobe koje izveštavaju o halucinatornim doživljajima ostvaruju povišene rezultate na merama sklonosti ka fantaziji u odnosu na ispitanike koji ne izveštavaju o takvim iskustvima. Ono

što međutim i dalje ostaje nejasno jeste pitanje da li ovi ispitanici zaista imaju neobična perceptivna iskustva ili pak samo izraženiju tendenciju da na čudan način odgovaraju na stavke upitnika (van de Ven & Merckelbach, 2003). Što se auditornih halucinacija tiče, one se mogu smatrati i normalnim psihološkim fenomenom i postoji duga tradicija da se na njih gleda kao na iskustvo smešteno na kontinuitetu sa normalnim funkcionisanjem (Strauss, 1969; van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000). U anketama koje su administrirane na opštoj populaciji, približno 10% ispitanika izvestilo je o tome da su imali najmanje jedno intenzivno halucinatorno iskustvo koje nije bilo prouzrokovano upotrebom psihoaktivnih supstanci (Bentall & Slade, 1985; Posey & Losch, 1983; Sidgwick, 1894). U opštoj populaciji halucinatorna iskustva se češće javljaju u okolnostima tugovanja i žalosti usled gubitka, stresa ili traume, kao i senzorne deprivacije ili deprivacije spavanja (Bentall, 1990; Lukoff, 2007; West, 1962). Ova iskustva variraju u svom intenzitetu i smeštena su na kontinuumu sa ostalim, učestalijim iskustvima kao što su hipnagogija ili sanjarenje (Bentall, 1990; Fosse, Stickgold, & Hobson, 2004). Neka od takođe čestih iskustava kod nekliničke populacije podrazumevaju *deja vu*, *jamais vu* i pseudo-halucinacije (Masnon, Claridge, & Williams, 1997).

Ovde ćemo prikazati jedno važno istraživanje koje se bavilo kognitivnim i afektivnim prediktorima predispozicija za halucinatorna iskustva u opštoj populaciji. Namera istraživača (Morrison, Wells, & Nothard, 2002), između ostalog, bila je da se testira hipoteza prema kojoj pozitivna interpretacija halucinacionarnih iskustava kod nekliničke populacije predviđa izveštavanje o učestalosti halucinacija, dok negativna interpretacija ovakvih doživljaja predviđa prisustvo negativnih emocionalnih posledica. U istraživanju je učestvovalo 132 zdravstvena radnika iz opšte populacije. Učesnici su popunili upitnike koji su se odnosili na interpretaciju halucinatornih glasova, predispozicije za halucinacije, meta-kognitivna uverenja, anksioznost i sumanutu ideaciju. Kao značajni prediktori predispozicije za auditorne halucinacije pokazali su se: crta anksioznosti, pozitivna uverenja o mislima i pozitivna uverenja o glasovima, dok ni jedna varijabla koja se odnosila na negativna uverenja o mislima i glasovima nije dostigla nivo statističke značajnosti u regresionom modelu. Kada je u pitanju distres povezan sa auditornim halucinacijama hijerarhijska logistička regresija pokazala je da se kao značajan prediktor istakao povišen rezultat koji se odnosi na „metafizička uverenja“ o

glasovima. Ova „metafizička uverenja“ podrazumevaju to da ispitanici halucinatorna iskustva tumače kao znak da su „zaposednuti“, da su loše osobe ili da su uradili nešto loše. Ispostavilo se da su značajni prediktori predispozicije za vizuelne halucinacije u pozitivnom smeru bili negativna uverenja o nekontrolabilnosti i opasnosti, te pozitivna uverenja o brizi kao eventualnom mehanizmu kontrole. Rezultati istraživanja potvrdili su pretpostavku da su pozitivna uverenja o halucinacijama značajna u procesu izveštavanja o auditornim halucinatornim iskustvima, te da su negativna meta-kognitivna uverenja značajna za podložnost vizuelnim halucinacijama i za distres povezan sa halucinatornim doživljajima (Morrison et al., 2002). Navedena studija je od posebnog značaja u kontekstu našeg istraživanja jer je sprovedena na opštoj populaciji, čime je pokazano da se tendencija ka halucinatornim iskustvima može registrovati i kod ispitanika iz nekliničke sfere.

Osim halucinatornih iskustava, poznato je da se u nekliničkom kontekstu mogu javiti i različiti oblici izmenjenih stanja svesti, kao što su iskustva za vreme meditacije, transa, mističnih stanja i šamanizma (Vaitl et al., 2005). Izmenjena stanja svesti mogu se javiti u različitim kontekstima. Tako se neka od njih javljaju spontano, kao što je stanje somnolencije – kada je osoba izrazito pospana i lako zapada u san nakon prestanka intenzivnijih draži. Somnolencija se uglavnom ne javlja tokom uobičajenih varijacija budnosti u okviru normalnog ciklusa budnost-spavanje, već kao spontani rezultat ekstremne deprivacije sna i karakterišu je sužen kapacitet pažnje, redukovan motivacioni potencijal, smanjen kapacitet memorije i kognicije (Vaitl et al., 2005). Somnolencija je put ka hipnagognom stanju svesti koje se takođe spontano javlja i predstavlja prelazno stanje smanjene budnosti sa kratkim epizodama irealnih senzornih iskustava. Preciznije, hipnagogija je iskustvo tranzitornog stanja od budnosti ka spavanju i odvija se u kontekstu „praga svesti“ koji uključuje i lucidno sanjanje i lucidno mišljenje. Kao iskustva o kojima se najčešće izveštava tokom hipnagognog stanja navode se figurativne, geometrijske slike, monohromne ili bogato koloritne predstave, zatim hipnagogne auditorne halucinacije koje variraju od blagih impresija do glasne buke, hipnagogni govor od strane sopstvenog glasa, glasova poznatih ili nepoznatih ljudi. Ljudi takođe izveštavaju o doživljaju padanja, gustativnim, olfaktornim, termalnim i taktilnim hipnagognim senzacijama. Sanjarenje podrazumeva iskustvo u situaciji koja ne uključuje

zadatke, stimuluse i odgovore (Vaitl et al., 2005). Sanjarenje se jasno razlikuje od mentalne aktivnosti fokusirane na realnost, kao i od REM faze spavanja (Vaitl et al., 2005), ali su iskustva tokom sanjarenja potencijalno podržana mehanizmima povezanim sa REM fazom, što omogućava „budno sanjanje“ (Morrison et al., 2002). Zajedno sa snom i sanjarenjem u grupu izmenjenih stanja svesti koja se spontano javljaju ubrajaju se i iskustva bliska smrti (Near death experiences - NDE). Neka izmenjena stanja svesti mogu biti fizički i fiziološki indukovana, kao što su ekstremni sredinski uslovi (pritisak, temperatura i td.), zatim, izgladnjivanje i djeta, seksualna aktivnost i orgazam i respiratorni manevri koji se uglavnom baziraju na praksi Joge i Zen-a. Izmenjena stanja svesti mogu biti i psihološki indukovana, a u ovu grupu spadaju stanja svesti uzrokovana senzornom deprivacijom, preopterećenjem, trans indukovanim ritmom (ples i zvuk bubnjeva), relaksacijom, meditacijom, hipnozom i biofeedbackom (Vaitl et al., 2005). Izmenjena stanja svesti nastala usled bolesti odnose se na psihotične poremećaje, komu, vegetativna stanja i epilepsiju. Takođe, dobro je poznato da je izmenjena stanja svesti moguće prouzrokovati psihoaktivnim supstancama i farmakološkim sredstvima.

1.2.4.1.4. Shizotipija iz evolutivne perspektive

Perzistentnost nasledne komponente shizofrenije u populaciji ostaje evolutivna zagonetka, s obzirom na smanjenu funkcionalnost i lošiji kvalitet života koji su nerazdvojno povezani sa ovim poremećajem (Nettle & Clegg, 2006). Interesantan je podatak da je incidenca shizofrenije u populaciji koja iznosi oko 1% (Jablensky, 1995) uglavnom prilično stabilna u različitim vremenskim periodima i u različitim kulturama (Gottesman & Wolfgram, 1991). Hereditarna komponenta shizofrenije najbolje se može opisati kroz koncept dijateze, odnosno vulnerabilnosti koja može, ali ne mora nužno voditi do razvoja bolesti čija progresija je pod uticajem sredinskih faktora (Tsuang, Stone, & Faraone, 2001). Do sada su mnoga istraživanja pokazala da je shizofrenija povezana sa lošijim fizičkim zdravljem (Brown, Inskip, & Barraclough, 2000) i smanjenom verovatnoćom reprodukcije (Avila, Thaker, & Adami, 2001). Stoga bi bilo očekivano da smanjena vitalnost kod osoba koje imaju dijagnozu shizofrenije vodi do nestanka nasledne dispozicije koja ima ulogu u razvoju simptoma poremećaja (Nettle &

Clegg, 2006). Činjenica da se ovo nije dogodilo, navela je mnoge istraživače na pretpostavku da postoje benefiti od ovakve hereditarne dispozicije koji se najverovatnije manifestuju kod zdravih rođaka obolelih osoba (Jarvik & Deckard, 1977; Nettle, 2001; Shaner, Miller, & Mintz, 2004). U longitudinalnim studijama pokazalo se da rezultati na testovima shizotipije predviđaju početak psihoze (Chapman et al., 1994), a mnogobrojna istraživanja takođe su pronašla da osobe koje se bave umetnošću i kreativnim stvaralaštvom imaju povišene vrednosti na skalama koje mere pojedine dimenzije shizotipije (Nettle, 2001; Schuldberg, 1988; 2000-2001). Pomoću ovog nalaza moguće je objasniti učestalost ozbiljnih psihijatrijskih poremećaja u porodicama uspešnih umetnika (Karlson, 1970), kao i veću prevalencu psihičkih tegoba u grupama kreativnih osoba (Andreasen, 1987; Ludwig, 1995). Stoga je umetnička kreativnost kandidat za evolutivne benefite shizotipije (O'Reilly, Dunbar, & Bentall, 2001). Ovde ćemo detaljnije prikazati rezultate jedne veoma značajne studije u kojoj je ispitivan odnos između shizotipije, kreativnog stvaralaštva i reproduktivnog uspeha. Ovo istraživanje pokazalo je da postoji pozitivna korelacija između rezultata na supskali Neobičnih iskustava i broja partnera sa jedne strane, kao i Impulsivnog nonkonformizma i broja partnera sa druge, dok između Introvertivne anhedonije i broja partnera postoji negativna korelacija (Nettle & Clegg, 2006). Dimenzija kognitivne dezorganizacije nije pokazala značajnu povezanost kako sa brojem partnera, tako ni sa kreativnim aktivnostima (Nettle & Clegg, 2006). Analiza putanje (path analysis) pokazala je da neobična iskustva imaju značajan pozitivan efekat na kreativnu aktivnost u oblasti poezije i vizuelne umetnosti, dok kreativna aktivnost, za uzvrat, ima značajan pozitivan efekat na broj partnera. Dakle, kreativno stvaralaštvo ima ulogu medijatora između neobičnih iskustava i broja partnera. Sa druge strane, impulsivni nonkonformizam ostvaruje direktan pozitivan efekat na broj partnera, bez medijacionog efekta kreativne aktivnosti. Introvertivna anhedonija ostvaruje direktan inhibitorni efekat kako na kreativnu aktivnost, tako i na broj seksualnih partnera (Nettle & Clegg, 2006). Ovi rezultati konzistentni su sa hipotezom da se shizotipalne osobine održavaju u populaciji, jer negativne efekte u vidu povećanog rizika za javljanje psihoze i drugih oblika psihopatologije nadoknađuju poželjni efekti u smislu poboljšanih šansi za pronalaženje partnera i kreativno izražavanje. Čini se da je Introvertna anhedonija ključni faktor koji razlikuje pozitivne od negativnih ishoda shizotipalnih dispozicija (Nettle &

Clegg, 2006), što je pretpostavka od izuzetne važnosti za koncept benigne shizotipije. Rezultati navedenog istraživanja predstavljaju jedan od najdirektnijih dokaza u prilog hipotezi Miller-a (2000) i Nettle-a (2001) da je izbor partnera povezan sa kreativnošću, a da kreativnost, sa druge strane, ostvaruje korelaciju sa shizotipijom.

1.2.4.2. Kritika potpuno dimenzionalnog modela shizotipije: pogled iz ugla taksometrijskog pristupa

Beauchaine i saradnici (2008) navode da o taksonskoj prirodi shizotipije svedoče brojni nalazi različitih nezavisnih istraživanja. U cilju dodatnog razrešavanja debate o latentnoj prirodi konstrukta shizotipije, Lenzenweger i saradnici (2007) putem EM algoritma u UNIX zasnovanom programu EMMIX, sproveli su analizu *finite mixture modeling*, kao i suplementarnu taksometrijsku analizu MAXCOV na istim podacima. Obe metode rezultirale su implikacijom o dve latentne komponente shizotipije, dakle o taksonskoj organizaciji ovog konstrukta. Dati nalazi u skladu su i sa drugim taksometrijskim studijama, koje ukazuju na to da je latentna organizacija konstrukta shizotipije taksonske prirode (Korfine & Lenzenweger, 1995; Lenzenweger, 1999; Lenzenweger & Korfine, 1992).

Međutim, postoje taksometrijske analize koje ukazuju i na mogućnost da shizotipija zapravo ima dimenzionalnu latentnu strukturu. Jedno od istraživanja koje nudi empirijsku podršku za ovakvo gledište jeste studija Rawlings-a i saradnika (2008). Ovi autori dovode u pitanje konzistentnost prethodnih nalaza. U svom istraživanju, oni iznose rezultate taksometrijske analize koji su u saglasnosti sa potpuno dimenzionalnim modelom shizotipije i sugerišu značajno preispitivanje dosadašnjeg pogleda na shizotipiju kao na diskretnu latentnu klasu.

U svom članuku iz 2008, Beauchaine i saradnici iznose viđenje da su ovakvi zaključci Rawlings-a i saradnika preuranjeni. Oni smatraju da nije opravdano na osnovu jedne studije (koja, prema njihovom gledištu, pati od važnih metodoloških i analitičkih nedostataka) dovoditi u pitanje dosadašnje konzistentne nalaze drugih studija. Autori su međutim, saglasni sa mogućnošću da shizotipija, definisana od strane Claridge (1997) kao potpuno dimenzionalni konstrukt koji spada u domen normalne ličnosti, zaista

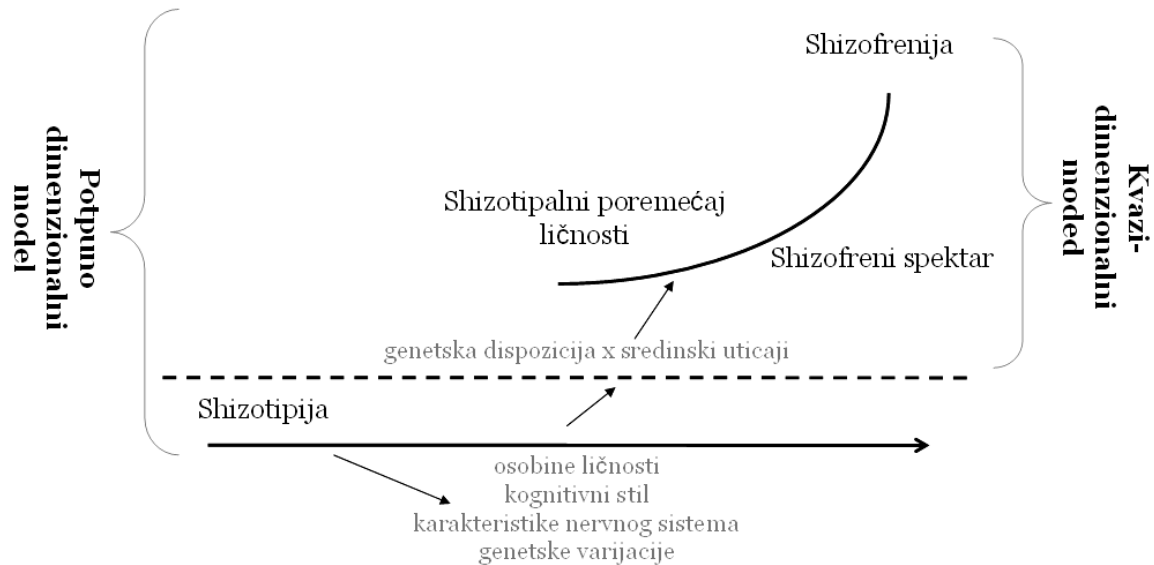
dimenzionalno varira u populaciji, dok se tradicionalnije definisana shizotipija manifestuje kao diskretna latentna klasa koja oslikava povišen rizik za razvoj shizofrenije (Beauchaine et al., 2008).

Lenzenweger (2015) ističe da se psihopatološki simptomi i odlike svakako mogu meriti i registrovati na kvantitativnom nivou i u okviru opšte populacije, ali da to samo po sebi nikako ne znači da je konstrukt prema svojoj latentnoj strukturi dimenzionalan. Jedini način da se odgovori na pitanje o dimenzionalnosti/kategorijalnosti nekog konstrukta jeste primena taksometrijskih analitičkih procedura (Lenzenweger, 2015).

1.2.5. Kratka komparacija kvazi-dimenzionalnog i potpuno dimenzionalnog modela shizotipije

Kao što na osnovu izloženog materijala možemo videti, u teorijskim konceptualizacijama shizotipije ističu se dve bazične struje – jedna koja potiče od Paul-a Meehl-a, koja svoju empirijsku validaciju danas dobija kroz taksometrijska istraživanja Lenzenwegera i saradnika (Korfine & Lenzenweger, 1995; Lenzenweger & Korfine, 1992; Lenzenweger, 1999; Beauchaine et al., 2008) i druga, koja ima korene u Eysenck-ovim gledištima o dimenzionalnosti crta ličnosti, a koja je svoje finalno obličje u kontekstu shizotipije dobila u kroz rad Claridge-a i saradnika (Claridge & Beech, 1995; Claridge, 1997; 2002; Rawlings et al., 2008). Dok se u okviru kvazi-dimenzionalnog modela na shizotipiju gleda kao na vulnerabilnost za psihozu i na fenomen koji je povezan sa disfunkcionalnošću, dotle je u okviru potpuno dimenzionalnog modela shizotipija neutralna dimenzija ličnosti, koja sa jedne strane može biti manifestacija zdravih varijacija u populaciji, a sa druge korelat podložnosti za psihozu (Claridge, 1997; Kennedy & Kanthamani, 1995). Zagovornici kvazi-dimenzionalnog modela smatraju da shizotipalne crte variraju po intenzitetu na kontinuumu samo kod vulnerabilnih pojedinaca, pa je stoga prisustvo shizotipije indikativno za eventualnu buduću psihopatologiju (Eckblad & Chapman, 1983). Suprotno, pristalice potpuno dimenzionalnog modela shizotipije (McCreery & Claridge, 1995) smatraju da je u pitanju dimenzija ličnosti na kojoj svi ljudi variraju u nekoj meri, a ne osobina koja je nužno povezana sa vulnerabilnošću za psihozu. Prema ovom gledištu, shizotipija je neutralna u

terminima mentalnog zdravlja, ali u interakciji sa faktorima rizika (npr. stresni životni događaji) ili sa protektivnim faktorima (npr. suportivni socijalni odnosi), može voditi do adaptivnog i zdravog, odnosno maladaptivnog i nezdravog ishoda, kao što su kreativnost ili psihoza (Brod, 1997; Claridge & Beech, 1995, Jackson, 1997; Nettle, 2006). Na Slici 3 dat je vizuelni prikaz oba modela shizotipije.



Slika 3. Prikaz kvazi-dimenzionalnog i potpuno dimenzionalnog modela shizotipije. Na slici je vidljiva i razlika između totalno dimenzionalnog pristupa (prava linija sa strelicom bez granice normalno-patološko) i potpuno dimenzionalnog modela koji predviđa distinkciju između patoloških (kriva linija) i nepatoloških (prava linija) manifestacija shizotipije, obuhvatajući tako elemente i totalno i kvazi-dimenzionalnog modela. Adaptirano iz „Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy“ od G. Claridge i T. Beech, 1995, *Schizotypal Personality*, p. 194. Autorska prava 1995 od Cambridge University Press. Adaptirano uz dozvolu.

1.2.6. Model benigne shizotipije

Na osnovu navedenih teorijskih gledišta i empirijske građe, možemo videti da je sve više dokaza u prilog ideji da shizotipija kao personalna karakteristika postoji u vidu

kontinuumu (Rawlings et al., 2008). Iako je i dalje relativno malo istraživanja u ovoj oblasti, nalazi sugerišu da postoje osobe sa shizotipalnim karakteristikama („healthy schizotype“ ili „happy schizotype“) koje uprkos prisustvu neobičnih psihičkih doživljaja funkcionišu dobro (McCreery & Claridge, 2002). Koncept zdrave shizotipije prvi put je uveden u literaturu 1993 godine (McCreery, 1993) pod sintagmom „srećnog shizotipa“ u cilju opisivanja individua koje ostvaruju visoke skorove na merama shizotipije, posebno neobičnih perceptivnih iskustava i magijske ideacije, ali koje su adekvatno prilagođene. U svom istraživanju, McCreery (1993) pronalazi da su osobe koje spadaju u grupu „srećnih shizotipa“ doživele barem jedno vantelesno iskustvo – subklinički pozitivan psihotični simptom, dok su istovremeno manifestovale povišenu ekstraverziju (koja korelira sa doživljajem sreće) u poređenju sa kontrolnom grupom, te snižen neuroticizam (Tuchman, 2012). Na osnovu ovih rezultata, zaključeno je da osobe koje su doživele neobična perceptivna iskustva mogu biti dobro prilagođene, zahvaljujući svojoj ekstraverziji i niskom nivou neuroticizma (McCreery, 1993). Dalje, model zdrave shizotipije korišćen je u interpretaciji halucinatornih iskustava kod opšte populacije (McCreery & Claridge, 1996). Ovi autori su pronašli da osobe koje su doživele barem jedno vantelesno iskustvo imaju veću tendenciju ka halucinatornim doživljajima i u laboratorijski kontrolisanim uslovima. S obzirom na to da su ispitanici u ovom istraživanju bili pripadnici opšte populacije, autori su zaključili da pozitivni psihotični simptomi postoje i među psihički zdravim osobama i da sami po sebi nisu indikatori psihopatologije (McCreery & Claridge, 1996). Pod terminom „srećnog shizotipa“ McCreery i Claridge (1995) podrazumevaju osobe koje su dobro adaptirane, ali na subkliničkom nivou imaju sličnu pozitivnu simptomatologiju poput one koja se viđa kod shizofrenije. Model „srećnog shizotipa“ sugeriše nam da abnormalna iskustva ne moraju nužno biti u domenu mentalne bolesti ili u vezi sa distresom, povlačenjem ili teškoćama u prilagođavanju. Claridge (1985) čak predlaže stav da, umesto da se shizotipija smatra nepoželjnom crtom ličnosti per se, njeni umereni nivoi mogu imati i adaptivnu ulogu, kao što je kreativnost. Možemo videti da se model zdrave shizotipije snažno oslanja na potpuno dimenzionalni pristup prema kom se abnormalna iskustva mogu manifestovati i izvan spektra psihopatologije i nisu uvek povezana sa povišenim distresom ili teškoćama prilagođavanja (McCreery, 1993). Tako se potencijalno benigni aspekti shizotipije

preklapaju sa mističnim stanjima, religioznim iskustvima i vantelesnim doživljajima, koji mogu, ali ne moraju biti interpretirani na patološki način od strane individue (McCreery & Claridge, 2002). U svojim istražvanjima McCreery i Claridge (2002) pronašli su da neki od njihovih ispitanika doživljena „astralna putovanja“ interpretiraju kao stimulaturna i poželjna, pre nego kao patološka. Stoga proširivanje spektra shizotipije, tako da uključuje i slučajeve u kojima osobe iskuse pozitivne shizotipalne simptome bez psihopatoloških konotacija ili čak sa potencijalno podsticajnim evaluacijama, nudi mogućnost za benevolentnu ili zdravu formu shizotipije (Claridge, 2002). Istraživanja sugerišu da se zdrava shizotipija u populaciji manifestuje u vidu izraženih pozitivnih shizotipalnih odlika (npr. neobična perceptivna iskustva i magijska ideacija) i uz odsustvo negativnih shizotipalnih indikatora (npr. introvertna anhednonija) (Maier, Falkai, & Wagner, 2002; McCreery & Claridge, 2002). Tako je pokazano da negativni i dezorganizovani simptomi predstavljaju bolje diskriminišuće faktore između adaptivnih i maladaptivnih ispoljavanja shizotipije, nego što je to slučaj sa pozitivnim simptomima (Maier et al., 2002; McCreery & Claridge, 2002). Kendler i saradnici (1995) pronašli su da kognitivna dezorganizacija i negativne shizotipalne odlike predstavljaju snažne diskriminišuće faktore između rođaka pacijenata sa dijagnozom shizofrenije i kontrolnih ispitanika, dok su pozitivni shizotipalni simptomi predstavljali samo slabo-diskriminišući faktor između pomenutih grupa. U drugoj studiji osobe sa poremećajem ličnosti iz shizofrenog spektra i porodičnom istorijom poremećaja ostvarile su povišene skorove na negativnim simptomima, dok su osobe sa istim poremećajima, ali bez porodične istorije ostvarile više skorove na skalama pozitivnih simptoma i impulsivnog nonkonformizma (Thaker, Moran, Adami, & Cassidy, 1993). Rezultati ovih istraživanja pokazuju da negativni indikatori imaju tendenciju da budu prisutni među članovima porodica osoba sa dijagnozom shizofrenije, dok je ta tendencija manja u slučaju pozitivnih odlika, što ukazuje na moguću genetsku povezanost između negativnih simptoma i početka shizofrenije⁹ (Tuchman, 2012). U pregledu dostupne literature, Maier i saradnici (2002) zaključuju da postoje konzistentni dokazi da su negativne, ali ne i pozitivne manifestacije shizotipije povezane sa etiologijom shizofrenije. Čak je i u studiji Chapman-a i saradnika

⁹ Primetićemo, međutim, da ovaj nalaz nije u skladu sa evolucionističkom hipotezom o genetskoj perzistentnosti shizofrenije u populaciji, prema kojoj bi shizotipija trebala imati benefite u vidu kreativnosti i reproduktivnog uspeha, a koji se ne povezuju sa negativnom dimenzijom shizotipije.

(1994) pokazano da je magijska ideacija povezana sa kasnijim razvojem psihotične epizode, ali da je verovatnoća za razvoj psihotičnog poremećaja mnogo veća ako su kod osobe istovremeno izraženi i pozitivni i negativni aspekti shizotipije, tj. ukoliko se osoba socijalno povlači.

Jedno od ključnih istraživanja koje se bavilo validacijom koncepta benigne shizotipije predstavlja rad Anneli Goulding. U ovom istraživanju autorka pokušava da odgovori na pitanje koji model bolje opisuje odnos između shizotipije i mera mentalnog zdravlja – potpuno ili kvazi-dimenzionalni model. Rezultati istraživanja su pokazali da ispitanici sa izraženom kognitivnom dezorganizacijom i socijalnom anhedonijom ostvaruju niže skorove na skali doživljaja koherentnosti (eng. a sence of coherence), meri koja je povezana sa mentalnim zdravljem, u odnosu na ispitanike kod kojih dominiraju samo neobična perceptivna iskustva i ispitanike kod kojih shizotipija uopšte nije izražena. Takođe, pronađeno je da osobe sa povišenim neobičnim perceptivnim iskustavima postižu više skorove na merama paranormalnih uverenja i doživljaja u odnosu na grupu ispitanika sa niskom shizotipijom. Rezultati ovog istraživanja podržavaju hipotezu o zdravoj shizotipiji i idu u prilog potpuno dimenzionalnom modelu shizotipije, nasuprot kvazi-dimenzionalnom (Goulding, 2004).

U jednom drugom važnom istraživanju koje se bavilo konceptom benigne shizotipije ispitivane su razlike između shizotipalnih klastera na paranormalnim uverenjima, kreativnosti, inteligenciji i mentalnom zdravlju (Holt et al., 2008). Cilj ovog istraživanja bio je replikacija i proširivanje dosadašnjih nalaza koji se odnose na konstrukt „zdrave“ shizotipije (Goulding, 2004; 2005; Jackson, 1997; McCreery & Claridge, 2002), kroz testiranje hipoteze da shizotipalne odlike mogu biti povezane i sa mentalnim zdravljem, a ne samo sa psihičkim tegobama (Holt et al., 2008). Rezultati su pokazali da se klaster „srećnih shizotipa“ odlikuje dobrim mentalnim zdravljem, visokom kreativnošću i verovanjem u paranormalno. Nisu pronađene značajne razlike između četiri klastera (visoka, niska, pozitivna i negativna shizotipija) po pitanju inteligencije (Holt et al., 2008).

Još jedno istraživanje, koje se veoma temeljno bavilo konceptom benigne shizotipije putem analize latentnih profila (Tabak & Weisman de Mamani, 2013; Tuchman 2012), od posebnog je značaja za nastanak naše studije. U istraživanju je

učestvovalo 420 studenata sa univerziteta u Majamiju. Za merenje shizotipije primenjena je kompletna verzija upitnika O-LIFE (Mason et al., 1995), a mentalno zdravlje posmatrano je iz ugla modela psihološkog blagostanja Kerol Rif. Informacije o religioznosti dobijene su pomoću subskale koja meri intrinzičku religioznost - stepen do kog osoba zaista živi u skladu sa svojim religijskim uverenjima (Religious Orientation Scale – Revised; Gorsuch & McPherson, 1989). Za procenu kreativnosti korišćene su modifikovane verzije zadataka sa instrumenta WKCT¹⁰ (Wallach & Kogan 1965). Svi indikatori fita u sklopu analize latentnih profila ukazali su na to da je najprihvatljiviji model sa 6 latentnih profila: 1) Visoka introvertivna anhedonija; 2) Nizak prosek (skorovi ispod proseka na svim skalama upitnika O-LIFE); 3) Prosek (skorovi na svim supskalama su bliski aritmetičkim sredinama); 4) Visoka shizotipija (skorovi na sve četiri supskale prelaze jednu SD iznad proseka); 5) Visoka kognitivna dezorganizovanost i introvertna anhedonija i konačno 6) Benigna shizotipija. Profil Benigne shizotipije odlikuju povišeni skorovi na supskali koja meri neobična perceptivna iskustva, uz prosečne rezultate na supskalama kognitivne dezorganizacije i impulsivnog nonkonformizma, sa istovremeno ispodprosečnim rezultatima na supskali introvertne anhedonije. Dalji rezultati pokazali su da osobe koje spadaju u profil Benigne shizotipije manifestuju značajno bolje mentalno zdravlje od onih ispitanika čijim profilima dominiraju negativna i dezorganizovana obeležja shizotipije. Osobe koje spadaju u profil benigne shizotipije manifestuju povišenu kreativnost i imaju sličan nivo blagostanja kada se uporede sa profilima koje odlikuju prosečni ili ispodprosečni skorovi na merama shizotipije (Tabak & Weisman de Mamani, 2013; Tuchman, 2012). U istraživanju je postavljena hipoteza da izraženija kreativnost i veća intrinzička religioznost mogu imati medijacionu ulogu u odnosu između zdrave shizotipije i pozitivnog mentalnog zdravlja. Iako se pokazalo da je izraženija intrinzička religioznost povezana sa većim mentalnim zdravljem, ipak nije pronađena empirijska podrška ni za jedan medijacioni model, te je i dalje ostalo nedovoljno jasno putem kojih

¹⁰ WKCT (Wallach-Kogan Creativity Test) predstavlja instrument koji se fokusira na divergentno mišljenje u domenu verbalnog i vizuelnog sadržaja. Test su formulisali Wallach i Kogan (1965). Instrument se sastoji od tri verbalna suptesta: Primeri (npr. navođenje svih okruglih stvari kojih se osoba može setiti), Alternativna upotreba (npr. za novine) i Sličnosti (npr. po čemu su mačka i miš slični). Tu su i dva figuralna suptesta: Značenje obrazaca i Značenje linija (zasnivaju se na interpretaciji abstraktnih shema i linija). Zadaci se skoruju prema fluentnosti i unikatnosti ideja (Lemons, 2011).

mehanizama određeni aspekti shizotipije zaista mogu biti povezani sa dobrim mentalnim zdravljem.

Jedan od potencijalnih mehanizama u osnovi benigne shizotipije odnosi se na tendenciju da se neobična perceptivna iskustva evaluiraju kao prijatna, dok ostale osobe sa visokom shizotipijom ova iskustva evaluiraju kao uznemirujuća i neprijatna (Schofield & Claridge, 2007). Magijska ideacija i paranormalna uverenja potencijalno mogu ublažavati distres koji anomalna perceptivna iskustva izazivaju (Boden & Berenbaum, 2004) i pomoći u interpretaciji neobičnih doživljaja (Bell, Halligan, & Ellis, 2006). Sa druge strane, čini se da je prisustvo negativnih, tj. interpersonalnih simptoma od ključnog značaja za psihopatološke manifestacije shizotipije. U prilog ovoj hipotezi idu nalazi studije koji su pokazali da kreativna grupa pojedinaca postiže jednako visoke skorove na dimenzijama neobičnih perceptivnih iskustava i kognitivne dezorganizacije, kao i shizofreni pacijenti, ali ostvaruje znatno niže rezultate na socijalnoj anhedoniji (Nettle, 2006). Ovi nalazi su u skladu sa pretpostavkom modela benigne shizotipije koji sugerišu da osobe sa pozitivnim shizotipalnim simptomima imaju veću verovatnoću da manifestuju adaptivno funkcionisanje, od onih sa dominantno negativnim simptomima (McCreery & Claridge, 2002).

Pa ipak, na osnovu do sada izložene građe možemo videti da su eksplanatorni okviri koncepta benigne shizotipije još uvek nedovoljno razvijeni, te su i dalje nepoznati protektivni faktori koji su zaslužni za to da se shizotipalne crte ne razviju u disfunkcionalnom pravcu. Stoga je cilj našeg istraživanja sticanje boljeg uvida u to koje varijable bi bile potencijalni „kandidati” za protektivne činioce ili činioce vulnerabilnosti kod osoba sa shizotipalnim dispozicijama ličnosti. Usled potrebe za sistematskom empirijskom eksploracijom modela benigne shizotipije, fokus ovog istraživanja biće kako na relaciji shizotipije sa korelatima mentalnog zdravlja i adaptivnim snagama ličnosti kao što je kreativnost, tako i na sredinskim i dispozicionim činiocima (pre svega personalnim i kognitivnim faktorima) koji su do sada u istraživanjima uglavnom bili zapostavljeni, a mogu imati potencijalno važnu ulogu u odgovoru na pitanje da li je i zbog čega benigna shizotipija „zdrava“. Pre nego što u narednim delovima teksta pređemo na prezentovanje nalaza koji se odnose na ove relevantne oblasti, preciznije ćemo odrediti sam profil benigne shizotipije i prikazaćemo najčešća klasterka rešenja dobijana u istraživanjima.

1.2.7. Klasifikacija profila shizotipije – u potrazi za klasterom „benigne“ shizotipije

Pošto je shizotipija multidimenzionalni konstrukt, klasifikovanjem individua samo na osnovu visokih i niskih rezultata na pojedinim supskalama, faktorskim skorovima ili sumacionim skorovima, mogu se prevideti važni obrasci unutar uzorka (Tuchman, 2012) jer ovakav pristup ne uzima u obzir mogućnost da neke individue simultano ostvaruju visoke skorove na jednim faktorima, a niske/umerene skorove na drugim. Sve je više nalaza koji ukazuju na to da se osoba ne mora nužno jasno uklapati u specifičnu dimenziju shizotipije (npr. pozitivnu, negativnu ili dezorganizovanu), pa zbog toga raste potreba za drugačijim statističkim pristupom u obradi podataka. Da bi se ovaj problem prevazišao neki istraživači su počeli da primenjuju klaster analizu čiji cilj je da kreira što homogenije klase, minimizirajući razlike unutar grupa i maksimizirajući razlike između grupa (Goulding, 2004; Goulding 2005; Loughland & Williams, 1997). Umesto klasičnog, faktorsko-analitičkog pristupa, koji podrazumeva interrelacije između shizotipalnih mera, smatra se da je pogodniji pristup klaster analiza, koja uzima u obzir interrelacije između ispitanika (Aldenderfer & Blashfield, 1984). Primena statističkih procedura koje uzimaju u obzir obrasce odgovora ispitanika na više različitih dimenzija, kao što su klaster analiza ili analiza latentnih profila, od izuzetnog je značaja za istraživanje modela benigne shizotipije. Poseban razlog za to jeste činjenica da su dosadašnji rezultati pokazali da oni ispitanici koji postižu visoke skorove na pozitivnim indikatorima shizotipije, a paralelno prosečne ili ispodprosečne rezultate na ostalim dimenzijama, imaju najveće izgleda za dobro mentalno zdravlje (Tuchman, 2012).

Prethodne klaster analize shizotipije uglavnom su rezultirale sa više različitih klastera, od čega su najčešća rešenja sa tri ili četiri klastera (Goulding, 2004; 2005; Loughland & Williams, 1997; Simmonds, 2003; Simmonds-Moore & Holt, 2007). Istraživanje u kom je ispitivan odnos između kognitivnih deficita i shizotipalnih obrazaca (Suhr & Spitznagel, 2001) rezultiralo je troklasterskim rešenjem: 1) visoki negativni simptomi, 2) predominantno pozitivni simptomi i 3) visoki negativni i pozitivni simptomi. U istraživanju Goulding-a (2004) dobijeno je drugačije trofaktorsko rešenje. Hijerarhijska klaster analiza u kombinaciji sa k-means pristupom rezultirala je u tri klastera: 1) visoka

introvertivna anhedonija, 2) niska shizotipija i 3) visoka kognitivna dezorganizacija. Za ovu studiju karakteristična je činjenica da je istraživanje sprovedeno na 129 osoba koje veruju u paranormalne fenomene. Ovo je najverovatnije razlog usled kog nije identifikovan klaster sa izraženim pozitivnim indikatorima – svi ispitanici su, čini se, bili ujednačeni prema prisustvu pozitivnih shizotipalnih odlika. U studiji Williams-a (1994) pokazano je da se zdravi studenti mogu svrstati u četiri klastera: 1) niska shizotipija, 2) visoka pozitivna shizotipija, 3) visoka negativna shizotipija i 4) visoka i negativna i pozitivna shizotipija. Ovo klustersko rešenje replicirano je i u studiji Loughland-a i Williams-a (1997), a i druga istraživanja izveštavaju o sličnim nalazima (Goulding, 2005; Suhr & Spitznagel, 2001; Barrantes-Vidal, Lewandowski, & Kwapil, 2010). Goulding (2005) smatra da četvoroklustersko rešenje Loughland-a i Williams-a (1997) bolje reprezentuje kliničku realnost shizotipije od ostalih rešenja. Njihova klaster analiza sprovedena je na upitniku O-LIFE, ali u analizu nije bila uključena supskala impulsivnog nonkonformizma. Autori su isključenje ove supskale obrazložili stavom da njen sadržaj nije sam po sebi od centralnog značaja za shizotipiju (Loughland & Williams, 1997). Pošto je četvoroklustersko rešenje replicirano u većem broju studija (Barrantes-Vidal et al., 2010; Goulding, 2005; Loughland & Williams, 1997; Suhr & Spitznagel, 2001; Williams, 1994) ono je uzeto kao empirijski dobro utemeljen okvir koji čini referentnu tačku našeg istraživanja. Četvoroklustersko rešenje obuhvata sledeće klasterne:

1. **pozitivna shizotipija** (povišeni skorovi samo na dimenziji neobičnih iskustava),
2. **niska shizotipija** (niski skorovi na svim dimenzijama shizotipije),
3. **visoka shizotipija** (posebno visoki skorovi na introvertivnoj anhedoniji i kognitivnoj dezorganizaciji, ali takođe visoki rezultati i na neobičnim iskustvima) i
4. **negativna shizotipija** (visoki skorovi samo na introvertivnoj anhedoniji).

Klaster pozitivne shizotipije jeste onaj koji se u literaturi naziva „zdravom ili benignom shizotipijom“, jer ova grupa ispitanika pokazuje podložnost neobičnim iskustvima, ali uz odsustvo psihopatologije i povišen nivo mentalnog zdravlja i blagostanja (Tuchman, 2012). Da bi se održala relacija između neobičnih perceptivnih iskustava, optimizma i

blagostanja, čini se da su neophodni niski nivoi negativnih i dezorganizovanih simptoma (Goulding, 2004). Ono što je takođe važno za prisustvo korelata mentalnog zdravlja jeste evaluacija aberantnih iskustava. Istraživanja pokazuju da osobe koje spadaju u profil benigne shizotipije neobična iskustva evaluiraju kao prijatna i izazovna, dok osobe sa profilom visoke shizotipije ove doživljaje smatraju neprijatnim i ugrožavajućim (Schofield & Claridge, 2007). Ovaj nalaz autori objašnjavaju u svetlu kognitivne dezorganizacije – osobe iz klastera visoke shizotipije ostvaruju povišene skorove i na dimenziji kognitivne dezorganizacije, što ometa formiranje konstruktivnih ili benignih uverenja o aberantnim iskustvima (Holt et al., 2008). Sa druge strane, ovi nalazi ukazuju i na potencijalni značaj meta-kognitivnih procesa, te postoji potreba za dodatnim istraživačkim angažmanom u cilju rasvetljavanja njihove uloge u konceptu zdrave shizotipije, o čemu će biti reči u daljem tekstu.

Kada su u pitanju rezultati istraživanja u kojima je primenjivana analiza latentnih profila, možemo primetiti da i ovaj pristup pruža delimičnu podršku modelu benigne shizotipije. U prethodnom poglavlju, detaljnije smo opisali istraživanje autora Tabak i Weisman de Mamani (2013) u kome je registrovano šest latentnih profila, od kojih jedan odgovara zdravoj shizotipiji. Dalje, u istraživanju koje su sproveli Hori i saradnici (2014) na nekliničkom uzorku odraslih ispitanika, izdvojila su se tri latentna profila: 1) visoka pozitivna shizotipija/adaptivni profil (15% uzorka) – ovaj profil odgovara benignoj shizotipiji i karakterišu ga povoljne odlike na Inventaru temperamenta i karaktera (Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994), zatim 2) visoka shizotipija/madaptivni profil (18% uzorka) – ovaj profil se odlikuje visokim skorovima na svim dimenzijama upitnika SPQ i manifestuje maladaptivne personološke odlike i 3) niska shizotipija/adaptivni profil (67% uzorka). Interesantno je, međutim, da u jednom drugom istraživanju (Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Pérez de Albeniz, Muñiz, & Cohen, in press) primenom analize latentnih profila nije registrovana grupa koja bi tipično odgovarala benignoj shizotipiji.

1.3. ODNOS SHIZOTIPIJE SA MENTALNIM ZDRAVLJEM, KREATIVNOŠĆU, KOGNITIVNO-PERSONALNIM I SREDINSKIM FAKTORIMA

Na osnovu dosadašnjeg pregleda literature jasno se vidi da mnogi nalazi idu u prilog konceptu o „benignoj shizotipiji“. Međutim, ono što u vezi sa ovim konceptom i dalje ostaje nejasno jeste sistematski eksplanatorni okvir koji bi objasnio na koji način, putem kojih mehanizama, kod nekih ljudi shizotipalne dispozicije koreliraju sa adaptivnim funkcionisanjem. Da bi bilo moguće dati odgovor na pitanje o mehanizmima, prethodno je neophodno identifikovati varijable koje bi bile potencijalni protektivni faktori ili faktori rizika, koji eventualno utiču na adaptivne ili maladaptivne manifestacije shizotipalnih dispozicija. Stoga će u tekstu koji sledi biti prikazani rezultati istraživanja koji se bave odnosom shizotipije sa adaptivnim karakteristikama kao što su mentalno zdravlje i kreativnost, te sa kognitivno-personalnim i sredinskim činiocima koji su od potencijalnog značaja za dalju evaluaciju i validaciju modela benigne shizotipije i među kojima se potencijalno nalaze protektivni ili riziko-faktori. Prikazivanjem dostupne literature ilustvaćemo odnos shizotipije sa mentalnim zdravljem, kreativnošću, religioznošću/duhovnošću, osobinama ličnosti, kognitivnim faktorima, meta-kognitivnim i socio-demografskim varijablama. Ovi prikazi otkriće neke važne usaglašene tendencije u istraživačkim nalazima, ali i mnoštvo kontradiktornosti, nedoslednosti i suprotstavljenih rezultata, kao i segmente koji su uglavnom i dalje nepoznanica sa aspekta empirijske eksploracije. Upravo takva mesta predstavljaju plodno tle za razvoj pitanja i hipoteza koje će ovaj istraživački poduhvat pokušati da rasvetli.

1.3.1. Shizotipija i mentalno zdravlje

Subjektivno i psihološko blagostanje smatraju se konceptima od ključnog značaja u oblasti mentalnog zdravlja. Subjektivno blagostanje definisano je kao prisustvo pozitivnog afekta i generalnog životnog zadovoljstva (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Sa druge strane, psihološko blagostanje prema modelu Ryff-ove (1989) određeno je kao

koncept koji je više u vezi sa egzistencijalnim životnim izazovima. Prema njenom modelu postoji šest domena psihološkog blagostanja: samoprihvatanje (uzimajući u obzir sopstvena ograničenja), sposobnost da se razviju i održe podržavajuće socijalne relacije, da se utiče na okruženje kako bi se zadovoljile lične potrebe, samo-određenost i doživljaj nezavisnosti, pronalaženje smisla u životnim izazovima i lični rast, tj. sposobnost da se ulaže u lične snage i talente (Tuchman, 2012). Pomoću strukturalnog modelovanja (SEM) Kejs i saradnici pokazali su da subjektivno i psihološko blagostanje predstavljaju dve povezane, ali različite komponente mentalnog zdravlja (Keyes et al., 2002).

Dok su se brojna istraživanja bavila vezom između shizotipije i psihopatoloških indikatora, veoma je malo studija ispitivalo direktne relacije između shizotipije i mera mentalnog zdravlja. Stoga je odnos između shizotipije i uspešnog funkcionisanja, produktivnih aktivnosti, kvalitetnih socijalnih kontakata i kapaciteta za adaptaciju ostao slabije istražen, uprkos činjenici da su relacije shizotipije i ovih varijabli od esencijalnog značaja za dalju validaciju hipoteze o benignoj shizotipiji. Pa i one studije koje su se ipak bavile proučavanjem shizotipije i indikatora adaptivnih potencijala u opštoj populaciji, uglavnom su bile fokusirane na konstrukte kao što je kreativnost (Tuchman, 2012). Ovakva istraživanja, međutim, retko su testirala odnos između shizotipije, psihološkog i subjektivnog blagostanja (Tuchman, 2012). Umesto toga, većina ovih studija polazila je od pretpostavke da su učesnici dobro funkcionisali naprosto zbog toga što su bili univerzitetski studenti, regrutovani iz nekliničke populacije. Međutim, poznato je da odsustvo psihopatologije ne znači nužno i prisustvo psihološkog i subjektivnog blagostanja (Cowen, 1991; Keyes, 2005). Situacija postaje dodatno intrigantna usled činjenice da i ta malobrojna istraživanja koja su se bavila odnosom shizotipije i mentalnog zdravlja nude veoma kontradiktorne rezultate. Tako je određen broj istraživanja pronašao negativnu korelaciju između shizotipije i različitih korelata mentalnog zdravlja. Istraživanja sprovedena na nekliničkom uzorku pokazuju da postoji negativna korelacija između shizotipije i subjektivnog (Abbott & Byrne, 2012; Ciulla, 2014), psihološkog i socijalnog blagostanja (Ciulla, 2014). Osobe sa izraženom shizotipijom iz nekliničkog uzorka manifestovale su manje životno zadovoljstvo i povišen negativni afektivitet (Abbott, Do, & Byrne, 2012). U studiji koja se bavila konstrukcijom instrumenta za merenje shizotipije (SPQ-BR), pokazano je da su povišeni

rezultati na skali shizotipije povezani sa slabijim kvalitetom života. Korelacija je bila posebno jaka između veće izraženosti negativnih, tačnije interpersonalnih indikatora i redukovanih socijalnih aktivnosti u vidu iniciranja kontakta sa prijateljima i bliskim osobama, kao i smanjenog zadovoljstva sa količinom prijatelja (Cohen, Matthews, Najolia, & Brown, 2010). U ovom istraživanju pokazano je da povišeni skorovi na svim dimenzijama shizotipije (kognitivno-perceptivnoj, interpersonalnoj i dezorganizovanoj) negativno koreliraju kako sa objektivnom, tako i sa subjektivnom procenom kvaliteta života na nivou $p < .001$ (Cohen et al., 2010). U drugim studijama pronađeno je da osobe sa visokim nivoima shizotipije manifestuju maladaptivna ponašanja kao što su pušenje i upotreba psihoaktivnih supstanci (Williams, Wellman, & Rawlins, 1996), dok deficite pokazuju i na planu socijalnog, edukativnog i profesionalnog funkcionisanja, pri čemu izveštavaju o slabijem kvalitetu života i većem nivou distresa (Barrantes-Vidal et al., 2010; Cohen & Davis, 2009). Međutim, većina ovih istraživanja polazi iz faktorsko-analitičkog ugla, analizirajući ukupne rezultate na dimenzijama shizotipije ili na faktorskim skorovima, umesto ispitivanja profila, odnosno klastera shizotipije. Tako se previđa važna mogućnost da osobe mogu manifestovati specifične kombinacije skorova na različitim dimenzijama shizotipije. Ovu mogućnost je, međutim, važno uzeti u obzir iz razloga što istraživači koji polaze iz okvira potpuno dimenzionalnog modela pokazuju da su negativni i dezorganizovani simptomi bolji diskriminišući faktori između adaptivne i maladaptivne forme shizotipije, nego što je to slučaj sa pozitivnim simptomima (McCreery & Claridge, 2002). Izostajanje negativnih simptoma smatra se protektivnim faktorom za tranziciju shizotipalnih manifestacija u razvijenu shizofrenu kliničku sliku (Tuchman, 2012). Čini se da osobe sa izraženom pozitivnom, a bez naglašene negativne i dezorganizovane dimenzije shizotipije, imaju najmanju šansu da razviju teže forme psihopatoloških ispoljavanja, pa je posebno važno pratiti upravo ovu grupu ispitanika, jer njihove odlike odgovaraju benignoj shizotipiji.

Sa druge strane, studije koje su se ciljano bavile odnosom klastera ili profila benigne shizotipije i konstrukata povezanih sa mentalnim zdravljem pružaju nam limitirane dokaze koji govore u prilog pretpostavci da pozitivni aspekti shizotipije mogu biti prisutni i kod mentalno zdravih osoba (Claridge, 1997; McCreery & Claridge, 2002). U cilju ilustracije odnosa između mentalnog zdravlja i benigne shizotipije, ponovo ćemo

se osvrnuti na opisano istraživanje Tuchman-a i saradnika, koje je od ključnog značaja za ovu temu (Tabak & Weisman de Mamani, 2013; Tuchman, 2012). Rezultati ovog istraživanja pokazali su da ispitanici koji pripadaju profilu sa izraženim neobičnim perceptivnim iskustvima (bez negativnih, dezorganizovanih i impulsivnih odlika) manifestuju isti nivo mentalnog zdravlja i blagostanja kao i ispitanici koji pripadaju profilima sa niskim i prosečnim nivoom shizotipalnih odlika. Ove tri grupe izveštavaju o većem psihološkom i subjektivnom blagostanju u odnosu na „negativne profile“ (visoka introvertna anhedonija sa i bez izražene kognitivne dezorganizacije). Rezultati su generalno pokazali da su niži nivoi shizotipije povezani sa boljim psihološkim i subjektivnim blagostanjem, ali da shizotipalni profil koji se ogleda samo u prisustvu pozitivnih shizotipalnih odlika može biti povezan sa psihološkim i subjektivnim blagostanjem na sličan način kao što je to slučaj i kod kontrolnih grupa, koje ostvaruju niže skorove na merama shizotipije (Tabak & Weisman de Mamani, 2013). Ovo istraživanje nam pruža veoma značajne podatke koji govore u prilog validnosti koncepta benigne shizotipije. U jednoj eksperimentalnoj studiji (Farias et al., 2005) ispitanicima je bila data instrukcija da posmatraju promenljive obrasce tačaka na monitoru i da izveste svaki put kada u prezentovanim tačkama prepoznaju neki značajan objekat. Rezultati su pokazali da su shizotipija i magijska ideacija bile povezane sa većom frekvencom i varijetetom izveštavanja o zapažanju kompleksnih figura u nasumično raspoređenim tačkama. Stoga se čini da osobe sa pozitivnim shizotipalnim crtama mogu biti sklonije tome da traže konekcije i pronalaze značenje u kontekstu nesigurnosti, što je važan element psihološkog blagostanja, kao što su doživljaj životnog smisla i ovladavanje okruženjem (Tuchman, 2012). Dalje, dve studije (Goulding 2004; 2005) bavile su se ispitivanjem doživljaja koherentnosti u kontekstu shizotipije. Konstrukt doživljaja koherentnosti karakteriše globalna orijentacija ka životu u kojoj preovladava osećanje poverenja prema tome da su životni izazovi i zahtevi razumljivi, savladivi i smisleni (Antonovsky, 1993). Iako se ova mera ne odnosi direktno na subjektivno ili psihološko blagostanje, jasno je da postoji delimično preklapanje između ovog konstrukta i skale psihološkog blagostanja konstruisane na osnovu modela Ryff-ove (1989). U pomenutom istraživanju (Goulding, 2005) pronađeno je da ispitanici koji su izveštavali o paranormalnim iskustvima, ali su imali niske skorove na ostalim shizotipalnim

dimenzijama, ostvaruju više skorove na merama doživljaja koherentnosti u odnosu na kontrolnu grupu. Ove dve grupe su takođe manifestovale značajno viši nivo doživljaja koherentnosti u odnosu na preostale dve grupe koje karakterišu povišeni skorovi na supskalama introvertne anhedonije i dezorganizovanosti. Isti autor u svom drugom istraživanju (Goulding, 2004) pronalazi da studenti koji ostvaruju više skorove na dimenziji neobičnih iskustava, imaju sličan doživljaj koherentnosti kao i kontrolna grupa sa niskim skorovima na svim supskalama shizotipije. Obe ove grupe ostvarile su značajno više skorove na meri doživljaja koherentnosti, u odnosu na grupu koju karakterišu povišeni skorovi na dimenzijama introvertne anhedonije i dezorganizovanosti. Rezultati ova dva istraživanja sugerišu da je moguće da osobe sa neobičnim iskustvima, koja su blisko povezana sa pozitivnom dimenzijom shizotipije, funkcionišu psihološki adekvatno. Takođe, čini se da su iskustva iz spektra pozitivne shizotipije negativno povezana sa mentalnim zdravljem samo za individue kod kojih su istovremeno izraženi negativni i dezorganizovani aspekti shizotipije (Tuchman, 2012). Rezultati ova dva istraživanja idu u prilog konceptu benigne shizotipije (Tuchman, 2012).

Istraživanje odnosa između shizotipije i mentalnog zdravlja od ključnog je značaja za validaciju konstrukta zdrave shizotipije i zbog toga će biti u fokusu našeg rada. Da bi se pokazalo da shizotipija zaista može biti benigna, nije dovoljno samo demonstrirati odsustvo patologije, već je neophodno pokazati da osobe koje se odlikuju obrascima karakterističnim za benignu shizotipiju takođe manifestuju i indikatore mentalnog zdravlja u vidu subjektivnog i psihološkog blagostanja. Zbog toga ćemo se u našem istraživanju baviti relacijom između različitih shizotipalnih profila i korelata mentalnog zdravlja.

1.3.2. Shizotipija i kreativnost

U cilju jasnijeg razumevanja koncepta benigne shizotipije važno je razmotriti odnos između shizotipalnih karakteristika i adaptivnih, konstruktivnih kapaciteta, kao što je kreativno mišljenje. Kreativnost je multidimenzionalni konstrukt sa mnogim poznatim i još uvek nepoznatim korelatima (Tuchman, 2012). Jedan od najrobustnijih prediktora kreativnosti je pozitivan afekat (George & Brief, 1996; Isen, Daubman, & Nowicki,

1987; Isen & Baron, 1991), koji se smatra komponentom subjektivnog blagostanja. Osobe koje učestvuju u intenzivnim kreativnim aktivnostima izveštavaju o dobrom raspoloženju, što predstavlja indikator povezanosti između kreativnosti i mentalnog zdravlja (Tuchman, 2012). Flach (2010) govori o hipotezi o rezilijentnosti, gde kreativnost zahteva izražene ego-snage: autonomiju, postavljanje sopstvenih ciljeva, socijalnu uravnoteženost i snažan osećaj odgovornosti, što ukazuje na značaj zdravih kapaciteta ličnosti za kreativnost. Sa druge strane, kreativnost je kroz vekove bila povezivana sa „ludilom“, pa je i u psihologiji već dugo prisutno interesovanje za razumevanje odnosa između mentalnog poremećaja i kreativnosti. Zbog toga su između kreativnosti i psihopatologije pravljene česte konekcije na planu kognitivnih procesa, stilova i temperamenta (Holt et al., 2008). Rothenberg (1990) navodi brojne kreativne individue koje su, po svemu sudeći, imale iskustvo psihičkog poremećaja (npr. umetnici kao što je Hieronymus Bosch, naučnici poput Michael-a Faraday-a, kompozitori kao što je Robert Schumann, pesnici kao što je Sylvia Plath, te filozofi poput Friedrich-a Nietzsche-a). Heston je još 1966. godine pronašao da su deca majki sa dijagnozom shizofrenije kasnije u većoj meri manifestovala umetničke talente u poređenju sa kontrolnom grupom (Fink, Benedek, Unterrainer, Papousek, & Weiss, 2014). Sada već čuvena studija Nensi Andreasen (Andreasen & Canter, 1974) pokazala je da visoko kreativni pisci u proseku manifestuju više simptoma psihijatrijskih poremećaja nego kontrolni ispitanici. Još jedan relevantan nalaz u ovoj oblasti tiče se istraživanja Brod-a (1997) koji je pronašao da rođaci shizofrenih pacijenata (ili pacijenata sa dijagnozom nekog drugog psihotičnog poremećaja) imaju veći broj kreativnih postignuća. Na osnovu navedenih nalaza moguće je pretpostaviti da isti kognitivni mehanizmi koji predstavljaju osnovu za razvoj shizofrenije istovremeno vode i do kreativnosti (Eysenck, 1993; Green & Williams, 1999). Tako psihotični i kreativni procesi potencijalno dele preterano inkluzivan (uključujući) stil mišljenja i tendenciju ka čudnim i neobičnim idejama (Eysenck, 1993). Neki istraživači smatraju da se konekcijom između kreativnosti i psihotičnog mišljenja uspešno objašnjava činjenica da geni kojima se pripisuje važna uloga u dispoziciji za razvoj psihoze i dalje opstaju u procesu selekcije (Batey & Furnham, 2008; O'Reilly et al., 2001).

Tek relativno nedavno istraživanja su počela intenzivnije da se bave ispitivanjem veze između kreativnosti i subkliničkih mera psihopatologije kao što su shizotipija (Nettle, 2006) i hipomanija (Furnham, Batey, Anand, & Manfield, 2008). Istraživanja ukazuju na to da postoji povezanost između hipomanije i subjektivne procene kreativnosti (Furnham et al., 2008). Takođe, sada je dostupan već poprilično obiman korpus literature koja povezuje shizotipiju sa kreativnošću. Pokazano je da postoji korelacija između povišenih skorova na skalama shizotipije i veće produkcije unikatnih odgovora na zadacima divergentnog mišljenja (Green & Williams, 1999). Rust, Golombok i Abram (1989) pronašli su povezanost između kognitivnih aspekata shizotipalnog mišljenja i kreativnosti. Rezultati istraživanja fokusiranih na divergentno mišljenje pokazuju da osobe sa izraženom shizotipijom generišu originalnije i atipičnije odgovore na zadatku kategorijalne fluentnosti (Green & Williams, 1999; Kiang & Kutas, 2006). Nettle (2006) pronalazi da pesnici i ostali umetnici, zajedno sa psihijatrijskim pacijentima pokazuju povišen nivo pozitivnih shizotipalnih crta, dok matematičare odlikuje niži nivo pozitivnih simptoma u poređenju sa opštom populacijom i visok nivo negativnih shizotipalnih crta (Carson, 2011). Kinney i saradnici pronašli su da je nivo kreativnosti viši kod subjekata sa shizotipalnim poremećajem ličnosti ili sa barem dva prisutna shizotipalna simptoma (npr. magijska ideacija i neobična perceptivna iskustva) nego kod subjekata bez shizotipalnih simptoma ili sa potpuno „razvijenom“ shizofrenijom (Carson, 2011). Povezanost između shizotipije i kreativnosti se generalno bolje manifestuje u nekliničkoj populaciji, verovatno iz razloga što psihoza blokira kreativnost usled interferencije ozbiljnije izraženih simptoma poremećaja (Brod, 1997).

U Eysenck-ovom modelu ličnosti (1995) dimenzija nazvana psihoticizam viđena je kao osnova za kreativnost i originalnost sa jedne strane, ali i za psihotične poremećaje, sa druge. Eysenck je sugerisao da postoji veza između kreativnosti i psihoze i u svojim istraživanjima pronalazi korelaciju između kreativnog postignuća i psihoticizma (Burch, Pavelis, Hemsley, & Corr, 2006).

Pozitivna dimenzija shizotipije i kreativnost. Studije mahom pokazuju da su pozitivni aspekti shizotipije značajni prediktori divergentne produkcije (Green & Williams, 1999; O'Reilly et al., 2001). Schuldberg (2000-2001) je pronašao povezanost između pozitivne shizotipije i samoopisnih mera kreativnosti, a Burch i saradnici (2006)

navode veću učestalost neobičnih doživljaja među vizuelnim umetnicima, u poređenju sa ispitanicima koji nisu umetnički orijentisani. Studije su pokazale da kreativnost pozitivno korelira sa aspektima shizotipije koji se odnose na pozitivnu dimenziju, kao što su anomalna iskustva (Holt, 2007; Kennedy & Kanthamani, 1995), hipomanične crte, perceptivne aberacije, neobična iskustva i magijska ideacija (Nettle, 2006; O'Reilly et al., 2001; Schuldberg, 1990; 2000-2001). Nadalje, studije koje su poredile grupe visoko kreativnih individua sa grupom manje kreativnih osoba pronašle su povišene skorove na dimenziji neobičnih perceptivnih iskustava među kreativcima (Burch, et al., 2006; O'Reilly et al., 2001). Ovakva istraživanja pokazala su da studenti umetničkih fakulteta u odnosu na kontrolnu grupu postižu značajno više skorove na skalama pozitivnih shizotipalnih crta (neobična perceptivna iskustva i sklonost ka magijskom mišljenju), ali ne i na merama negativnih odlika (siromašan socijalni život i anhedonija) (Burch et al., 2006; O'Reilly et al., 2001). Među istraživačima postoje debate o tome da li je relacija između kreativnosti i shizotipalnih obeležja uzrokovana povećanom produkcijom ideja usled hipomaničnog raspoloženja, javljanjem udaljenih asocijacija karakterističnih za shizofrenu kogniciju ili pak usled oba ova faktora (Schuldberg, 2000-2001; Russ, 2001). I zaista, putem kojih mehanizama je moguće objasniti povezanost između pozitivne dimenzije shizotipije i kreativnosti? Gianotti i saradnici (Gianotti, Mohr, Pizzagalli, Lehmann, & Brugger, 2001) sugerišu da se u podlozi paranormalnih iskustava nalazi kognitivna dezinhibicija i nude objašnjenje kroz *kontinuum asocijativnog procesiranja* - od kreativnog mišljenja i paranormalnih uverenja kod mentalno zdravih osoba, do psihopatoloških simptoma u vidu sumanutosti i dezorganizacije na planu misaonih procesa. Povišeni skorovi na skalama magijske ideacije mogu zaista predstavljati indikator rizika za razvoj psihotičnog poremećaja, ali takođe mogu reflektovati i ličnost sklonu fantaziji. Lynn i saradnici (Lynn, Neufeld, Green, Sandberg, & Rhue, 1996) sugerišu da preklapanje između podložnosti fantaziji i magijske ideacije ukazuje na to da magijska ideacija sama po sebi nije patološka, već da može reflektovati tendenciju ka imaginaciji, za koju se veruje da je povezana sa kreativnošću (Holt et al., 2008), što je u nekim studijama i potvrđeno (Zanes, Ross, Hatfield, Houtler, & Whitman, 1998).

Negativna dimenzija shizotipije i kreativnost. Pronađena je pozitivna korelacija između uspešnosti na Gilfordovom zadatku alternativne upotrebe i socijalne anhedonije

(Cox & Leon, 1999). Sa druge strane, različiti autori su pronašli negativnu korelaciju između negativnih shizotipalnih karakteristika (kao što su introvertna anhedonija i interpersonalne teškoće) i mera verbalne fluentnosti i fluentnosti u zadacima divergentnog mišljenja (Dinn, Harris, Aycicegi, Greene, & Andover, 2002; Schulberg, 2000-2001; Tsakanikos, & Claridge, 2005;). U nekim istraživanjima pokazano je da introvertna anhedonija pozitivno korelira sa shizofrenijom, ali ne i sa umetničkom kreativnošću (Schulberg, 2000-2001). Nettle (2006) pak pronalazi da introvertna anhedonija negativno korelira sa umetničkom kreativnošću. Rezultati dobijeni na osnovu serije istraživanja sprovedenih na studentskoj populaciji pokazali su da pozitivna dimenzija shizotipije korelira sa povišenom kreativnošću, dok negativna dimenzija korelira sa smanjenom kreativnom ekspresijom (Schulberg, 2000-2001). Odsustvo negativne simptomatologije stoga može biti faktor koji sprečava prelazak shizotipije u psihotični poremećaj, te potencijalno omogućava benefite povezane sa kreativnošću (Tuchman, 2012). U prilog ovom zaključku dodatno idu nalazi studije koja je pokazala da umetnički kreativna grupa ispitanika postiže podjednako visoke skorove na skalama neobičnih iskustava i kognitivne dezorganizacije, kao i grupa osoba sa dijagnozom shizofrenije, ali su kreativci postizali značajno niže rezultate na merama introvertne anhedonije (Nettle, 2006). Izgleda da se kreativni pojedinci razlikuju od psihotičnih najviše prema odsustvu negativnih odlika kao što su anhedonija i avolicija. Ovi nalazi su u skladu sa empirijskim podacima o benignoj shizotipiji koji ukazuju na to da osobe kod kojih preovladavaju pozitivne shizotipalne odlike imaju veću verovatnoću da manifestuju adaptivno psihičko funkcionisanje nego one osobe čijim profilima dominiraju negativne odlike (Cornblatt et al., 2003; McCreery & Claridge, 2002). Schulberg (2000-2001) smatra da su pozitivni shizotipalni simptomi povezani sa većom kreativnošću, dok su negativni simptomi povezani sa manjom kreativnošću. Može se primetiti dakle da literatura mahom sugerise da su pozitivni, ali ne i negativni aspekti shizotipije povezani sa visoko izraženom kreativnošću (Fisher et al., 2004).

Dimenzija dezorganizovanosti i kreativnost. Postoje neslaganja u pogledu odnosa između dimenzije kognitivne dezorganizovanosti i kreativnog postignuća. U jednoj studiji pronađeno je da grupa vizuelnih umetnika postiže značajno više skorove na dimenziji Kognitivne dezorganizacije merene upitnikom O-LIFE u odnosu na grupu koja

nije bila umetnički orijentisana (Burch et al., 2006). Eysenck (1993) je predložio hipotezu prema kojoj je kognitivni stil kreativnih osoba previše-uključujući i podrazumeva udaljene asocijacije, što je veoma slično procesima koji leže u osnovi kognitivne dezorganizacije kod shizotipije. Međutim, još uvek ne postoje dovoljno konzistentni nalazi koji bi potvrdili da skorovi na dimenziji Kognitivne dezorganizacije mogu biti prediktori postignuća na zadacima divergentnog mišljenja (Batey & Furnham, 2008).

Impulsivni nonkonformizam i kreativnost. Što se tiče odnosa kreativnosti i Impulsivnog nonkonformizma, nekoliko istraživanja je demonstriralo da postoji povezanost između slične dimenzije - Psihoticizma (Eysenck, & Eysenck, 1975) i divergentnog mišljenja (Aguilar-Alonso, 1996; Stavridou & Furnham, 1996; Woody & Claridge, 1977). Pronađeno je da u opštoj populaciji kreativnost pozitivno korelira sa psihoticizmom (Woody & Claridge, 1977). Stavridou i Furnham (1996) pronalaze pozitivnu korelaciju između psihoticizma i originalnosti, ali ne i značajne korelacije sa fluentnošću na testu kreativnosti Wallach-a i Kogan-a (Burch et al., 2006). Takođe, u istraživanju Burch-a i saradnika (2006), grupa vizuelnih umetnika postizala je značajno više skorove na dimenziji Impulsivnog nonkonformizma u odnosu na kontrolnu grupu. U istraživanju Batey-a i Furnham-a iz 2008. godine proveravan je odnos između samoopisnih mera kreativnosti i različitih dimenzija shizotipije. Pronađeno je da su se kao značajni pozitivni prediktori ukupnog skora na merama kreativnosti pokazale dimenzije Neobičnih iskustava i Impulsivnog nonkomformizma, a kao negativan prediktor kreativnosti izvojila se dimenzija Kognitivne dezorganizacije (Batey & Furnham, 2008). Dimenzija Introvertivne anhedonije nije se pokazala kao značajna za predikciju ukupnog skora dobijenog pomoću samoopisnih mera kreativnosti (Batey & Furnham, 2008).

Teorijske i empirijske studije već duže vreme povezuju funkcije desne moždane hemisfere sa povećanom kreativnošću (Heller, 1994). Neuropsihološka istraživanja su pokazala da osobe sa izraženim shizotipalnim crtama manifestuju asimetriju u hemisfernom procesiranju, u prilog desne moždane hemisfere (Fisher et al., 2004). Pošto desna hemisfera ima ulogu u holističkom procesiranju informacija, „pristrasnost desne hemisfere“ može doprineti tendenciji osoba sa shizotipalnim crtama da prave udaljene i neobične asocijacije između pojmova (Fisher et al., 2004). Tako na primer osobe sa

izraženom magijskom ideacijom imaju veću sklonost ka pronalaženju međusobne veze između realno nepovezanih reči, u poređenju sa osobama koje postižu niske skorove na merama magijske ideacije (Mohr, Graves, Gianotti, Pizzagalli, & Brugger, 2001). Verovanje u paranormalne fenomene takođe je povezano sa produkcijom originalnijih asocijacija između nepovezanih stimulusa (Gianotti et al., 2001). Javljanje neobičnih ideja, koje je olakšano aktivacijom desne moždane hemisfere može biti činilac kreativnog mišljenja, ali u ekstremnijim slučajevima može postati plodno tle za produkciju sumanutosti (Leonhard & Brugger, 1998). Rezultati istraživanja sprovedenog na ispitanicima sa shizotipalnim osobinama ličnosti pokazali su da kombinacija magijske ideacije, perceptivne aberacije, neobičnih uverenja i neobičnih perceptivnih iskustava značajno predviđa rezultate na zadatku figuralne fluentnosti¹¹ koji je osetljiv na funkcionisanje desne hemisfere (Fisher, Heller, & Miller, 2007). Ovi rezultati idu u prilog povezanosti između funkcionisanja desne hemisfere, kreativnosti i pozitivne shizotipije (Fisher et al., 2004) i predstavljaju potencijalnu neurološku potporu za model zdrave shizotipije. Čini se da je odnos između mentalne bolesti i kreativnosti moguće posmatrati u svetlu zajedničkih kognitivnih odlika koje uključuju aktivnost desne moždane hemisfere (Fisher et al., 2004).

Kao što na osnovu bogate literature možemo videti, mnoge studije potvrđuju pozitivnu korelaciju između kreativnosti i shizotipije u kreativnim profesijama (Burch et al., 2006; Merten & Fisher, 1999; Nettle & Clegg, 2006), među normalnim mladim osobama (Cox & Leon, 1999; Folley & Park, 2005; Rushton, 1990; Schuldberg, 2000-2001; Tsakanikos & Claridge, 2005; Weinstein & Graves, 2002) i nepsihotičnim rođacima osoba sa dijagnozom shizofrenije (Andreasen, 1987; Karlsson, 1984; Kinney et al., 2000). Međutim, postavlja se pitanje da li shizotipija ostaje značajan prediktor kreativnosti i nakon što se uzmu u obzir druge relevantne varijable čija je relacija sa kreativnošću dobro potvrđena, kao što su opšta inteligencija (Eysenck, 1995; Jensen, 1998; Rushton, 1990) i crta ličnosti otvorenost ka iskustvu, iz modela Velikih pet (Carson et al., 2005; Dollinger et al., 2004; King et al., 1996; McCrae, 1987). Da bi se ispitala

¹¹ U pitanju je zadatak koji meri neverbalnu fluentnost. Ispitanici treba da nacrtaju što je više moguće unikatnih varijacija dizajna, spajajući najmanje dve tačke u matrici koja se sastoji od ukupno pet tačaka. Uspešnost na zadatku izražena je kroz ukupan skor produkovanih vizuelnih odgovora tokom jednog minuta (Ruff, 1996; Ruff, Light, & Evans, 1987).

uloga ovih, potencijalno konfundirajućih varijabli, u studiji Miller-a i Tal-a (2007) zadat je upitnik SPQ kao mera shizotipije, zajedno sa različitim verbalnim i vizuelnim zadacima kreativnosti, uz standardne mere inteligencije i osobina ličnosti na uzorku od 225 studenata. Ispostavilo se da pozitivna dimenzija shizotipije ostvaruje skromnu pozitivnu korelaciju sa verbalnom, $r = .16$, $p = .018$ i vizuelnom kreativnošću, $r = .16$, $p = .014$, dok sa otvorenošću ka iskustvu ostvaruje snažniju povezanost, $r = .29$, $p < .001$. Međutim, multipla regresiona analiza pokazala je da zapravo otvorenost ka iskustvu, a ne pozitivna dimenzija shizotipije, predstavlja varijablu koja ima ključnu ulogu u predikciji verbalne i vizuelne kreativnosti. Kao statistički značajni prediktori verbalne kreativnosti izdvojile su se inteligencija i otvorenost ka iskustvu (u oba slučaja $p < .001$), dok se kao značajni prediktori vizuelne kreativnosti takođe ističu inteligencija, $p = .014$ i otvorenost ka iskustvu, $p < .001$, a kao marginalno značajan prediktor u pozitivnom smeru javlja se i neuroticizam, $p = .051$. Pozitivna i negativna dimenzija shizotipije u ovoj multiploj regresionoj analizi nisu se pokazale kao statistički značajni prediktori kako verbalne, tako ni vizuelne kreativnosti (Miller & Tal, 2007). Kada je reč o rezultatima ovog istraivanja važno je još istaći da porodična istorija poremećaja iz shizofrenog spektra nije bila značajan prediktor kreativnosti. Dati nalazi u značajnoj meri dovode u pitanje hipotezu o povezanosti između „ludila i kreativnosti“. Na osnovu ovih rezultata čini se da evolucionarna perspektiva shizotipije koja se zasniva na benefitu u vidu kreativnosti ipak ne može do kraja da objasni evolutivnu perzistentnost shizofrenije (Miller & Tal, 2007).

Pa ipak, dodatna istraživanja sugerišu da ego snage (Fodor, 1995) ili visoka inteligencija (Carson, Peterson, & Higgins, 2003) mogu u interakciji sa shizotipijom voditi ka kreativnom postignuću. Ovakav fenomen nazvan je „kontrolabilna neobičnost“ (Barron, 1993) što može povećati prijemčivost za posvećenost kreativnom procesu, koji se može objasniti u terminima dvofaznog modela, gde se smenjuju faze udaljenih, fluentnih, nestrukturisanih asocijacija i kognicija, sa linearnim, ka cilju usmerenim kognicijama (Eysenck, 1995; Finke, Ward, & Smith, 1992; Martindale, 1991). Prema dualnim – interaktivnim modelima, shizotipalna stanja su moderirana varijablama kao što su ego-snage i visoke intelektualne sposobnosti, odnosno potrebno je da su prisutni određeni faktori koji „dopuštaju“ optimalnu devijaciju duž kontinuuma od proširenog, do suženog načina mišljenja (Prentky, 2001). Prema ovoj hipotezi, možemo očekivati da će

osobe koje manifestuju karakteristike tipične za benignu shizotipiju, usled očuvanih snaga ličnosti i mentalnog zdravlja pokazati dobar uspeh na zadacima koji mere aspekte kreativnog mišljenja, što je upravo jedno od pitanja kojim će se baviti naše istraživanje.

1.3.3. Shizotipija i religiozna/spiritualna iskustva

Orijentacija ka religioznosti se u literaturi navodi kao varijabla za koju se smatra da može biti povezana sa mentalnim zdravljem. Stoga je relacija između shizotipije i zdrave religioznosti/duhovnosti od potencijalnog značaja za razumevanje modela benigne shizotipije. Istraživanja su pokazala da religioznost negativno korelira sa anksioznošću, depresijom, konzumiranjem duvana i alkohola (Kendler, Gardner, & Prescott, 1997; Kennedy, Kelman, Thomas, & Chen, 1996; Koenig, Ford, George, Blazer, & Meador, 1993; Koenig et al., 1997; Woods, Antoni, Ironson, & Kling, 1999). Takođe, neka istraživanja ukazuju na to da je religioznost pozitivno povezana sa dugovečnošću (George et al., 2000) i boljim kvalitetom života (Kaczonowski, 1989; Landis, 1996). Intrinzička religioznost se povezuje sa unutrašnjim lokusom kontrole, doživljajem životne svrhe (Donahue, 1985), mentalnim zdravljem i blagostanjem (Ventis, 1995). Međutim, teško je ne primetiti da se različita religiozna uverenja po svom sadržaju ne nalaze daleko od onoga što kod osoba sa dijagnozom psihotičnog poremećaja nazivamo sumanutostima. Iracionalnost i rigidnost ovih uverenja zaista veoma često imaju kvalitet sličan onom koji se sreće kod sumanutih ideja. Takođe, mnoga mistična i spiritualna iskustva potencijalno spadaju u spektar perceptualnih aberacija koje se, u ekstremnijim formama, sreću i kod psihotičnih pacijenata sa religioznim halucinacijama i sumanutostima. Teza o konekciji između spiritualnih praksi, poput šamanizma i duševne bolesti nije nova. Tako Mirča Elijade navodi zapažanja različitih autora iz oblasti etnologije o tome kako primitivni narodi za zvanje vrača ili čarobnjaka najradije biraju „bolešljive“ osobe, epileptičare, čudake i duševno obolele (Elijade, 1990., str. 44). Pa ipak, neki autori navode da se psihotični fenomeni mogu dogoditi i izvan psihopatoloških okvira (Jackson & Fulford, 1997). Istraživanja su pokazala da određene grupe ljudi imaju doživljaje koji su slični pozitivnim simptomima shizofrenije, ali da pri tome ostaju funkcionalni članovi društva, kao što su to osobe sa dubokim religioznim uverenjima

(Peters, Day, McKenna, & Orbach, 1999). Moguće je da postoje deluzije i perceptivne aberacije koje nisu nužno psihopatološki obremenjene i mogu se smatrati manje ili više benignim (Jackson & Fulford, 1997). U kontekstu ove problematike, nameće se potreba za postavljanjem i rasvetljavanjem pitanja o tome koliko zapravo okvir duhovnosti može biti adaptivan, a koliko štetan odgovor na iskustva aberantnih doživljaja. Pitajući se o razlikama između spiritualnih i psihopatoloških doživljaja, određeni autori su pokušali da naprave distinkciju između psihotičnih i duhovnih iskustava tako što su poredili dve grupe na različitim merama shizotipije (Jackson, 1997). Na taj način došlo se do zaključka da nema jasnih granica između ove dve grupe, pri čemu je shizotipija zajednička osobina ličnosti koja leži u podlozi spiritualno-psihotičnog kontinuuma. Istraživanja sprovedena od strane Jackson-a i saradnika (Jackson & Fulford, 1997; Jackson, 1997) koja su se bavila intenzivnim spiritualnim iskustvima slažu se sa hipotezom o „srećnom shizotipu“ (McCreery & Claridge, 1995). Naime, ispostavilo se da je za grupu sa intenzivnim spiritualnim iskustvima najvažniji aspekt bio pozitivna dimenzija shizotipije i da takva spiritualna iskustva za date individue mogu imati čak adaptivnu ili stimulišuću ulogu (Day & Peters, 1999). Interesantan je međutim i nalaz koji govori da oni ispitanici koji ostvaruju visoke skorove na merama paranormalnih iskustava i povezani su sa New Age¹² profilom duhovnosti ispoljavaju mnogo više psihopatoloških simptoma u poređenju sa osobama koje ostvaruju povišene rezultate na skali Tradicionalnih paranormalnih uverenja (Houran, Irwin, & Lange, 2001). Rezultati ovog istraživanja sugerišu da verovanja u tradicionalne paranormalne fenomene ne moraju biti direktno povezana sa psihopatologijom (Holt et al., 2008) već je verovatnije da su rezultat socijalnog učenja. Posebna grupa od interesa, kada je u pitanju ova istraživačka oblast, jesu sledbenici kultova ili novih religijskih pokreta (NRP)¹³. Sprovedena su sada već brojna istraživanja u kojima su ispitivane osobine ličnosti i status mentalnog zdravlja članova novih religijskih pokreta, predominantno na području

¹² New Age predstavlja eklektičan skup spiritualnih verovanja i praksi koji se razvijao tokom 70-tih i 80-tih godina XX veka, pretežno u zapadnim društvima i koji uključuje kanalsanje, lečenje kristalima, novije forme šamanizma i širok spektar drugih inkorporiranih tehnika (poput astrologije, joge, meditacije...) sa ciljem lične transformacije individue ka „višoj svesti“ (Encyclopaedia Britannica, 2017).

¹³ Novi religijski pokreti su različite religijske zajednice ili spiritualne grupe, nastale u kontekstu modernog društva, kao produkt i odgovor na savremene procese sekularizacije, globalizacije i individualizacije. S obzirom na to da reč „kult“ poprima pejorativni karakter usled načina upotrebe u medijima i popularnom govoru, sociolozi religije često koriste termin „novi religijski pokreti“ (Barker, 1996).

Sjedinjenih država i Australije (Day & Peters, 1999). Generalni zaključci ovih istraživanja svode se na to da se prema osobinama ličnosti i mentalnom zdravlju članovi NRP ne razlikuju u značajnoj meri od kontrolnih subjekata, te da na pojedinim merama čak pokazuju bolje mentalno zdravlje i veću prilagođenost (Richardson, 1995). Važno je napomenuti da u ovim istraživanjima nisu korišćene mere relevantne za psihozu i shizotipiju (Day & Peters, 1999). Međutim, neka druga istraživanja fokusirala su se na ispitivanje prisustva shizotipalnih obrazaca u mišljenju i doživljavanju među članovima okultnih grupa. Pomoću diskriminativne analize pronađeno je da se u odnosu na kognitivni stil sledbenici okultnih grupa mogu klasifikovati u dve kategorije: prvu karakteriše posvećenost i poslušnost u odnosu na „božanski autoritet“ na način na koji je interpretiran od strane kulta i njegovog vođe, dok drugu odlikuje zainteresovanost za magične i paranormalne fenomene, koja je najčešće povezana sa idiosinkratičnom (ili nelogičnom) spiritualnom filozofijom (Rust, 1992). U jednom drugom istraživanju međutim, dobijeno je da iako pripadnici novih religijskih pokreta nisu manifestovali toliko floridne deluzije kao psihotične osobe, oni ipak nisu mogli biti na jasan način razdvojeni od psihotične grupe ispitanika na različitim merama neobičnih ideja ili prema nivou ubeđenosti u ta uverenja. Ono što je međutim posebno interesantno jeste nalaz da su pristalice NRP manifestovale značajno manji nivo distresa i preokupacije tim uverenjima (Peters et al., 1999). Ovaj nalaz sugerise da je za psihopatološke manifestacije važniji način na koji osoba interpretira neobične mentalne doživljaje, nego sam sadržaj tih doživljaja (Day & Peters, 1999). U jednom drugom istraživanju (Day & Peters, 1999) koje se bavilo ovom tematikom korišćen je međugrupni dizajn sa tri grupe ispitanika. Prva grupa uključivala je nereligiozne subjekte (ateiste i agnostike), druga grupa je obuhvatila pripadnike Hare Krišne¹⁴ i Druide¹⁵, dok su u trećoj grupi bili hrišćanski vernici. Ispitanici su popunili O-LIFE, kao i mere anksioznosti i depresije, a bile su uključene i skale socijalne poželjnosti i ekstraverzije. Pomoću jednosmerne ANOVE pronađeno je da su pripadnici NRP imali statistički značajno više skorove na

¹⁴ Pokret Hare Krišna osnovan je 1966. godine u SAD od strane A. C. Bhaktivedanta Swami Prabhupada. Sledbenici ovog pokreta promovišu blagostanje i posvećenost spiritualnosti, koji su bazirani na drevnim vedskim indijskim tekstova.

¹⁵ Još se u romantizmu krajem 18. veka u Velikoj Britaniji javilo obnovljeno interesovanje i veličanje drevne keltske kulture iz perioda gvozdene doba. Danas neo-druidizam predstavlja jedan od modernih paganskih pokreta koji svoje korene ima u keltskoj tradiciji i spiritualnosti, fokusiranim na ljubav prema prirodi.

merama pozitivne dimenzije shizotipije (neobična iskustva) u poređenju sa nereligioznim subjektima i ispitanicima hrišćanske orijentacije. Dalje, pronađeno je da ispitanici iz grupe novih religijskih pokreta postižu značajno više skorove na skalama introvertne anhedonije u odnosu na nereligiozne ispitanike, ali ne i u odnosu na hrišćane. Dalje, pripadnici druidskog pokreta postižu više skorove na merama depresije u poređenju sa hrišćanima, ali ne i u odnosu na nereligiozne ispitanike. Takođe, ispostavilo se da ispitanici hrišćanske veroispovesti postižu niže skorove na skali impulsivnog nonkonformizma, a više rezultate na skali socijalne poželjnosti u poređenju sa ostale dve grupe. Sve navedene razlike značajne su na nivou .01 (Day & Peters, 1999). Važno je napomenuti da je u istraživanju detektovana značajna pozitivna korelacija između pozitivne dimenzije shizotipije i mera anksioznosti i depresije, što je delimično u suprotnosti sa pretpostavkama modela zdrave shizotipije. Na osnovu aritmetičkih sredina skorova ispitanika može se videti da je pozitivna dimenzija shizotipije najizraženija karakteristika pripadnika NRP. Ovaj rezultat u skladu je sa prethodnim nalazima koji sugerišu da se pozitivni aspekti shizotipije preklapaju sa mističnim stanjima (Chadwick, 1992; Greenberg, Witzum, & Buchbinder, 1992), sa intenzivnim religioznim fenomenima/doživljajima (Jackson & Fulford, 1997) i vantelesnim iskustvima (McCreery & Claridge, 1995). Iako je jasno da pripadnici Hare Krišne i Druidi slede veoma različit sistem uverenja, ove grupe su u istraživačke svrhe posmatrane zajedno iz razloga što odudaraju od aktuelno konvencionalnih religijskih učenja. Rezultati ovog istraživanja generalno podržavaju kontinuirani model shizotipije jer pripadnici NRP ipak ne ispoljavaju simptome psihopatologije kliničkog nivoa, ostajući funkcionalni članovi društva, za razliku od osoba koje pate od psihoze (Day & Peters, 1999). Stoga prikazano istraživanje ide u prilog tezi da su granice pozitivnih simptoma koji se sreću u psihozi mnogo manje jasne nego što se to u psihijatriji tradicionalno pretpostavlja. Značajna limitacija ove studije odnosi se na mali uzorak, slabu stopu odgovora članova NRP, pogotovo pripadnika Hare Krišne i nemogućnost da se utvrdi da li postoje sistematske razlike između onih ispitanika koji su popunili upitnike i onih koji nisu. Druga značajna manjkavost je činjenica da druge dve grupe (nereligiozni i hrišćanski orijentisani ispitanici) nisu delili podjednak nivo posvećenosti svojim uverenjima i emocionalne involviranosti kao pripadnici NRP, pogotovo Hare Krišne, koji su u potpunosti promenili

svoj nekadašnji životni stil da bi mogli da se posvete duhovnoj praksi. Klasifikacija ispitanika u tri grupe sprovedena je simplifikovano, samo na osnovu kriterijuma prisustva/odsustva religioznih uverenja i tradicionalnih/alternativnih religioznih uverenja, bez kontrolisanja fakotra kao što su posvećenost, emocionalna involviranost i motivacija (Day & Peters, 1999). Jedno drugo važno istraživanje (Smith, Riley, & Peters, 2009) vođeno je idejom da se prethodno opisana studija koja je sprovedena u Velikoj Btitaniji proširi i na dugi kulturni kontekst. U tu svrhu ispitan je uzorak posvećenika Hare Krišne sa teritorije SAD i upoređen je sa nereligioznim kontrolnim uzorkom na merama sumanute ideacije, shizotipije i opšteg blagostanja. Posvećenici Hare Krišne ostvarili su značajno više skorove na sumanutoj (deluzionoj) ideaciji, ali ne i na ostalim aspektima shizotipije, niti su se razlikovali prema opštem blagostanju. Pripadnici Hare Krišne ostvarili su više rezultate na nivou ubeđenosti u deluzije, ali ne i na merama distresa i preokupiranosti. Nalazi ove studije pružaju kros-kulturalnu potvrdu kontinuuma između normalnih uverenja i deluzija u mišljenju i idu u prilog hipotezi da je mentalno zdravlje određeno ne samo onim u šta osoba veruje, već i načinom na koji veruje (Smith et al., 2009).

U našem istraživanju bavićemo se odnosom između različitih shizotipalnih profila i religioznosti/spiritualnosti, kako bismo bolje razumeli ulogu ovih faktora u adaptivnim i maladaptivnim manifestacijama shizotipalnih iskustava.

1.3.4. Shizotipija i osobine ličnosti

U traganju za korelatima „zdrave“ shizotipije, veoma je malo pažnje posvećeno drugim poznatim i dobro utemeljenim modelima ličnosti. Da bismo potpunije sagledali koncept benigne shizotipije i otkrili u kojoj meri je ona zaista „zdrava“, važno je utvrditi kakve bazične osobine ličnosti je pretežno opisuju. Iako, koliko nam je poznato, još uvek nema mnogo podataka o položaju benigne shizotipije u prostoru drugih, opštijih personalnih karakteristika, neki naponi su ipak učinjeni u pravcu ispitivanja odnosa shizotipije uopšte, sa drugim važnim osobinama ličnosti.

Osamdesete i devedesete godine prošlog veka obeležene su velikim interesovanjem za Petofaktorski model ličnosti kao način da se opiše normalna struktura

ličnosti (Costa & McCrae, 1988; Goldberg, 1982, 1990). Zagovornici Petofaktorskog modela, međutim, smatraju da se ovaj model može proširiti i na opisivanje patologije personaliteta (Costa & Widiger, 1994). Istraživanja su pokazala da osobe sa shizotipalnim poremećajem ličnosti manifestuju visok nivo Neuroticizma (Blais, 1997; Cloninger & Svrakic, 1994; Costa & McCrae, 1990; Saulsman & Page, 2004), a nizak nivo Ekstraverzije i Prijatnosti (Blais, 1997; Cloninger & Svrakic, 1994; Costa & McCrae, 1990; Saulsman & Page, 2004; Trull, 1992; Yeung, Lyons, Watemaux, Faraone, & Tsuang, 1993). Takođe, indikatori shizotipalnog poremećaja ličnosti negativno koreliraju sa Savesnošću i skromno negativno sa Otvorenošću ka iskustvu (Saulsman & Page, 2004). U jednoj meta-analitičkoj studiji (Saulsman & Page, 2004) koja se bavila odnosom između dimenzija Petofaktorskog modela ličnosti i simptoma deset poremećaja ličnosti prema DSM IV klasifikaciji, izračunate su prosečne veličine efekta za odnos između simptoma svakog poremećaja ličnosti i dimenzija Petofaktorskog modela. Kada je u pitanju shizotipalni poremećaj ličnosti, dobijene su značajne veličine efekta na nivou $p < .0001$ za Neuroticizam, Ekstraverziju, Prijatnost, Savesnost i na nivou $p < .05$ za Otvorenost.

Druga istraživanja koja su se više bavila shizotipijom iz perspektive individualnih razlika, pronašla su pozitivnu korelaciju između pozitivne dimenzije shizotipije sa Neuroticizmom i Otvorenošću ka iskustvu, te negativnu korelaciju sa Prijatnošću. Dalje, pokazano je da negativna dimenzija shizotipije korelira sa povišenim Neuroticizmom, odnosno niskom Ekstraverzijom, manjom Otvorenošću ka iskustvu i niskom Prijatnošću (Ross, Lutz, & Bailley, 2002).

Glavna kontroverza koja se tiče istraživanja odnosa između shizotipalnih osobina ličnosti i Petofaktorskog modela odnosi se na dimenziju Otvorenosti ka iskustvu (Ross et al., 2002). Dok rezultati nekih studija ukazuju na pozitivnu korelaciju između simptoma shizotipalnog poremećaja ličnosti i Otvorenosti ka iskustvu (Coolidge et al., 1994; Wiggins & Pincus, 1989), dotle su druge studije imale poteškoću da repliciraju ove nalaze (Blais, 1997; Cloninger & Svrakic, 1994; Costa & McCrae, 1990; Hyer et al., 1994; Trull, 1992; Yeung et al., 1993). Nedoslednost rezultata u vezi sa Otvorenošću ka iskustvu, može se pripisati razlikama u uzorcima između istraživanja (opšta nasuprot kliničkoj populaciji). Na primer, istraživanja koja su pronašla pozitivnu korelaciju

između shizotipije i Otvorenosti ka iskustvu sprovedena su na studentskim uzorcima (Coolidge et al., 1994; Wiggins & Pincus, 1989), dok su studije kod kojih je replikacija ovih nalaza izostala sprovedene na kliničkom uzorku. U cilju rasvetljavanja odnosa Otvorenosti ka iskustvu i shizotipije grupa autora (Ross et al., 2002) sprovodi istraživanje na 476 ispitanika koji su regrutovani preko uvodnog kursa iz psihologije na Kanadskom univerzitetu. Kao značajni prediktori negativnih simptoma u ovom istraživanju pokazali su se Neuroticizam (+), Ekstraverzija (-), Otvorenost ka iskustvu (-) i Prijatnost (-). Sa druge strane, kao statistički značajni prediktori pozitivnih simptoma shizotipije pokazali su se Neuroticizam (+), Otvorenost ka iskustvu (+) i Prijatnost (-). Kao što se može videti, Otvorenost ka iskustvu u ovoj studiji (Ross et al., 2002), koja je sprovedena na opštoj populaciji, ostvarila je pozitivnu korelaciju sa pozitivnim simptomima shizotipije, ali negativnu povezanost sa negativnim simptomima. Dakle, Otvorenost je na različit način povezana sa različitim dimenzijama shizotipije.

Kao što je već ranije opisano, shizotipija se može posmatrati kao dimenzija koja se nalazi na kontinuumu sa shizofrenijom (Asai, Sugimori, Bando, & Tanno, 2011). Međutim, kontroverza o tome da li se radi o kvazi-dimenzionalnom kontinuumu koji je primenljiv samo na osobe sa shizofrenijom i shizotipijom, ili je u pitanju potpuno dimenzionalni kontinuum koji se odnosi na sve ljude, ostaje nerazrešena. U cilju rasvetljavanja ove dileme istraživači su testirali dva modela u kontekstu bazičnih dimenzija ličnosti. Ako je potpuno dimenzionalni model tačan, onda se dimenzije shizotipije mogu opisati pomoću Petofaktorskog modela koji obuhvata nepatološke osobine ličnosti. Istraživanje koje je sprovedeno na studentnskom uzorku pokazalo je da se sve dimenzije shizotipije mogu veoma dobro objasniti u okviru pet dimenzija modela (Asai et al., 2011). Rezultati su pokazali da postoji negativna korelacija između dezorganizovane dimenzije shizotipije i Savesnosti, pozitivna povezanost između pozitivnih simptoma, Otvorenosti ka iskustvu i Neuroticizma, pozitivna korelacija između negativnih simptoma i Neuroticizma, te negativna korelacija između negativnih simptoma i Ekstraverzije. Rezultati ove studije idu u prilog potpuno dimenzionalnom modelu koji na shizotipiju gleda kao na karakteristiku koju svi ljudi imaju u nekoj meri (Asai et al., 2011). Sa druge strane, autori poput Livesley-a (2007) smatraju da se shizotipalni profil ličnosti ne može objasniti samo bazičnim crtama, već kao neophodne

karakteristike dodaje i smanjeno traganje za stimulusima, afektivnu zaravnjenost i veće socijalno izbegavanje.

Koliko nam je poznato, dosadašnja istraživanja se nisu bavila odnosom između nepatoloških osobina ličnosti i različitih shizotipalnih klastera, niti klastera benigne shizotipije (koji se ne može poistovetiti sa pozitivnom dimenzijom shizotipije jer podrazumeva kombinaciju istovremeno visoko izraženih pozitivnih i nisko izraženih negativnih i dezorganizovanih indikatora). Ovo pitanje je, međutim, veoma važno iz razloga što se mapiranjem nekliničkih crta ličnosti kojima se može opisati klaster benigne shizotipije pruža dodatna empirijska građa za validaciju ovog modela, uz jasnije razumevanje faktora koji eventualno doprinose adaptivnim manifestacijama shizotipalnih doživljaja (kao što su npr. visoka Otvorenost ka iskustvu, Ekstraverzija i tsl).

1.3.5. Shizotipija i kognitivni procesi

Kada su u pitanju kognitivni korelati benigne shizotipije, istraživanja su takođe malobrojna. Sa druge strane, rezultati mnogih studija ukazuju na to da se kod individua sa shizotipalnim karakteristikama mogu registrovati slični kognitivni deficiti kao kod osoba sa shizofrenijom. To se pre svega odnosi na smanjen kapacitet radne memorije, slabiju sposobnost pažnje i pamćenja i manju efikasnost egzekutivnih funkcija. Poznato je, međutim, da su navedene kognitivne funkcije od esencijalnog značaja za uspešno kreativno postignuće, pa se postavlja pitanje da li onda osobe koje spadaju u klaster benigne shizotipije ipak manifestuju veću efikasnost na planu kognitivnog funkcionisanja u poređenju sa osobama koje imaju izraženu shizotipiju, ali spadaju u maladaptivne profile. Da li možda upravo bolja kognitivna efikasnost osobama koje odgovaraju profilu benigne shizotipije potencijalno omogućava veće kreativno postignuće? Mišljenja smo da su ova pitanja veoma važna i da zaslužuju dodatni istraživački angažman u radu koji je pred nama. Sve je više podataka koji govore da su simptomi shizofrenije i povišeni nivoi shizotipalnih osobina ličnosti u opštoj populaciji povezani sa sličnim obrascima deficita u kognitivnom funkcionisanju. Ovi nalazi u skladu su sa potpuno dimenzionalnim pristupom, prema kom shizotipija leži na kontinuumu koji počinje normalnošću, i proteže se ka shizofrenom spektru poremećaja, završavajući se sa shizofrenijom kao konačnom

tačkom (Claridge & Beech, 1995). Dosadašnja istraživanja su poprilično ubedljivo pokazala da je shizofrenija povezana sa različitim manifestacijama kognitivnih deficita na planu viših kognitivnih procesa među kojima se najčešće ističu: generalizovana kognitivna disfunkcija (Fioravanti, Carlone, Vitale, Cinti, & Clare, 2005; Heinrichs & Zakzanis, 1998; Reichenberg & Harvey, 2007), deficiti na planu radne memorije (Haenschel & Linden, 2011; Simonsen et al., 2011; Wood et al., 2003), epizodičke memorije (Reichenberg & Harvey, 2007), egzekutivnih funkcija (Fioravanti et al., 2005; Heinrichs & Zakzanis, 1998; Reichenberg & Harvey, 2007), verbalne fluentnosti (Simonsen et al., 2011), brzine procesiranja informacija (Simonsen et al., 2011) i pažnje (Fioravanti et al., 2005; Heinrichs & Zakzanis, 1998;). Pokazano je da su ovi neurokognitivni deficiti u većoj meri povezani sa prisustvom negativnih i dezorganizovanih simptoma, nego sa pozitivnim simptomima (Basso, Nasrallah, Olson, & Bornstein, 1998; Galderisi et al., 2009; Lindsberg, Poutiainen, & Kalska, 2009; Pantelis, Stuart, Nelson, Robbins, & Barnes, 2001;). Takođe, primećeno je i da se shizotipija u opštoj populaciji povezuje sa blagim kognitivnim deficitima (Mortiz et al., 1999; Noguchi et al., 2008). Pronađena je negativna korelacija između shizotipije i verbalnog IQ-a (Noguchi et al., 2008), pažnje (Chen et al., 1997) i radne memorije (Schmidt-Hansen & Honey, 2009). Slično kao i u istraživanjima koja su se fokusirala na psihozu i shizofreniju, rezultati su pokazali da su kognitivni deficiti u slučaju shizotipije pre povezani sa interpersonalnom i dezorganizovanom, nego sa kognitivno-perceptivnom dimenzijom (Chen et al., 1997; Mortiz et al., 1999; Park & McTigue, 1997). S obzirom na to da je veličina efekta u studijama koje su se bavile kognitivnim deficitima kod shizofrenije srednja do velika, dok je u istraživanjima koja su se fokusirala na shizotipiju veličina efekta mala, može se pretpostaviti da je kognitivno propadanje pre karakteristično za stanje shizofrenije, te da je upravo to značajna definišuća odlika kliničke psihoze (Bora, Yucel, & Pantelis, 2010). Radi detaljnijeg uvida u problematiku, u narednim redovima prikazaćemo rezultate nekih od dosadašnjih istraživanja koja razmatraju odnos shizofrenije i shizotipije sa različitim kognitivnim procesima.

Shizotipija i percepcija. S obzirom na to da su neobična perceptivna iskustva jedna od sržnih karakteristika shizotipije, na ovom mestu važno je osvrnuti se na istraživanja koja razmatraju odnos između shizotipije i percepcije. Istraživanja pokazuju

da su vizuelne abnormalnosti povezane sa shizotipijom evidentne već u ranim fazama procesiranja informacija, počevši sa abnormalnim P1¹⁶ (Bedwell, Chan, Trachik, & Rassovsky, 2013), maskiranjem u nazad¹⁷ (Cappe, Herzog, Herzig, Brand, & Mohr, 2012), lokalizacijom¹⁸ (Richardson & Gruzelier, 1994) i percepcijom dubine (Barbato, Collinson, & Casagrande, 2012). Kompromitovano rano vizuelno procesiranje povezuje se sa generalno povišenim skorovima na merama shizotipije, premda je ova povezanost nešto jača kada su pitanju dezorganizovana i pozitivna dimenzija (Cappe et al., 2012; Richardson & Gruzelier, 1994; Uhlhaas, Phillips, Mitchell, & Silverstein, 2006). Međutim, važno je naglasiti da su zdrave individue sa povišenim skorovima na merama shizotipije sposobne da razviju kompenzatorne mehanizme koji im pomažu da očuvaju netaknutu performansu u širokom spektru zadataka (Koychev, El-Deredy, Haenschel, & Deakin, 2010). Abnormalnosti u oblasti senzornog procesiranja registrovane su i u auditornom domenu. Auditorna nepreciznost povezana je sa povišenom shizotipijom (Lagioia, Van de Ville, Debbane, Lazeyras, & Eliez, 2010), premda su ovi deficiti blagi. Postoje takođe podaci koji nam govore o deficitima na planu olfaktornih i somatosenzornih modaliteta, ali su ovi nalazi manje jasni u odnosu na one koji se odnose na vizuelne i auditivne deficite (Ettinger et al., 2015).

Shizotipija i verbalna fluentnost. Negativno primovanje i verbalna fluentnost su dva kognitivna fenotipa za čiju disfunkciju, kako kod osoba sa dijagnozom shizofrenije, tako i kod onih sa izraženim shizotipalnim karakteristikama, postoje konzistentni nalazi (Cochrane, Petch, & Pickering, 2012). Osobe sa shizofrenijom obično generišu manje odgovora u zadacima verbalne fluentnosti nego kontrolna grupa, pri čemu se pokazalo da su negativni simptomi shizofrenije posebno povezani sa ovim slabijim postignućem (Frith, 1992; Liddle & Morris, 1991). Takođe, pokazalo se da negativni simptomi pozitivno koreliraju sa smanjenom verbalnom fluentnošću kod osoba sa shizotipalnim poremećajem ličnosti (Voglmaier et al., 2000), kao i kod zdravih sibliinga shizofrenih

¹⁶ P1 je EPR komponenta koja se registruje EEG tehnikom. Ova komponenta povezana je sa procesiranjem vizuelnih stimulusa i nalazi se u kategoriji vizuelno evociranih potencijala - VEP (Mangun, 1995).

¹⁷ Procedura kada se ispitaniku nakon izlaganja stimulusa „mete“ u intervalu jednakom ili manjem od 50 ms kratko prezentuje drugi, „maskirajući“ stimulus. Ova paradigma obično rezultira u smanjenoj mogućnosti da se svieno opazi stimulus „meta“ (Breitmeyer & Ögmen, 2006).

¹⁸ Autori su primenili zadatak lokalizacije tačke (eng. dot localization task) koji ispituje vizuelni osećaj/smisao za pravac, na kome osobe sa disleksijom postižu slabe rezultate i koji bi trebalo da je osetljiv na magnocelularnu disfunkciju (Richardson & Gruzelier, 1994).

pacijenata (Franke, Maier, Hardt, & Hain, 1993). Što se tiče relacije između verbalne fluentnosti i shizotipalnih osobina u nekliničkoj populaciji, nalazi su inkonzistentni. U nekim studijama je pronađeno da je redukovana verbalna fluentnost povezana sa povišenim skorovima na negativnoj dimenziji shizotipije, dok veća verbalna fluentnost korelira sa povišenim skorovima na pozitivnoj dimenziji, merenoj upitnikom O-LIFE (Tsakanikos & Claridge, 2005). Međutim, u istraživanju u kom je primenjena klaster analiza, a ne samo skorovi na različitim dimenzijama shizotipije, dobijeni su drugačiji rezultati. Tako je pronađeno da ispitanici koji pripadaju klasterima pozitivne i negativno-dezorganizovane shizotipije ostvaruju slabiju performansu na zadacima verbalne produkcije u poređenju sa grupom niske shizotipije (Ruíz, Barrantes-Vidal, Guitart, & Fañanás, 2008). Pokazalo se da je verbalna produkcija različito povezana sa negativnim i pozitivnim simptomima psihometrijski operacionalizovane shizotipije. Analize su pokazale da je slabija verbalna fluentnost povezana sa povišenim nivoima negativne dimenzije shizotipije, kod ispitanika koji postižu rezultate jednu standardnu devijaciju iznad proseka na skali Introvertne anhedonije. Sa druge strane, ispostavilo se da je povišena verbalna fluentnost povezana sa višim skorovima na dimenziji pozitivne shizotipije, kod ispitanika koji ostvaruju rezultate jednu standardnu devijaciju iznad proseka na skali Neobičnih iskustava (Tsakanikos & Claridge, 2005). Na osnovu datih rezultata, vidimo da povezanost između performanse na zadacima verbalne fluentnosti i shizotipije nije linearna i da se za fluktuacije u verbalnoj produkciji pre može reći da su primarne, a ne sekundarne odlike psihoze. Ovo istraživanje je novo u odnosu na ostala po tome što dobijeni nalazi više podržavaju Meehl-ovu koncepciju, nego potpuno kontinuirani model shizotipije, jer rezultati govore o tome da se kod određenih osoba neki indikatori vulnerabilnosti jasno mogu registrovati i pre razvoja poremećaja do kliničkog nivoa. To bi značilo da doista postoji „klasa“ individua koje su nosioci „markera“ vulnerabilnosti.

Shizotipija i negativno primovanje/latentna inhibicija. Što se tiče negativnog primovanja¹⁹, paradigme kojom se pristupa sposobnostima selektivne pažnje i kognitivne

¹⁹ Negativno primovanje je eksperimentalna procedura putem koje se omogućava merenje inhibitorne kontrole koja je važna za selektivnu pažnju (Tipper, 1985). Zadatak negativnog primovanja sastoji se u tome da se tokom seta primovanja prezentuju dva stimulusa, pri čemu ispitanik treba da se fokusira na jedan stimulus, a drugi da ignoriše. Ako se prethodno ignorisani distraktor u narednom setu prezentuje kao

inhibicije (Tipper, 1985), pokazano je da osobe sa shizofrenijom manifestuju redukovano negativno primovanje, što ukazuje na dezinhibiciju (Beech, Powell, McWilliam, & Claridge, 1989; Minas & Park, 2007; Park, Lenzenweger, Püschel, & Holzman, 1996; Peters et al., 2000;), premda neki autori nisu registrovali ovakve rezultate (Baving, Wagner, Cohen, & Rockstroh, 2001; LaPlante, Everett, & Thomas, 1992). Kada je reč o shizotipiji, čini se da je dezinhibicija na planu negativnog primovanja najpre povezana sa pozitivnom dimenzijom shizotipije (Park et al., 1996; Peters, Pickering, & Hemsley, 1994). Izgleda da su povišeni skorovi na skali perceptivne aberacije posebno povezani sa ovim fenomenom (Chapman, Chapman, & Raulin, 1978). Dodatni koncept koji se često koristi u istraživanjima shizofrenije i shizotipije podrazumeva latentnu inhibiciju (LI)²⁰. Dobro replicirani nalazi pokazuju da osobe sa shizofrenijom koje manifestuju pretežno pozitivne simptome dosledno pokazuju redukovanu LI u poređenju sa kontrolnim subjektima (Kumari & Ettinger, 2010). Istraživanja pokazuju da osobe sa povišenim skorovima na merama pozitivne shizotipije takođe slabije inhibiraju irelevantne stimulse u svrhe novog učenja. (Gray et al., 2002; Gray, Snowden, Peoples, Hemsley, & Gray, 2003).

U jednom novijem istraživanju proveravano je da li se u okviru nekliničke populacije, kod osoba sa izraženom shizotipijom, mogu registrovati slični kognitivni deficiti na zadatku negativnog primovanja i verbalne fluentnosti, kao i kod osoba sa dijagnozom shizofrenog poremećaja. U prvoj studiji u okviru tog istraživanja, pronađeno je da visoki nivoi negativne dimenzije shizotipije predstavljaju značajan prediktor smanjene verbalne fulentnosti, dok visoki nivoi dezorganizovanosti predviđaju redukovano negativno primovanje kod zdravih osoba iz opšte populacije (Cochrane, Petch, & Pickering, 2012). Povišeni skorovi na pozitivnoj dimenziji shizotipije, mereni upitnikom SPQ predviđali su povećano negativno primovanje, dakle, povišenu sposobnost inhibicije, što je nalaz koji odstupa od većine drugih studija u kojima je

stimulus meta, procesiranje tog stimulusa (koji je ranije zahtevao inhibiranje), biće otežano, što će rezultirati u produženom vremenu reakcije (Ettinger et al., 2015).

²⁰ Latentna inhibicija je tehnički termin koji se koristi u oblasti klasičnog uslovljavanja za opis smanjene efikasnosti asocijativnog učenja između ponašanja i stimulusa, kada je taj stimulus prethodno bio prezentovan kao irelevantan i izlagan bez uslovljavanja reakcije. Preciznije, latentna inhibicija se odnosi na fenomen da prethodno izlaganje stimulusa kao irelevantnog ometa naknadno uslovljavanje tog stimulusa. Ova sposobnost inhibiranja asocijativnog učenja predstavlja automatski mehanizam čija je svrha da prevenira preplavljenost informacijama.

pronađena negativna korelacija između ovih varijabli (Park et al., 1996; Peters et al., 1994). U drugoj studiji istih autora, obrazac dobijenih rezultata repliciran je na kliničkom uzorku. Naime, viši nivoi negativnih simptoma značajno su korelirali sa manjom verbalnom fluentnošću, dok su viši nivoi simptoma dezorganizovanosti bili značajno povezani sa redukovanim negativnim primovanjem, tj. smanjenom inhibitornom kontrolom. (Cochrane, Petch, & Pickering, 2012). Autori rezultate svog istraživanja tumače kao podršku modelu kontinuiteta shizofrenije: ne samo što je pokazano da je u opštoj populaciji moguće registrovati osobe koje pokazuju odlike iz shizofrenog spektra, već je takođe pokazano da one koreliraju sa smanjenom kognitivnom efikasnošću prema sličnom obrascu kao i kod psihijatrijskih pacijenata.

Shizotipija i egzekutivne funkcije. U jednom istraživanju koje se bavilo razlikama u efikasnosti egzekutivnih funkcija između studenata koji postižu visoke skorove na merama shizotipije i kontrolne grupe, korišćen je Wiskonsin test sortiranja karata (WCST) koji meri kognitivne funkcije višeg reda, kao što su radna memorija, sposobnost apstakcije, održavanja seta i odgovora na fidbek (Lezak, 1983; Weinberger et al., 1994). Rezultati ovog istraživanja (Gooding, Kwapil, & Tallent, 1999) pokazali su da osobe koje manifestuju shizotipalne crte ostvaruju slabije postignuće na WCST-u zbog otežane inhibitorne kontrole i problema radne memorije, što su nalazi koji su konzistentni i sa rezultatima drugih studija (Lenzenweger & Korfine, 1994; Suhr, 1997). S obzirom na to da su u ovom istraživanju učestvovalе osobe sa izraženom shizotipijom koje su zapravo visoko funkcionalne i koje shodno tome imaju najbolji psihički status, pa i pored toga manifestuju disfunkcije na planu egzekutivnih funkcija, autori zaključuju da obrazac slabijeg postignuća na WCST-u može biti indikator vulnerabilnosti za razvoj shizofrenije i da odslikava kognitivne deficite koji postoje i pre nego što dođe do razvoja poremećaja (Gooding et al., 1999).

Shizotipija i radna memorija. Deficiti na planu radne memorije predstavljaju jednu od ključnih odlika shizofrenije (Lee & Park, 2005; Park & Holzman, 1992), a blaži deficiti registrovani su i kod osoba sa povišenim nivoima pozitivne (Park, Holzman, & Lenzenweger, 1995) i negativne shizotipije (Tallent & Gooding, 1999). Ova povezanost između shizotipije i kompromitovane radne memorije može objasniti neke od problema na planu svakodnevnog funkcionisanja (Ettinger et al., 2015).

Shizotipija i fenomen sporednog učenja. Ovde ćemo navesti i veoma interesantne rezultate koji se tiču sporednog (slučajnog, nenamernog) učenja. U zadacima koji ispituju sporedno učenje testira se stepen pažnje koji je posvećen irelevantnim stimulusima, tako što se kod ispitanika meri sposobnost da se prisete materijala koji nije trebao da se nauči. Nezavisno od toga da li su bile u pitanju spacijalne ili verbalne informacije, individue sa visokim skorovima na merama pozitivne shizotipije imale su višu stopu sporednog učenja, nego osobe sa nisko izraženom shizotipijom (Burch, Hemsley, Corr, & Gwyer, 2006; Jones, Gray, & Hemsley, 1991), što ponovo ukazuje na smanjenu mogućnost inhibicije prodora irelevantnih sadržaja u svest.

Shizotipija i mentalna imaginacija. Mentalna imaginacija se može definisati kao proces aktivnog generisanja, manipulacije i transformacije unutrašnjih reprezentacija (Kosslyn, Thompson, & Ganis, 2006). Ovaj proces je takođe povezan sa halucinatornim aktivnostima, pri čemu je ključna razlika u percipiranom lokusu aktivnosti (Linden et al., 2011). Kada je reč o mentalnoj imaginaciji i reprezentaciji, povišen subjektivni doživljaj živosti mentalne imaginacije na planu vizuelnog i auditivnog modaliteta, registrovan je kod osoba sa dijagnozom shizofrenije, ali i kod individua sa povišenim shizotipalnim odlikama (Beaman & Williams, 2013; Oertel et al., 2009).

Shizotipija i socijalna kognicija. Kada je reč o abnormalnostima na nivou produkcije i obrade jezika, pored neobičnog govora, individue sa povišenom shizotipijom pokazuju atipičnosti u tačnoj produkciji i interpretaciji prenesenog značenja u jeziku, kao što su metafore, ironija (Jahshan & Sergi, 2007; Langdon & Coltheart, 2004), faux pas (Morrison, Brown, & Cohen, 2013) i poslovice (Rapp, Langohr, Mutschler, & Wild, 2014), slično kao što je to slučaj i kod osoba sa shizofrenijom i autizmom. Ovde ćemo spomenuti i odnos shizotipije i socijalnih veština koji je ispitan u jednom istraživanju (Waldeck & Miller, 2000). Osobe sa dijagnozom shizotipalnog poremećaja ličnosti radile su zadatke kojima je ispitivana njihova sposobnost imenovanja emocija u zadatku prepoznavanja, socijalno kompetentnog ponašanja u socijalnom „role play“ zadatku i odabira adekvatne opcije iz višestrukog izbora na meri socijalnog ponašanja. Rezultati su pokazali da osobe sa shizotipalnim poremećajem ličnosti manifestuju značajno slabiju sposobnost imenovanja pozitivnih emocija u poređenju sa sposobnošću imenovanja ostalih emocija. Dalje, ovi ispitanici postizali su značajno lošije rezultate, u poređenju sa

kontrolnom grupom, na zadatku igranja socijalnih uloga. Međutim, obe ove grupe bile su jednake u sposobnosti odabira socijalno adekvatnog ponašanja u vidu višestrukog izbora. Rezultati ovog istraživanja u skladu su sa ostalim nalazima koji sugerišu da osobe sa shizotipalnim poremećajem ličnosti manifestuju neke deficite na planu socijalnih veština slične onima koji se sreću kod shizofrenije (Waldeck & Miller, 2000).

Rezultati mnogih studija sugerišu da subjekti koji postižu povišene skorove na psihometrijski definisanoj „podložnosti psihozi“ pokazuju deficite na planu procesiranja informacija, slične onima koji se sreću kod osoba sa dijagnozom shizofrenije. Malo je, međutim, ovakvih istraživanja koja su sprovedena na kliničkoj populaciji, tj. koja su uključivala pojedince sa shizotipalnim poremećajem ličnosti. U jednom istraživanju, koje je pokušalo da prevaziđe ovaj nedostatak, uključeni su ispitanici iz kliničke populacije (Harvey et al., 1996). Tako su u istraživanju postojale tri grupe: ispitanici sa dijagnozom shizotipalnog poremećaja ličnosti ($N = 29$), zatim ispitanici sa dijagnozom poremećaja ličnosti koji ne pripadaju klasteru A ($N = 33$) i normalni subjekti ($N = 31$). Poređenje ispitanika sa shizotipalnim poremećajem ličnosti, u odnosu na one koji pripadaju drugim klasterima poremećaja ličnosti, je važno kako bi se mogla odrediti specifična uloga shizotipalnih obeležja, naspram drugih psihopatoloških simptoma u kontekstu kognitivnih deficita. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da ispitanici sa shizotipalnim poremećajem ličnosti u poređenju sa neshizotipalnim pacijentima, pod uslovima povećanog perceptivnog opterećenja manifestuju specifičan deficit u funkciji procesiranja informacija – poremećaj u sposobnosti da vrše diskriminaciju između informacija koje su relevantne (targer stimuli) i onih koje to nisu (nontarget stimuli) (Harvey et al., 1996). Neshizotipalni pacijenti nisu deteriorirali u uslovima povećanog perceptivnog opterećenja, što ih u performansu na eksperimentalnim zadacima izjednačava sa kontrolnom grupom. Stoga se nameće zaključak da je deficit povezan sa povećanim opterećenjem u procesiranju informacija specifično karakterističan za shizofreni spektar poremećaja, a ne manifestacija generalne maladaptacije (Harvey et al., 1996).

Studije koje su se bavile istraživanjem kognitivnih sposobnosti u kontekstu različitih shizotipalnih profila, još uvek su retke. Malobrojna istraživanja u kojima je primenjivana klaster analiza sugerišu da su negativne shizotipalne crte povezane sa deficitima na planu egzekutivnih funkcija, pozitivne shizotipalne odlike koreliraju sa

deficitima na planu memorije i pažnje, dok je dezorganizovana dimenzija povezana sa problemima na planu pažnje (Suhr & Spitznagel, 2001). U jednom veoma interesantnom istraživanju koje se bavilo ovim pitanjem, dobijeno je da ispitanici iz klastera kojim dominiraju negativni shizotipalni simptomi ostvaruju najslabije rezultate na WCST-u (Wisconsin Card Sorting Test) koji meri egzekutivne funkcije. Sa druge strane, oni ispitanici koji su ostvarili povišene skorove na svim dimenzijama shizotipije u najvećoj meri su manifestovali neobično socijalno ponašanje, u odnosu na ostale klastere (Suhr & Spitznagel, 2001). Rezultati ovog istraživanja podržavaju hipotezu o povezanosti između deficita na planu egzekutivnih funkcija i negativnih shizotipalnih odlika (Suhr & Spitznagel, 2001).

Kognitivna efikasnost predstavlja faktor od velikog značaja u eksplanaciji fenomena benigne shizotipije. Moguće je da osobe koje imaju neke aspekte shizotipalnih karakteristika usled veće kognitivne efikasnosti ta iskustva uspevaju bolje da sistematizuju u odnosu na osobe sa istim doživljajima, a slabijim kognitivnim funkcionisanjem. Ova hipoteza javlja se i u Modelu deljene vulnerabilnosti (Carson, 2011) prema kom sklonost ka neobičnim iskustvima predstavlja faktor deljene vulnerabilnosti između osoba koje imaju kreativni potencijal i osoba sa mentalnim poremećajem. Bolje kognitivne sposobnosti omogućavaju konstruktivnu transformaciju aberantnih iskustava u kreativni potencijal, dok slabije kognitivne sposobnosti onemogućavaju adaptivno usmeravanje anomalnih iskustava te se javljaju psihopatološki simptomi i mentalni poremećaj (Carson, 2011). Sa druge strane, moguće je da su smetnje u kognitivnom funkcionisanju zapravo posledica izraženijeg nivoa anomalnih iskustava, te osobe kod kojih su prisuni izraženiji psihopatološki simptomi, usled njihove interferencije, imaju slabije postignuće na kognitivnim zadacima. U cilju rasvetljavanja ovih pitanja u našem istraživanju bavićemo se odnosom između različitih shizotipalnih klastera i kognitivne efikasnosti.

1.3.6. Shizotipija i meta-kognicije

Meta-kognicija se može definisati kao proces „mišljenja o mišljenju“ (Flavell, 1979). Različiti autori prepoznali su značaj meta-kognitivnih uverenja u razvoju psihičkih poremećaja. Meta-kognitivna teorija psihopatologije (Wells & Matthews, 1994)

konceptualizuje mehanizame poput brige i maladaptivnih uverenja o sopstvenom mentalnom funkcionisanju kao ključnu komponentu u manifestaciji i održavanju emocionalnih poremećaja. Iako se ovaj model prvobitno fokusirao na anksiozne poremećaje, napravljeni su koraci da se njegova primena proširi i na domen psihotičnih poremećaja. Prema samoreferentnom modelu egzekutivnog funkcionisanja (Wells & Matthews, 1994) vulnerabilnost za psihičke poremećaje povezana je sa „sindromom pažnje i kognicija“ koji karakterišu povišen samo-fokus pažnje, pristrasnosti pažnje, ruminativni stil procesiranja i aktivacija disfunkcionalnih uverenja. Autori ovog modela predviđaju značajnu ulogu meta-kognitivnih uverenja kada je u pitanju vulnerabilnost za mentalne poremećaje i njihovo održavanje. Kada je reč o psihotičnim poremećajima, iz ugla meta-kognitivnog okvira, na pozitivne simptome shizofrenije može se gledati sa dva predominantna stanovišta. Prema prvom (Frith, 1992; Hoffman, 1986) pozitivni simptomi shizofrenije proizilaze iz deficita na planu meta-kognicija povezanih sa neadekvatnom svešću o *doživljaju kontrole* u pogledu misli i postupaka. Doživljaj kontrole (eng. sense of agency) odnosi se na subjektivnu svest osobe o tome da ona inicira, izvodi i kontroliše sopstvene voljne akcije u svetu (Jeannerod, 2003). Ovaj pristup se često opisuje kao „bottom-up“ usled pretpostavke da su pozitivni simptomi prouzrokovani disfunkcijom na planu mehanizama koji u normalnim uslovima olakšavaju identifikaciju doživljaja kontrole. Prema drugom stanovištu (Bentall, 1990; Morrison, 2001), ističe se značaj „top-down“ procesa za javljanje psihotičnih iskustava, kao što su *uverenja i očekivanja* o sebi i svetu putem kojih mogu biti indukovane pristrasnosti koje utiču na interpretaciju dvosmislenih i nejasnih iskustava i događaja (Stirlnig, Barkus, & Lewis, 2007). Za ispitivanje disregulacije meta-kognitivnih procesa često se koristi Uptitnik meta-kognicija (MCQ - Meta-cognitions Questionnaire; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) koji se sastoji od pet dimenzija:

- 1) *Pozitivna uverenja o funkciji brige* obuhvataju opažene prednosti brige,
- 2) *Nekontrolabilnost i opasnost povezane sa brigom i mišljenjem* odnose se na negativne posledice nemogućnosti da se kontrolišu misli,
- 3) *Nedostatak poverenja u sopstveno kognitivno funkcionisanje* podrazumeva manjak poverenja u svoju memoriju i procese pažnje,

- 4) *Negativna uverenja o mislima uopšte, uključujući teme sujeverja, kazne i odgovornosti* odnose se na uverenja o negativnim posledicama koje bi mogle nastupiti u slučaju nemogućnosti da se misaoni procesi drže pod kontrolom i
- 5) *Kognitivna samo-svesnost* koja podrazumeva fokusiranje na svoje misaone procese (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Neka istraživanja pronašla su da osobe sa dijagnozom shizofrenije ostvaruju više skorove u odnosu na zdravu kontrolnu grupu na sve četiri supskale upitnika MCQ, osim na kognitivnoj samo-svesnosti (Baker & Morrison, 1998). U istraživanju koje se bavilo meta-kognicijama kod pripadnika opšte populacije gde su ispitanici na osnovu medijane podeljeni u grupe sa visokom i niskom podložnošću halucinacijama, pronađeno je da se ispitanici koji su podložni halucinacijama značajno razlikuju prema većoj izraženosti kognitivne samo-svesnosti („Obraćam mnogo pažnje na to kako moj um radi“); nekontrolabilnosti/opasnosti („Kada počnem da brinem, ne mogu da prestanem“) i da se marginalno razlikuju na sujeverju, kazni i odgovornosti („Ako ne mogu da kontrolišem brigu i to o čemu brinem se dogodi, to je moja krivica“) (Morrison, Wells, & Northard, 2000). Rezultati jednog istraživanja u kom je ispitivan odnos između shizotipije, meta-kognicija i podložnosti halucinatornim iskustvima ukazuju na to da su doživljaj nekontrolabilnosti misli (i opasnosti koja iz toga proizilazi) i uverenja povezana sa sujeverjem, kaznom i odgovornošću bili najbolji prediktori visoke shizotipije (Stirling, Barkus, & Lewis, 2007). Osobe koje postižu visoke skorove na podložnosti halucinacijama manifestuju izraženije maladaptivne meta-kognitivne obrasce, slične onima koji se sreću kod shizofrenije: visoka shizotipija predviđa procenu niske kontrolabilnosti i negativnih posledica mišljenja (Stirling et al., 2007). Rezultati ovog istraživanja ukazuju na linearni trend povezanosti između podložnosti halucinacijama i meta-kognicija - što je individua podložnija halucinatornim iskustvima, to su izraženija i disfunkcionalna meta-kognitivna uverenja (Stirling et al., 2007). Važno je, međutim, primetiti da je ovo istraživanje sprovedeno na sumacionim skorovima skala shizotipije i da nisu uzeti u obzir različiti shizotipalni klasteri.

Neki autori (Chadwick & Birchwood, 1994) su već pokazali da su uverenja o glasovima značajno povezana sa emocionalnim i bihevioralnim posledicama

halucinatornih iskustava, što sugerišu i druge grupe autora (Morrison, Haddock, & Tarrier, 1995; Wells & Butler, 1997). Morrison (1998) smatra da halucinacije mogu biti posmatrane i kao normalan fenomen, te da je interpretacija takvih iskustava kao nekontrolabilnih i opasnih ono što u stvari najverovatnije uzrokuje distres i disfunkcionalnost. Morrison i saradnici (2000) dalje sugerišu da u osnovi tranzitornog procesa od normalnih ka patološkim halucinatornim iskustvima zapravo leži javljanje negativnih uverenja o halucinacijama. Sličan mehanizam koji podrazumeva pozitivna i negativna uverenja o brizi predstavlja ključnu komponentu modela generalizovanog anksioznog poremećaja (Wells, 1995). Novija istraživanja u oblasti psihotičnog spektra sve više potvrđuju hipotezu da distres i disfunkcionalnost nisu izazivani samim simptomima poremećaja, već da je to pre usled kognitivnih i meta-kognitivnih procena (atribucije i uverenja) o značenju tih simptoma (O'Connor, 2009). Prema ovom autoru, psihotični simptomi se nalaze na kontinuumu sa normalnim iskustvima, pri čemu kognitivna procena u interakciji sa različitim stilovima mišljenja (npr. podložnost fantaziji) zapravo stvara doživljaj da su deluzije i sumanutosti realnost (O'Connor, 2009). U skladu sa ovom pretpostavkom, pokazano je da negativna uverenja o nekontrolabilnosti misli predstavljaju delimičan medijator između osobina ličnosti (kao što su niska Samousmerenost i visoka Samotranscendetnost) i podložnosti halucinatornim iskustvima (Gaweda & Kokoszka, 2013). Drugi autori takođe prepoznaju značaj meta-kognicija pa govore o tome da ukoliko kreativne osobe imaju sklonost ka magijskoj ideaciji ili ka neobičnim perceptivnim iskustvima, interpretacija tih doživljaja na benevolentan način, npr. kao indikatora kreativnosti umesto kao psihopatoloških simptoma, može imati presudnu ulogu u tome da li će ta iskustva biti doživljena kao ugrožavajuća, tj. kao znak „ludila“ ili ne (Carson, 2011). U prilog hipotezi da interpretacija neobičnih doživljaja igra ključnu ulogu u ishodima mentalnog zdravlja idu i rezultati istraživanja koja su pokazala da se intenzivna spiritualna iskustva kod nekih osoba na fenomenološkom nivou nisu mogla razlikovati od psihotičnih doživljaja. Umesto toga, razlike su ležale u interpretaciji i značenju koje je pripisano neobičnim iskustvima i njihovim emocionalnim i bihevioralnim korelatima (Jackson, 1997; Jackson & Fulford, 1997). Prema kognitivnom modelu psihoze, evaluacija iskustava koja su slična psihotičnim i naknadni odgovor na tu procenu, ključni su faktori za javljanje i održavanje distresa povezanog sa psihotičnim

doživljajima (Taylor, Parker, Mansell, & Morrison, 2013). Sledeći kognitivni model psihoze, sprovedeno je istraživanje čiji je cilj bio da se ispita da li manipulacija u proceni anomalnih iskustava kod osoba koje su pod rizikom za razvoj psihoze eventualno može uticati na nivo distresa koji se javlja kao reakcija na neobična iskustava (Taylor et al., 2013). Učesnici koji su iskusili „rizično mentalno stanje“ tokom proteklih godinu dana, randomizirano su raspoređeni u dve grupe. Jedna grupa primila je negativnu, a druga neutralnu informaciju koja je pripisana eksperimentalno proizvedenom neobičnom iskustvu (u pitanju je bio trik sa kartama). Ispitanici su pre i posle zadatka sa kartama popunili upitnike koji mere podložnost ka psihotičnim iskustvima, distres i anksioznost u vezi sa zadatkom. Učesnici su takođe trebali da rangiraju seriju „magijskih“ i „zdravorazumskih“ procena u vezi sa svojim pretpostavkama o tome na koji način trik sa kartama radi. Ispostavilo se da distres i anksioznost u vezi sa zadatkom nisu varirali u zavisnosti od eksperimentalne manipulacije (eksperimentalna manipulacija nije imala statistički značajan efekat). Međutim, kada su svi ispitanici analizirani kao jedna grupa, ispostavilo se da je viši stepen uverenosti u nepsihotičnu procenu povezan sa nižim nivoima distresa i nižom anksioznošću. Rezultati ovog istraživanja pružaju samo parcijalnu podršku vezi između procene anomalnih iskustava i distresa (Taylor et al., 2013).

Pošto iz ugla kognitivnih modela psihoze maladaptivni odgovori na neobične doživljaje igraju ključnu ulogu u održavanju psihotičnih simptoma i sa njima povezanog distresa, definisani su različiti stilovi mogućih odgovora na neobična iskustva: angažovanje, odupiranje i indiferentnost (Chadwick & Birchwood, 1994), odnosno aktivno prihvatanje, odupiranje i pasivno nošenje sa simptomima (Farhall & Gehrke, 1997). Pokazalo se da je pristup aktivnog rešavanja problema, u većoj meri zastupljen kod osoba koje imaju benigna anomalna iskustva i da kod njih postoji veći doživljaj kontrole nad svojim simptomima. Sa druge strane, angažovanje u smislu fokusiranja na simptome, više je zastupljeno među pripadnicima kliničke populacije, pri čemu je doživljaj kontrole nad simptomima kod ovih ispitanika bio manji u poređenju sa prethodnom grupom (Bak et al., 2003).

U veoma značajnoj studiji koju su sprovedeli Ward i saradnici (2013) načinjen je pokušaj da se odgovori na pitanje da li se osobe sa kliničkom psihozom razlikuju od onih

sa benignim neobičnim iskustvima prema interpretaciji aberantnih doživljaja. Pošto je istraživanje Ward-a i saradnika od izuzetne važnosti za naš rad (jedan deo naše istraživačke procedure se oslanja na paradigmu ove studije), u daljem tekstu detaljnije ćemo prikazati ovo istraživanje. U cilju testiranja hipoteze kognitivnih modela psihoze, poređene su procene i stilovi odgovora između ispitanika sa anomalnim iskustvima iz nekliničke i kliničke grupe na dva eksperimentalna zadatka. Osobe sa dugom istorijom povremenih neobičnih iskustava (bez upotrebe psihoaktivnih supstanci) koje nikada nisu bile dijagnostikovane, tretirane ili u kontaktu sa ustanovama koje se bave tretiranjem psihotičnih poremećaja, činile su nekliničku grupu. Ovi ispitanici postizali su značajno više rezultate na merama inteligencije, u većoj meri su imali realizovanu partnersku relaciju i bili zaposleni, u poređenju sa učesnicima iz kliničke grupe. Sa druge strane, skorovi na skalama depresije i anksioznosti bili su značajno viši kod kliničke grupe. U studiji su bila primenjena dva eksperimentalna zadatka. Prvi se sastojao u tome da su ispitanici u sebi trebali da izaberu i zapamte jednu od šest karata za igru koje su bile prezentovane na računaru (bile su izložene samo karte sa likovima). Nakon toga, ispitanicima je rečeno da će karta koju su odabrali biti izmeštena iz špila od strane kompjutera. Dakle, računar će navodno biti u mogućnosti da “pogodi” kartu koju su ispitanici odabrali. U završnoj fazi, ispitanicima je pokazano pet karata, u trajanju od 3 sekunde. Ovaj trik se oslanja na činjenicu da se ljudi fokusiraju na traženje samo one karte koju su odabrali, ne primećujući da su se u drugom navratu zapravo sve karte promenile. Tako je izostala ne samo karta koju je ispitanik zamislio već i sve ostale koje su mu u prvom krugu prikazane. Ovaj zadatak korišćen je kao eksperimentalni analog čitanju misli, koje predstavlja psihotični simptom prvog reda i podrazumeva doživljaj osobe da njene misli nisu u celosti pod njenom ličnom kontrolom i da nisu u potpunosti privatne (ubacivanje misli, oduzimanje misli, čitanje misli i kontrolisanje misli od strane nekog drugog). Drugi eksperimentalni zadatak sproveden je pomoću specijalizovanih računarskih softvera i podrazumevao je paradigmu virtuelnog akustičnog prostora. Data paradigma omogućava percepciju zvukova kao da su ekternalno locirani u prostoru, iako se auditorni stimuli zapravo emituju preko slušalica. Ovaj zadatak predstavlja eksperimentalni analog auditornim halucinacijama, tj. fenomenu ozvučenih misli. Nakon oba zadatka, ispitanici su putem vizuelnih analognih skala odgovarali na pitanja koja su

se odnosila na adaptivne i maladaptivne procene neobičnih iskustava provociranih zadatkom, te na adaptivne i maladaptivne stilove odgovora povezanih sa zadacima. Rezultati su pokazali da klinička grupa, u poređenju sa nekliničkom, zadatak sa kartama procenjuje kao intenzivnije iskustvo, uz izraženiji doživljaj stresa i pretnje. Nisu pronađene statistički značajne razlike u adaptivnim procenama/uverenjima između dve grupe. Međutim, grupa kliničkih ispitanika ostvarila je statistički značajno više rezultate na maladaptivnim procenama, u odnosu na nekliničku grupu. U slučaju zadatka virtuelnog akustičnog prostora, nisu pronađene statistički značajne razlike između grupa u pogledu toga koliko intenzivan utisak je iskustvo ostavilo na njih, koliko im je iskustvo bilo stresno i preteće. Razlike između grupa takođe nisu pronađene ni u pogledu adaptivnih procena, ali se pokazalo da klinička grupa ostvaruje statistički značajno više rezultate u slučaju maladaptivnih procena u vezi sa zadatkom (Ward et al., 2013). Rezultati su takođe pokazali da, u slučaju oba zadatka, ispitanici iz kliničke grupe imaju značajno veću tendenciju ka usvajanju maladaptivnih odgovora, kao što su ruminacije, distrakcije i pasivnost, a manju sklonost ka adaptivnim odgovorima, kao što je decentralizacija iskustva (u formi mindfulness-a ili ponovne procene iskustva). Ukratko, rezultati ove, veoma važne studije pokazali su da klinička grupa ispitanika eksperimentalni zadatak procenjuje kao lično značajniji, intenzivniji, stresniji i u većoj meri preteći. Takođe, ispitanici iz kliničke grupe manifestovali su veću tendenciju ka maladaptivnim stilovima odgovora, dok je neklinička grupa ispitanika pokazala veću tendenciju ka ispoljavanju adaptivnih stilova odgovora (Ward et al., 2013). Ovi nalazi pružaju podršku kognitivnim modelima psihoze i idu u prilog hipotezi prema kojoj procena i uverenja u vezi sa neobičnim unutrašnjim doživljajima, te stilovi odgovora na te doživljaje, igraju značajnu ulogu u tranziciji od pripadnosti nekliničkoj populaciji, do potrebe za psihijatrijskim zbrinjavanjem (Ward et al., 2013). Ono što i dalje ostaje pod znakom pitanja, jeste kauzalni efekat procene i stilova odgovora na tranzitorni proces, s obzirom na činjenicu da je nacrt opisanog istraživanja transverzalne prirode.

Međutim, važno je imati u vidu i druge nalaze, koji dovode u pitanje specifičnost uloge meta-kognicija i ukazuju na mogućnost povezanosti disfunkcionalnih meta-kognitivnih uverenja više sa opštim psihopatološkim statusom, nego sa psihotičnim spektrom iskustava per se. U jednom istraživanju (Brett, Johns, Peters, & McGuire, 2009)

učestvovala su četiri grupe ispitanika: 27 osoba sa dijagnozom psihotičnog poremećaja, 32 osobe koje zadovoljavaju kriterijume za „mentalna stanja pod rizikom“, 24 osobe sa iskustvima koja su slična psihotičnim, ali koje nemaju potrebu za psihijatrijskim zbrinjavanjem i 32 zdrava volontera iz opšte populacije. Ispitanici sa dijagnozom psihotičnog poremećaja, kao i oni koji se nalaze u rizičnom mentalnom stanju ostvarili su povišene rezultate na većini supskala upitnika meta-kognicija, posebno na onoj koja se odnosi na negativna uverenja o mislima. Međutim, sve razlike su prestale da budu statistički značajne, kada su se simptomi anksioznosti i depresije držali pod kontrolom. Distres povezan sa anomalnim iskustvima značajno je korelirao sa supskalom koja obuhvata negativna uverenja o mislima. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da su meta-kognitivna uverenja (merena upitnikom MCQ) više povezana sa izraženim generalnim psihopatološkim simptomima (anksioznosti i depresije) kod psihotične populacije i populacije pod rizikom, nego sa samim prisustvom psihotičnih simptoma i distresa u vezi sa tim simptomima (Brett et al., 2009).

Koliko je nama poznato, ni jedno istraživanje do sada nije se bavilo povezivanjem modela benigne shizotipije sa meta-kognicijama. Stoga smatramo da je vredan cilj našeg rada pružanje odgovora na pitanje o tome da li postoje razlike u meta-kognitivnim obrascima između osoba koje odgovaraju profilu zdrave shizotipije i osoba sa izraženim shizotipalnim karakteristikama koje imaju lošije ishode mentalnog zdravlja. Čini se da meta-kognicije predstavljaju varijable koje bi potencijalno mogle imati važnu ulogu u javljanju adaptivnih i maladaptivnih ishoda shizotipalnih dispozicija. Tragajući za odgovorom na ovo pitanje, u našem istraživanju bavićemo se relacijom između različitih shizotipalnih obrazaca i meta-kognitivnih faktora.

1.3.7. Shizotipija i sredinski/socijalni faktori

Shizotipija i rani faktori rizika. Postoji povećano interesovanje za razumevanje uloge psihosocijalnih faktora i sredinskih činilaca koji su od značaja za vulnerabilnost, nastanak, način manifestovanja i tok psihoze (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001; van Os, Kenis, & Rutten, 2010). Identifikovani socijalni i sredinski faktori koji zauzimaju važno mesto u razvoju shizofrenije su mnogobrojni. Oni uključuju

prenatalne komplikacije, te komplikacije pri rođenju kao što su: infekcije (Brown, 2006; Stober, Schwartz, McDaniel, & Abrams, 1997), nutritivni deficiti (St Clair et al., 2005; Markham & Koenig, 2011), stres kod majke tokom trudnoće (Markham & Koenig, 2011), hipoksija kod novorođenčeta (Cannon et al., 2000) i starija dob roditelja pri začeću (Malaspina et al., 2001; Petersen, Mortensen, & Pederson, 2011). Neki od faktora rizika koji se takođe često navode su izloženost traumatskim iskustvima tokom detinjstva (Lardinois, Lataster, Mengelers, van Os, & Myin-Germeys, 2011), migracija i pripadnost manjinskim/marginalnim grupama (Morgan, Charalambides, Hutchinson, & Murray, 2010), kao i infekcija tokom detinjstva (Rantakallio, Jones, Moring, & von Wendt, 1997). Slični sredinski i socijalni faktori rizika navode se i kada su u pitanju anomalna iskustva koja se povezuju sa shizotipijom. U jednoj longitudinalnoj studiji (Zammit et al., 2009) koja je uključivala praćenje 6 356 dece, pronađeno je da su „iskustva nalik psihotičnim“ povezana sa komplikacijama tokom trudnoće i porođaja. Ove komplikacije uključuju infekciju majke, prisustvo dijabetesa kod majke, te potrebu za psihološkom intervencijom nakon porođaja. Dodatno, shizotipalna anomalna iskustva iz pozitivnog spektra povezana su sa psihološkom traumom tokom detinjstva (Lovatt, Mason, Brett, & Peters, 2010; Steel, Marzillier, Fearon, & Ruddle, 2009), urbanom sredinom (Scott et al., 2009), te sa pripadnošću manjinskim grupama (Morgan et al., 2009). Pokazalo se da je razvod roditelja povezan sa simptomima shizotipalnog poremećaja ličnosti (Anglin, Cohen, & Chen, 2008). Međutim, još uvek su deficitarna istraživanja koja su se bavila relacijom između roditeljskog razvoda i shizotipije u opštoj populaciji. Zbog toga će u ovom radu taj odnos biti podrobnije ispitan.

Shizotipija i upotreba kanabisa. Što se tiče odnosa između shizotipije i upotrebe marihuane, studija sprovedena na velikom studentskom uzorku pokazala je da česta upotreba kanabisa korelira kako sa pozitivnim, tako i sa negativnim „nekliničkim“ psihotičnim iskustvima koja nisu direktna posledica zloupotrebe (Skinner, Conlon, Gibbons, & McDonald, 2011). Prisustvo pozitivne korelacije između upotrebe marihuane i shizotipije potvrđeno je u mnogim studijama (Barkus & Lewis, 2008; Cohen, Buckner, Najolia, & Stewart, 2011; Compton, Chien, & Bollini, 2009; Esterberg, Goulding, McClure-Tone, & Compton, 2009). Dostupna literatura, takođe, sugeriše da upotreba kanabisa, kao i prisustvo shizotipalnih crta ličnosti, predstavljaju faktore rizika za razvoj

shizofrenije tokom života (Dumas, Lemay, & Dauwalder, 2001). Postoje istraživanja koja pokazuju da osobe sa visokim skorovima na pozitivnoj dimenziji shizotipije manifestuju veću stopu upotrebe psihoaktivnih supstanci u odnosu na kontrolnu grupu (Kwapil, 1996). Slični nalazi dolaze i iz studije Williams-a i saradnika (1996), čiji rezultati su pokazali da visoko izražene shizotipalne odlike u dobroj meri diskriminišu one ispitanike koji su koristili kanabis, od onih koji nisu nikada. Osim toga, pronađeno je da raniji početak upotrebe kanabisa korelira sa češćim doživljajem pozitivnih shizotipalnih simptoma (Skinner et al., 2011; Stefanis et al., 2002). U jednom istraživanju (Dumas et al., 2001) koje se bavilo ispitivanjem povezanosti između upotrebe kanabisa i shizotipalnih obeležja ličnosti, ispitano je 232 zdrava studenta, starosti od 18 do 25 godina. Ispitanici su bili podeljeni u tri grupe – one koji nikada nisu koristili kanabis, one koji su bivši korisnici ili su ga koristili povremeno i subjekte koji su bili redovni korisnici. Ispitanici koji su bili bivši, povremeni i redovni korisnici kanabisa ostvarivali su statistički značajno više skorove na upitniku za merenje shizotipalnih crta ličnosti (SPQ) i na skali magijske ideacije, u poređenju sa grupom ispitanika koji nisu nikada koristili kanabis. Ispostavilo se da je povezanost između shizotipije i upotrebe kanabisa nezavisna od prisustva depresije i anksioznosti (Dumas et al., 2001).

Shizotipija i stilovi afektivne vezanosti. Kada su u pitanju rani sredinski uticaji na razvoj ličnosti, pa samim tim i faktori koji doprinose razvoju shizotipalnih crta ili pak poremećaja iz psihotičnog spektra, kao pogodan okvir za proučavanje ove problematike nameće se teorija afektivne vezanosti. Ova teorija može ponuditi koristan kontekst za analizu načina na koji interpersonalne traume i stresna iskustva iz perioda detinjstva utiču na stvaranje vulnerabilnosti za psihozu. Stoga je važno ispitati ulogu nesigurnih stilova afektivne vezanosti u putanji od ranih relacionih maladaptivnih odnosa, do razvoja simptoma iz psihotičnog spektra, i u krajnjoj liniji, psihotičnog poremećaja. Na temeljima Bolbijeve teorije afektivnog vezivanja (1988) Bartholomew (1990) razvija model individualnih razlika u stilu afektivnog vezivanja u odrasloj dobi. Autor razlikuje četiri stila afektivne vezanosti na osnovu dve dimenzije – modela selfa (dimenzija anksioznosti) i modela drugih (dimenzija izbegavanja). Negativan model selfa obuhvata viđenje sebe kao manje vredne osobe, ekscesivnu potrebu za bliskošću i odobravanjem, te intenzivan strah od odbacivanja od strane značajnih drugih. Negativan model drugih

podrazumeva viđenje drugih kao nedostupnih, nepouzdatih i nepodržavajućih, jaku preferenciju ka oslanjanju na sebe i izraženi osećaj diskomforta u bliskim interpersonalnim odnosima. Interakcija između ove dve dimenzije rezultira u četiri tipa afektivne vezanosti: *sigurna afektivna vezanost* (pozitivna slika sebe i pozitivna slika drugih), *preokupirani-anksiozni stil* (negativna slika sebe, pozitivna slika drugih), *otpisujući-izbegavajući* (pozitivna slika sebe, negativna slika drugih) i *strašljivi-izbegavajući stil* (negativna slika sebe i negativna slika drugih) (Bartholomew & Horowitz, 1991). U istraživanjima koja su se bavila relacijom stilova afektivne vezanosti i shizotipije dobijeni su nedosledni rezultati. Na nekliničkim uzorcima pronađena je povezanost između preokupiranog stila i pozitivne dimenzije shizotipije, odnosno izbegavajućeg stila i pozitivne i negativne dimenzije shizotipije (Wilson & Costanzo, 1996). Međutim, drugi autori su dobili dosta drugačije rezultate – izbegavajući stil bio je povezan samo sa negativnim aspektima shizotipije, dok je preokupirani stil korelirao kako sa pozitivnim, tako i sa negativnim aspektima (Tiliopoulos & Goodall, 2008). Drugi autori izveštavaju o tome da je preokupirani stil najviše povezan sa pozitivnom dimenzijom shizotipije, dok je izbegavajući stil korelirao samo sa negativnim aspektima shizotipije (Berry, Band, Corcoran, Barrowclough, & Wearden, 2007). Takođe, pokazano je da preokupirani stil afektivne vezanosti predviđa sumnjičavost/paranoidnost, dok i preokupirani i izbegavajući stil predviđaju negativne shizotipalne crte (Meins, Jones, Fernyhough, Hurndall, & Koronis, 2008). U jednoj kros-kulturalnoj studiji koja se bavila odnosom između shizotipije i stilova afektivne vezanosti u odraslom dobu (Sheinbaum, Bedoya, Ros-Morente, Kwapil, & Barrantes-Vidal, 2013) obuhvaćen je veliki uzorak mladih odraslih ispitanika iz nekliničke populacije, sa španske i američke teritorije. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da postoji statistički značajna povezanost između preokupiranog stila i pozitivne dimenzije shizotipije, otpisujućeg stila i negativne shizotipije i strašljivog stila sa obe dimenzije (Sheinbaum et al., 2013). Slični rezultati dobijeni su na oba poduzorka, što predstavlja nalaz koji ukazuje na kros-kulturalnu univerzalnost i konzistentnost ovih obrazaca (Sheinbaum et al., 2013).

2. EMPIRIJSKI DEO

2.1. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Može se reći da je u dosadašnjoj literaturi prisutan relativno ograničen broj studija koje su se bavile potencijalno adaptivnim aspektima shizotipije (Tuchman, 2012). Stoga je cilj našeg istraživanja da se obogati korpus emirijskih nalaza vezanih za hipotezu o „benignoj shizotipiji“. Osnovni problem ovog rada odnosi se na pitanje da li je shizotipija, kako se to uglavnom tradicionalno smatra, nužno povezana sa psihopatologijom i disfunkcionalnošću, ili pak postoje osobe koje i pored prisustva nekih shizotipalnih karakteristika imaju zadovoljavajući, pa čak i visok nivo blagostanja, uz prisustvo kreativnosti, adaptivnih osobina ličnosti i kognitivne efikasnosti? Preciznije, izdvojićemo tri osnovna problema našeg istraživanja:

1. Kakav je odnos potencijalno benignih manifestacija shizotipije sa indikatorima blagostanja i kreativnosti? Za potpunije razumevanje benigne shizotipije nisu dovoljni samo nalazi koji ukazuju na to da osobe koje odgovaraju ovom profilu imaju manju šansu da razviju teže psihopatološke simptome. Da bismo bili sigurni da se zaista radi o sklopu shizotipalnih odlika koji, ne samo da nema izražen psihopatološki potencijal, već je povezan i sa indikatorima blagostanja (te je stoga opravdan epitet „zdrava“ shizotipija), potrebno je takođe proveriti kakve rezultate osobe sa ovakvim profilom ostvaruju na indikatorima mentalnog zdravlja. Stoga se prvi problem kojim će se ovo istraživanje baviti tiče ispitivanja odnosa između potencijalno adaptivnog sklopa shizotipije sa korelatima mentalnog zdravlja; preciznije subjektivnog i psihološkog blagostanja, kao i sa adaptivnim karakteristikama poput kreativnosti i otvorenost ka iskustvu.

2. Koji su to sredinski i dispozicioni korelati potencijalno benignog shizotipalnog sklopa koji bi eventualno mogli imati važnu ulogu u povoljnim ishodima mentalnog zdravlja kod osoba sa ovakvim karakteristikama? Drugi problem kojim će se ovo istraživanje baviti tiče se traganja za varijablama koje bi mogle biti eventualni kandidati za protektivne faktore koji potencijalno igraju važnu ulogu u povoljnijim ishodima mentalnog zdravlja u slučaju benigne shizotipije. Koji su to personalni, kognitivni i sredinski korelati koji se mogu sresti kod nekih shizotipalno disponiranih

osoba koje imaju pozitivne (ili barem manje štetne) ishode mentalnog zdravlja, jedno je od centralnih pitanja ovog rada.

3. Kakva je preferencija meta-kognitivnih strategija i obraszaca kod osoba koje manifestuju karakteristike potencijalno benigne shizotipije? Treći problem istraživanja tiče se traganja za korelatima u vidu mogućih mehanizama putem kojih bi se dodatno mogli objasniti eventualni povoljniji ishodi mentalnog zdravlja kod osoba koje odgovaraju profilu benigne shizotipije. Preciznije, postoje li razlike u meta-kognitivnim aspektima, tj. načinu interpretacije i evaluacije anomalnih iskustava i magijskih uverenja između osoba koje spadaju u domen benigne shizotipije i drugih osoba sa izraženim shizotipalnim crtama, koje imaju lošiji status mentalnog zdravlja.

Koliko nam je poznato, do sada nije sprovedeno ni jedno istraživanje koje je model benigne shizotipije sistematski povezal sa sredinskim, personalnim, kognitivnim i meta-kognitivnim varijablama kao potencijalno relevantnim faktorima koji eventualno mogu imati značajnu ulogu u adaptivnim ishodima mentalnog zdravlja kod individua koje bi se mogle okarakterisati kao „srećni shizotipi“.

2.2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ovo istraživanje imaće nekoliko specifičnih ciljeva. Neki od njih se odnose na replikaciju rezultata dobijenih u dosadašnjim radovima i tiču se povezanosti benigne shizotipije sa indikatorima psihološkog blagostanja i kreativnosti. Drugi ciljevi se tiču proširivanja korpusa saznanja o konceptu benigne shizotipije putem eksploracije sredinskih, personalnih, kognitivnih i meta-kognitivnih činilaca, kao faktora koji imaju potencijalno značajnu ulogu u adaptivnim ishodima povezanih sa zdravom shizotipijom.

- Prvi cilj našeg istraživanja biće eksploracija različitih shizotipalnih obrazaca u opštoj populaciji na osnovu izraženosti različitih dimenzija shizotipije, putem klaster analize, te određivanje grupe ispitanika koji prema svojim obeležjima najviše odgovaraju potencijalno benigno shizotipiji.

- Drugi cilj je da se proveri postoje li razlike između klastera koji u najvećoj meri odgovara benignoj shizotipiji i ostalih dobijenih klastera u nivou izraženosti različitih psihopatoloških simptoma i dimenzija psihološkog blagostanja.
- Treći cilj istraživanja je ispitivanje razlika između klastera potencijalno benigne shizotipije i ostalih klastera, prema izraženosti tendencije ka kreativnom ponašanju i sposobnosti divergentnog mišljenja.
- Četvrti cilj istraživanja je da se proveri da li se klaster potencijalno benigne shizotipije razlikuje u odnosu na ostale klasterne prema nekim značajnim biografskim i socio-demografskim karakteristikama.
- Peti cilj istraživanja je „skiciranje profila ličnosti“ kako klastera potencijalno benigne shizotipije, tako i ostalih dobijenih klastera, u prostoru opštih crta iz modela ličnosti Velikih pet.
- Šesti cilj odnosi se na proveru da li postoje razlike između klastera benigne shizotipije i ostalih shizotipalnih klastera u kognitivnoj efikasnosti, odnosno na merama radne memorije, verbalne fluentnosti i korelatima egzekutivnih funkcija.
- Sedmi cilj ovog istraživanja biće da se proveri da li osobe koje spadaju u klaster potencijalno benigne shizotipije pokazuju adaptivnije meta-kognitivne strategije u odnosu na ostale shizotipalne profile.

2.3. HIPOTEZE

H1: Na osnovu rezultata dosadašnjih istraživanja sprovedenih na nekliničkoj populaciji pretpostavljamo da će se izdvojiti sledeći klasteri shizotipije:

1. *niska shizotipija* (niski skorovi na svim dimenzijama shizotipije)
2. *pozitivna shizotipija* (povišeni skorovi samo na kognitivno-perceptivnoj dimenziji; ovaj profil se najčešće identifikuje kao profil benigne shizotipije)
3. *negativna shizotipija* (visoki skorovi samo na interpersonalnom faktoru, tj. socijalnoj anhedoniji)
4. *visoka shizotipija* (povišeni skorovi na svim dimenzijama shizotipije)

H2: Pretpostavljamo da će osobe koje pripadaju klasteru pozitivne, tj. potencijalno benigne shizotipije ostvariti statistički značajno bolje rezultate na korelatima mentalnog zdravlja, u odnosu na profil negativne i visoke shizotipije, ali ne i u odnosu na „kontrolnu“ grupu sa nisko izraženom shizotipijom.

H3: Očekuje se da će ispitanici koji pripadaju grupi pozitivne, tj. potencijalno benigne shizotipije manifestovati statistički značajno manje psihopatoloških simptoma u odnosu na grupu visoke i negativne shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster niske shizotipije.

H4: Očekuje se da će klaster pozitivne shizotipije ostvariti statistički značajno veće postignuće na meri ekstraverzije u poređenju sa klasterima negativne i visoke shizotipije, ali se ne očekuju statistički značajne razlike u odnosu na klaster niske shizotipije.

H5: Klaster pozitivne shizotipije manifestovaće statistički značajno niži neuroticizam u poređenju sa klasterom negativne i visoke shizotipije. Ne očekuju se statistički značajne razlike između klastera pozitivne i klastera niske shizotipije u izraženosti neuroticizma.

H6: Klaster pozitivne shizotipije manifestovaće veću prijatnost u poređenju sa klasterima negativne i visoke shizotipije, ali se ne očekuju statistički značajne razlike na meri prijatnosti između klastera pozitivne i niske shizotipije.

H7: Klaster pozitivne shizotipije imaće statistički značajno izraženiju sklonost ka savesnosti u odnosu na klaster visoke shizotipije, ali se ne očekuje statistički značajna razlika između klastera pozitivne i klastera niske shizotipije u tendenciji ka savesnosti.

H8: Klaster pozitivne shizotipije pokazaće statistički značajno veću otvorenost ka iskustvu u poređenju sa klasterima negativne i niske shizotipije. Neće biti statistički značajne razlike između klastera pozitivne i klastera visoke shizotipije na otvorenosti ka iskustvu.

H9: Pretpostavljamo da će osobe koje pripadaju klasteru pozitivne shizotipije manifestovati statistički značajno veću sklonost ka apsorpciji u odnosu na klaster niske i negativne shizotipije, ali se ne očekuju statistički značajne razlike u odnosu na klaster visoke shizotipije.

H10: Klaster pozitivne shizotipije manifestovaće statistički značajno bolje postignuće na zadatku divergentne produkcije, u odnosu na klaster negativne i niske shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster visoke shizotipije. Isti trend se očekuje i u slučaju tendencije ka kreativnom ponašanju.

H11: Očekuje se da će osobe koje pripadaju klasteru pozitivne shizotipije ostvariti statistički značajno bolji uspeh na zadacima koji mere raspon kratkoročnog pamćenja u odnosu na klaster negativne i visoke shizotipije, ali ne i u poređenju sa klasterom niske shizotipije.

H12: Klaster pozitivne shizotipije ostvariće statistički značajno bolje postignuće na zadacima koji mere perceptivnu brzinu i egzekutivne funkcije u odnosu na klaster negativne i visoke shizotipije. Neće biti registrovane statistički značajne razlike između klastera pozitivne i klastera niske shizotipije na ovim zadacima.

H13: Pripadnici klastera pozitivne shizotipije ostvariće statistički značajno bolje postignuće na zadatku fonemske fluentnosti u odnosu na klaster negativne i niske shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster visoke shizotipije.

H14: Očekujemo da će kod osoba koje pripadaju klasteru pozitivne shizotipije dominirati siguran stil afektivne vezanosti, kao što se to očekuje i kod osoba koje nemaju izražene shizotipalne karakteristike, dok će kod osoba iz klastera negativne i visoke shizotipije u većoj meri biti zastupljeni obrasci nesigurne vezanosti.

H15: Očekuje se da će osobe koje pripadaju grupi pozitivne shizotipije manifestovati statistički značajno manje negativnih emocionalnih iskustava iz perioda detinjstva, kao i

traumatskih iskustava, u odnosu na klaster negativne i visoke shizotipije, dok se neće statistički značajno razlikovati u odnosu na klaster niske shizotipije.

H16: Klaster pozitivne shizotipije izveštavaće o manje podataka vezanih za hereditet psihičkih tegoba u poređenju sa klasterom negativne i visoke shizotipije.

H17: U grupi pozitivne shizotipije biće registrovana manja frekvencija obraćanja za pomoć u vezi sa psihičkim tegobama u poređenju sa klasterima negativne i visoke shizotipije.

H18: U okviru klastera pozitivne shizotipije biće registrovana veća tendencija ka upotrebi psihoaktivnih supstanci, duvana i alkohola u odnosu na klaster niske shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster visoke i negativne shizotipije.

H19: Ispitanici iz klastera pozitivne shizotipije manifestovaće veću tendenciju ka religioznosti i spiritualnosti u odnosu na klaster niske shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster visoke i negativne shizotipije.

H20: Klaster pozitivne shizotipije manifestovaće veću tendenciju ka konstruktivnim, a manju tendenciju ka nekonstruktivnim meta-kognicijama i bihevioralnim odgovorima u vezi sa neobičnim iskustvima u odnosu na klaster negativne i visoke shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster niske shizotipije.

2.4. UZORAK

Uzorak u istraživanju činili su studenti Filozofskog i Prorodno-matematičkog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu, a istraživanje je sprovedeno u dve faze.

2.4.1. Inicijalni uzorak

U prvom delu istraživanja učestvovalo je ukupno 775 ispitanika, prosečne starosti $M = 20.49$ godina (Min = 18, Max = 44, $SD = 2.35$). Od ukupnog broja ispitanika, 650 je

ženskog pola (83.9%), dok je 125 ispitanika muškog pola (16.1%). Kao mesto prebivališta 69.2% ispitanika navodi grad, njih 9.7% navodi varoš, a 21.2% selo. Dalje, 48.6% ispitanika su bili studenti prve godine, 22.2% druge, 16.9% treće, 7.2% četvrte i 5% pete godine fakulteta. U Tabeli 1 prikazana je struktura ispitanika koji su činili inicijalni uzorak prema studijskim grupama i godini studija.

Tabela 1

Prikaz strukture ispitanika koji su učestvovali u prvoj fazi istraživanja prema studijskim grupama i godini studija

Fakultet	Odsek/departman	Frekvencija i procenat ispitanika prema godini studija					Ukupna frekvencija i procenat u uzorku	
		I	II	III	IV	V		
Filozofski fakultet	Anglistika	32 100%	0	0	0	0	32 4.13%	
	Filozofija	2 14.29%	12 85.71%	0	0	0	14 1.81%	
	Pedagogija	55 50.46%	54 49.54%	0	0	0	109 14.06%	
	Psihologija	79 36.07%	71 32.42%	65 29.68%	1 0.46%	3 1.37%	219 28.26%	
	Romanistika	0	0	14 100%	0	0	14 1.81%	
	Slavistika	0	0	0	19 100%	0	19 2.45%	
	Sociologija	37 100%	0	0	0	0	37 4.77%	
	Srpska književnost	48 78.69%	13 21.31%	0	0	0	61 7.87%	
	Srpski jezik	52 100%	0	0	0	0	52 6.71%	
	Srpski u kontaktu	11 57.89%	8 42.11%	0	0	0	19 2.45%	
	PMF	Biologija	1 6.67%	1 6.67%	0	9 60%	4 26.67%	15 1.94%
		Dvopredmetna nastava	0	0	0	0	1 100%	1 0.13%
		Fizika	0	5 100%	0	0	0	5 0.65%
		Gastronomija	7 100%	0	0	0	0	7 0.9%
Geografija		11 39.29%	1 3.57%	0	11 39.29%	5 17.86%	28 3.61%	
Hemija		0	0	8 61.54%	2 15.38%	3 23.08%	13 1.68%	
Hotelijerstvo		5 100%	0	0	0	0	5 0.65%	

	Informatika	2	1	1	3	2	9
		22.22%	11.11%	11.11%	33.33%	22.22%	1.16%
	Matematika	0	4	36	6	3	49
			8.16%	73.47%	12.24%	6.12%	6.32%
	Matematika i informatika	0	2	5	3	0	10
			20%	50%	30%		1.29%
	Turizam	33	0	0	0	18	51
		64.71%				35.29%	6.58%
Ostalo	Dramaturgija	1	0	0	0	0	1
		100%					0.13%
	Filmska i tv kamera	0	0	1	0	0	1
				100%			0.13%
	ne navodi	1	0	1	2	0	4
		25%		25%	50%		0.52%
Ukupno							775
							≈100%

2.4.2. Uzorak u drugoj fazi istraživanja

U drugom delu istraživanja ukupno je učestvovao 181 ispitanik. U pitanju su bili studenti iz prve faze koji su nakon sprovedene klaster analize i utvrđene pripadnosti određenim klasterima bili pozvani putem e-maila i pristali da učestvuju u drugom delu istraživanja. Procedura selekcije ispitanika za učešće u drugoj fazi studije biće detaljno opisana u poglavlju Postupak. Prosečna starost ispitanika u drugom delu istraživanja iznosi 20.09 godina (Min = 18, Max = 36, $SD = 2.19$). Od ukupnog broja ispitanika 158 je ženskog pola (87.3%), dok je 23 muškog pola (12.7%). Dalje, 68% ispitanika bili su studenti prve godine, 13.8% druge, 12.7% treće, 5% četvrte i 0.6% pete godine studija. U Tabeli 2 dat je prikaz strukture ispitanika koji su učestvovali u drugoj fazi istraživanja prema studijskim grupama i godini studija.

Tabela 2

Prikaz strukture ispitanika koji su učestvovali u drugoj fazi istraživanja prema studijskim grupama i godini studija

Fakultet	Odsek/departman	Frekvencija i procenat ispitanika prema godini studija					Ukupna frekvencija i procenat u uzorku
		I	II	III	IV	V	
Filozofski fakultet	Anglistika	6	0	0	0	0	6
		100%					3.31%

PMF	Filozofija	1	3	0	0	0	4
		25%	75%				2.21%
	Pedagogija	21	5	0	0	0	26
		80.77%	19.23%				14.36%
	Psihologija	42	10	10	0	0	62
		67.74%	16.13%	16.13%			34,25%
	Romanistika	0	0	4	0	0	4
				100%			2.21%
	Slavistika	0	0	0	4	0	4
					100%		2.21%
	Sociologija	18	0	0	0	0	18
		100%					9.94%
	Srpska književnost	13	1	0	0	0	14
		92.86%	7.14%				7.73%
	Srpski jezik	11	0	0	0	0	11
		100%					6.08%
	Srpski u kontaktu sa mađarskim/slovačkim	6	4	0	0	0	10
		60%	40%				5.52%
	Biologija	0	0	0	1	0	1
					100%		0.55%
Gastronomija	1	0	0	0	0	1	
	100%					0.55%	
Hemija	0	0	3	0	0	3	
			100%			1.66%	
Hotelijerstvo	1	0	0	0	0	1	
	100%					0.55%	
Informatika	0	0	0	2	0	2	
				100%		1.1%	
Matematika	0	2	6	2	1	11	
		18.18%	54.55%	18.18%	9.09%	6.08%	
Turizam	3	0	0	0	0	3	
	100%					1.66%	
<hr/>							
Ukupno							181
							≈100%

2.5. INSTRUMENTI

U prvoj fazi istraživanja ispitanici su odgovorili na pitanja o bazičnim socio-demografskim podacima i popunili su tri upitnika: Skraćeni revidirani upitnik za procenu shizotipalne ličnosti (SPQ-BR), Skalu socijalne poželjnosti (SSP) i supskalu Psihotičnih simptoma sa upitnika PDSQ.

Skraćeni revidirani upitnik za procenu shizotipalne ličnosti (Shizotypal Personality Questionnaire – Brief Revised; SPQ-BR: Cohen, Matthews, Najolia, & Brown, 2010). Za merenje shizotipije primenjen je upitnik SPQ-BR. Imajući u vidu činjenicu da je ovaj instrument na našim prostorima nov i da kod nas, koliko nam je

poznato, do sada još uvek nije primenjivan, u narednim redovima predstavice nešto detaljnije razvojni put ovog upitnika, kao i neke njegove najvažnije psihometrijske karakteristike. Početkom 90-tih godina XX veka konstruisan je Upitnik za procenu shizotipalne ličnosti SPQ (Shizotypal Personality Questionnaire; Raine, 1991) koji se sastoji od 74 ajtema binarnog tipa (tačno/netačno). Stavke instrumenta obuhvataju širok spektar simptoma zasnovanih na definiciji shizotipalnog poremećaja ličnosti prema dijagnostičkom priručniku DSM-III. Instrument je pokazao adekvatnu pouzdanost i konvergentnu validnost (Raine, 1991; Reynolds, Raine, Mellingen, Venables, & Mednick, 2000), međutim, dužina ovog upitnika udaljava ga od nosioca titule „idealnog instrumenta“ kada je u pitanju kontekst u kom postoji potreba za brzim skriningom (Raine & Benishay, 1995). Usled toga, razvijena je skraćena verzija ovog upitnika (Shizotypal Personality Questionnaire – Brief; SPQ-B; Raine & Benishay, 1995). SPQ-B razvijen je kao skraćena mera shizotipije i čine je 22 binarne stavke iz originalnog upitnika, koje pokrivaju tri domena: kognitivno-perceptivni, dezorganizovani i interpersonalni. Iako je SPQ-B korišćen u brojnim istraživanjima, inicijativa u vezi sa ovim instrumentom počela je da opada usled nekoliko razloga (Cohen et al., 2010). Pre svega, u više studija zapažene su visoke interkorelacije između ajtema koji pripadaju različitim supskalama (Axelrod, Handfield-Jones, & Welsh, 2001; Aycicegi, Dinn, & Harris, 2005; Compton, Chien, & Bollini, 2007; Mata, Mataix-Cols, & Peralta, 2005), pri čemu je interna konzistentnost manja od idealne ($< .70$) za faktor Dezorganizovanosti i Kognitivno-perceptivni faktor (Aycicegi et al., 2005; Compton et al., 2007; Mata et al., 2005). Dalje, faktorsko-analitičke studije pružile su samo ograničenu podršku za trofaktorsko rešenje (Cohen et al., 2010). Konačno, postoje istraživanja koja ukazuju na to da Interpersonalni faktor zapravo obuhvata dve dimenzije - socijalnu anhedoniju i socijalnu anksioznost, koja nije uključena u ovu skraćenu verziju upitnika (Cohen et al., 2010). Usled svega navedenog Cohen i saradnici sprovedi su eksplorativnu i konfirmativnu faktorsku analizu kako bi ispitali i kreirali Skraćeni revidirani upitnik shizotipalne ličnosti (Shizotypal Personality Questionnaire – Brief Revised; SPQ-BR; Cohen, et al., 2010) koji predstavlja novu skraćenu varijaciju originalnog upitnika SPQ. Autori su ovaj instrument razvili sa ciljem da se uvede nekoliko važnih poboljšanja u odnosu na SPQ-B. Primenom Likertove skale (umesto binarnog tipa ajtema) autori su

imali nameru da poboljšaju senzitivnost upitnika, uz vođenje računa o internoj konzistentnosti, te da prošire pokrivenost domena shizotipalnih manifestacija uključivanjem dimenzije socijalne anksioznosti, pri čemu se vodilo računa o minimiziranju preklapanja među faktorima upitnika. Dodatni cilj bio je da se demonstrira konstrukt validnost upitnika pomoću uključivanja indikatora subjektivnog i objektivnog kvaliteta života (Cohen et al., 2010). Studija je rezultirala sedmofaktorskim rešenjem (Ideje odnosa/Sumnjičavost, Čudno ili ekscentrično ponašanje, Zaravnjen afekat/Odsustvo bliskih prijatelja, Neobičan govor, Socijalna anksioznost, Neobična perceptivna iskustva, Čudna uverenja/Magijsko mišljenje). Iako autori navode da ove supskale nisu međusobno redundantne, konfirmatorna faktorska analiza pokazala je da trofaktorska i četvorofaktorska struktura višeg reda najbolje „fituju“ podatke, što je u skladu sa većinom drugih dosadašnjih istraživanja (Cohen et al., 2010). Prema trofaktorskoj strukturi višeg reda, izdvajaju se Interpersonalni, Dezorganizovani i Kognitivno-perceptivni faktor, dok se prema četvorofaktorskoj strukturi Interpersonalni faktor može razdvojiti na faktor Socijalne anksioznosti i faktor Zaravnjenog afekta/Odsustva bliskih prijatelja (Cohen et al., 2010). I trofaktorska i četvorofaktorska struktura višeg reda pokazuju podjednako dobro fitovanje podataka (za trofaktorski model $\chi^2 = 820.9$, CFI = 93, RMSEA = .04, $p < .01$, dok za četvorofaktorski model $\chi^2 = 817.37$, a ostali pokazatelji su isti kao i u trofaktorskom modelu). Pouzdanost za svih sedam supskala je dobra i kreće se od $\alpha = .70$ do $\alpha = .86$. Instrument SPQ-BR sastoji se od 32 stavke Likertovog tipa i ima obećavajuća psihometrijska svojstva u odnosu na svoje „prethodnike“. Supskala koja pokriva kognitivno-perceptivne simptome sastoji se od 14 stavki (npr. „*Da li verujete u vidovitost (paranormalne moći, proricanje budućnosti)?*“, „*Često čujem glas koji izgovara naglas moje misli.*“), supskala koja obuhvata interpersonalne indikatore ima 10 stavki (npr. „*Teško mi je da budem emotivno blizak/bliska sa drugim ljudima.*“, „*Osećam se veoma neprijatno u socijalnim situacijama u kojima ima nepoznatih ljudi.*“, „*Retko se smejem i osmehujem.*“), a supskala koja se odnosi na dezorganizovanost sastoji se od 8 ajtema (npr. „*Ja sam čudna, neobična osoba.*“, „*Kada pričam, ponekad skačem brzo sa jedne teme na drugu.*“). U prethodno sprovedenoj pilot studiji na domaćem uzorku ($N = 218$), u kojoj je primenjena srpska verzija upitnika SPQ-BR, pouzdanost celog instrumenta izražena Kronbahovim

alfa koeficijentom je visoka i iznosi .90 (Novakov, Laketić i Milinković, 2016). Na uzorku u ovom istraživanju pouzdanost celog instrumenta izražena Kronbahovom alfa takođe je odlična i iznosi .91. Preciznije, za Kognitivno-perceptivnu dimenziju, pouzdanost je dobra ($\alpha = .84$), supskala koja meri Interpersonalnu dimenziju odlikuje se takođe dobrom pouzdanošću ($\alpha = .87$), što je slučaj i sa supskalom Dezorganizovanosti ($\alpha = .83$).

Skala socijalne poželjnosti SSP (Reynolds, 1982). Za ispitivanje tendencije ka davanju socijalno poželjnih odgovora primenjena je skraćena verzija Marlowe-Crowne skale socijalne poželjnosti (MC-SDS: Crowne & Marlowe, 1960) prema Reynolds-u (1982). Socijalna poželjnost se može definisati kao tendencija osobe ka projektovanju pozitivne slike o sebi u kontekstu socijalne interakcije (Johnson, Fendrich, & Hubbell, 2002). Marlowe-Crown skala socijalne poželjnosti predstavlja jedan od najčešće korišćenih instrumenata za merenje ovog konstrukta (Johnson et al., 2002). Originalna verzija ove skale sastoji se od 33 ajtema u binarnoj formi (tačno/netačno). Stavke opisuju prihvatljiva, ali malo verovatna ponašanja i slabo prihvatljiva/neprihvatljiva, ali verovatna ponašanja (Johnson et al., 2002). Originalna verzija upitnika ima visoku internu konzistentnost, $\alpha = .88$ i test-retest pouzdanost, $r = .89$, a konstrukt validnost originalne skale takođe je adekvatna (Crowne & Marlowe, 1960; Robinson, Shaver, & Wrightsman, 1991). U dosadašnjim studijama pokazano je da socijalno poželjno odgovaranje ostvaruje značajnu umerenu negativnu korelaciju sa simptomima iz shizofrenog spektra. To se najbolje vidi iz nalaza samih autora ove skale, koji su pronašli da ukupan skor na skali socijalne poželjnosti značajno negativno korelira sa Sc skalom sa MMPI-a, $r = -.40$ (Crowne & Marlowe, 1960). Kako bismo efekat socijalno poželjnog odgovaranja mogli da držimo pod kontrolom, u testovnu bateriju uvedena je Skala socijalne poželjnosti (SSP), skraćena verzija originalne skale MC-SDS. Kratka forma skale razvijena je na osnovu odgovora 608 studenata koji su popunjavali originalnu verziju upitnika. U istraživanju su zadate tri skraćene verzije; sa 11, 12 i 13 ajtema, gde se forma sa 13 ajtema pokazala kao najbolja zamena za originalnu skalu (Reynolds, 1982). Ispitanici na datih 13 stavki treba da odgovore sa tačno ili netačno, a veći skor ukazuje na veće prisustvo tendencije ka socijalnoj poželjnosti. Pouzdanost skraćene

verzije ovog instrumenta na zagrebačkom studentskom uzorku iznosi .66 (Mirjanić i Milas, 2011). U drugom istraživanju na hrvatskom studentskom uzorku pouzdanost SSP iznosi .73 (Burušić, Milas i Rimac, 2003). Pouzdanost skale na uzorku u našem istraživanju je prihvatljiva i iznosi $\alpha = .67$.

Supskala psihotičnih simptoma sa upitnika PDSQ (Zimmerman, 2002). Ova mera primenjena je u cilju detektovanja prisustva psihotičnih procesa. PDSQ (The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire) je samoopisni upitnik koji je osmišljen kao skrining instrument za mentalne poremećaje prema DSM-IV klasifikacionom sistemu (American Psychiatric Association, 1994). Upitnik je razvijen u cilju procene simptoma poremećaja sa Ose I koji se najčešće susreću u kliničkoj praksi, tako da bude kongruentan sa dijagnostičkom nomenklaturom. Kompletan instrument se sastoji od 125 stavki tipa da/ne. Upitnik obuhvata 13 supskala koje pokrivaju sledeće poremećaje: depresiju, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaje ishrane, opsesivno-kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, psihozu, agorafobiju, socijalnu fobiju, zloupotrebu alkohola, zloupotreba droga, generalizovani anksiozni poremećaj, somatizacioni poremećaj i hipohondrijazu. Ukupni skor na ovom upitniku može poslužiti kao generalna mera psihopatologije (Zimmerman & Mattia, 2001). Procenjeno je da prosečna interna konzistentnost instrumenta iznosi .85, prosečna test-retest pouzdanost iznosi .81, a prosečan koeficijent validnosti je oko .64 (Zimmerman & Mattia, 2001). U prvom delu našeg istraživanja primenjena je samo supskala koja se odnosi na psihotične poremećaje. Ova supskala sastoji se od 6 ajtema koji mere prisustvo različitih psihotičnih simptoma kao što su doživljaj da osobu neko posmatra, špijunira, da je u opasnosti, da ima posebne moći koje drugi ljudi nemaju, da je kontroliše neka spoljašnja sila, ili pak da čuje glasove ili vidi stvari koje drugi ljudi ne čuju/ne vide. Sva pitanja se odnose na period tokom poslednje dve nedelje i prezentovana su u binarnoj formi – da/ne. Na uzorku u našem istraživanju pouzdanost ove supskale izražena alfa koeficijentom je prihvatljiva i iznosi .57²¹.

²¹ Niža pouzdanost supskale najverovatnije je posledica činjenice da je istraživanje sprovedeno na nekliničkom uzorku gde su psihotični simptomi retki, a varijabilitet nizak.

U drugoj fazi istraživanja primenjena je sledeća baterija instrumenata: Upitnik o socio-demografskim i biografskim podacima, Lista kritičnih ajtema sa upitnika PDSQ, Inventar velikih pet (BFI), Tellegen-ova skala apsorpcije (TAS), Kontinuum mentalnog zdravlja – kratka forma (MHC-SF), Biografski inventar kreativnog ponašanja (BICB), zadatak fonemske fluentnosti, supstest Brojevi sa testa VITI, Test pravljenja traga (TMT), zadatak upotrebe stvari, zadatak alternativnih znakova i konačno zadatak sa simbolima i „magičnom“ kuglom, odnosno zadatak sa kartama, za ispitivanje meta-kognitivnih uverenja.

Upitnik o socio-demografskim i biografskim podacima. Za ispitivanje demografskih i ličnih podataka ad hoc je konstruisan Upitnik o socio-demografskim i biografskim podacima. Upitnik je pretežno podrazumevao pitanja sa ponuđenim odgovorima, ali i nekoliko pitanja ovorenog tipa, a sastojao se od šest celina. U prvom delu, obuhvaćeni su podaci u vezi sa *dobijanjem bodova za učešće u istraživanju* u okviru predispitnih aktivnosti. Ovaj deo podrazumevao je informacije o nazivu odseka, broju indeksa, godini studija i nazivu predmeta iz kog se dobija bod. Drugi segment upitnika odnosio se na *osnovne lične podatke* koji su obuhvatali pitanja o polu i starosti ispitanika, radnom statusu, postojanju emotivne veze, sa kim su ispitanici odrastali, sa kim trenutno žive, te procenu ekonomskog statusa. Treći blok pitanja obuhvatao je podatke o *emocionalnim odnosima i detinjstvu*. U ovoj grupi nalazila su se pitanja o stilu afektivne vezanosti, opisi obrazaca ponašanja majke i oca, status među vršnjacima u detinjstvu, prisustvo svađa, teškog fizičkog kažnjavanja i fizičkog maltretiranja ispitanika/drugih osoba unutar porodice, loš uticaj na samopoštovanje unutar porodice i maltretiranje van porodice. Četvrti blok pitanja odnosio se na podatke o *navikama ispitanika*, odnosno o konzumiranju cigareta, alkohola i psihoaktivnih supstanci. Peti blok pitanja obuhvatao je informacije o *životnoj istoriji psihičkih tegoba*, tj. o ranijem obraćanju za pomoć psihologu, psihoterapeutu ili psihijatru, prepisivanju psihofarmaka, postojanju herediteta za psihičke tegobe i izloženosti traumatskim događajima tokom života. Poslednji deo upitnika bio je namenjen ispitivanju *stavova vezanih za religioznost i duhovnost*. Sve varijable ovog upitnika su kategorijalne prirode, na nominalnom nivou merenja. Upitnik je u celosti prikazan u Prilogu 21.

Lista kritičnih ajtema sa upitnika PDSQ (The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire; PDSQ: Zimmerman, 2002). Za merenje generalne tendencije ka ispoljavanju psihopatoloških simptoma primenjena je Lista kritičnih ajtema sa upitnika PDSQ koji je u prethodnom tekstu detaljnije opisan. Lista kritičnih ajtema predstavlja sažetu verziju upitnika PDSQ, sačinjenu od skupa stavki koje su od krucijalne važnosti za skrining simptoma različitih mentalnih poremećaja prema klasifikaciji DSM-IV. Kompletna Lista kritičnih ajtema sastoji se od 45 stavki tipa da/ne koje pokrivaju ključne aspekte 13 poremećaja obuhvaćenih punom verzijom instrumenta. Za potrebe druge faze ovog istraživanja sa Liste kritičnih ajtema iz upitnika PDSQ izuzeto je 6 stavki koje se odnose na psihotične simptome. Na ovaj korak odlučili smo se iz razloga što je supskala psihotičnih simptoma već bila zadata u prvoj fazi istraživanja i ostvaruje statistički značajnu korelaciju sa shizotipijom, $r = .522$, $p < .001$, kriterijumom prema kom su formirane grupe ispitanika od interesa za ovo istraživanje. Stoga se čini da bi ponovno zadavanje supskale psihotičnih simptoma bilo redundantno, te smo odlučili da je u drugom delu istraživanja isključimo. Tako su simptomi koji su obuhvaćeni listom kritičnih ajtema bili sledeći: depresija, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji ishrane, opsesivno-kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija, socijalna fobija, zloupotreba alkohola, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, generalizovani anksiozni poremećaj, somatizacioni poremećaj i hipohondrija. Ukupan skor na ovom upitniku poslužio je kao generalna mera psihopatologije koja ne obuhvata psihotični spektar. Pouzdanost instrumenta na uzorku u ovom istraživanju je dobra i iznosi .82

Inventar velikih pet (The Big Five Inventory; BFI: John, Donahue, & Kentle, 1991). Opšte osobine ličnosti merene su upitnikom BFI koji se sastoji od 44 kratko i jednostavno formulisane stavke. Indikatori crta ličnosti koje sadrži ovaj upitnik odabrani su na osnovu ekspertske procene (Čolović, Smederevac i Mitrović, 2014). Upitnik meri pet osobina proizašlih iz modela Velikih pet dimenzija ličnosti: Ekstraverziju, Neuroticizam, Prijatnost, Savesnost i Otvorenost ka iskustvu (Goldberg, 1993). Velikih pet dimenzija ličnosti nisu nastale iz teorijskog okvira, već su dobijene kao rezultat leksičke studije i predstavljaju empirijski zasnovan fenomen. Do njih se došlo tako što je

primenjena faktorska analiza kako bi se ispitalo na koji način međusobno koreliraju različiti opisi osobina ljudi prisutni u jeziku. Dati rezultati oslanjaju se uglavnom na američku i zapadno-evropsku populaciju, a istraživanja koja proveravaju kros-kulturalnu univerzalnost ovih osobina ličnosti još uvek su u toku (Srivastava, 2016). Na američkim i kanadskim uzorcima pouzdanost upitnika BFI uglavnom varira od .75 do .90, pri čemu prosečna vrednost Kronbahove alfe iznosi oko .80. Test-retest pouzdanost u periodu od tri meseca varira od .80 do .90, dok je prosečna test-retest pouzdanost .85 (John & Srivastava, 1999). Dokazi o validnosti ovog instrumenta dolaze nam od dobrih konvergentnih i divergentnih relacija sa drugim instrumentima koji mere Velikih pet osobina ličnosti (John & Srivastava, 1999). U okviru upitnika BFI odgovori ispitanika na 44 stavke prezentovani su na petostepenoj Likertovoj skali i kreću se od 1 što znači „uopšte se ne slažem“ do 5 sa značenjem „potpuno se slažem“. Na srpskoj populaciji u prethodnim studijama, pouzdanost za različite supskale kretala se od $\alpha = .72$ za supskalu Prijatnost, do .80 za supskalu Otvorenost (Čolović, Smederevac i Mitrović, 2014). Pouzdanost celog instrumenta na našem uzorku u ovom istraživanju iznosi .78. Preciznije, Kronbahov α koeficijent pouzdanosti za supskalu Ekstraverzija iznosi .85, za skalu Prijatnost .77, za Savesnost .79, za Neuroticizam .81 i konačno za Otvorenost ka iskustvu koeficijent pouzdanosti je .83.

Tellegen-ova skala apsorpcije (Tellegen Absorption Scale; TAS: Tellegen, 1982). Tellegen i Atkinson (1974) predložili su hipotezu prema kojoj ljudi variraju na dimenziji ličnosti koja je nazvana apsorpcija i koja se može definisati kao tendencija osobe da se potpuno apsorbuje u mentalnu imaginaciju, posebno fantaziju, uz podložnost ka izmenjenim stanjima svesti. Ova dimenzija ličnosti predstavlja dobru osnovu za razumevanje iskustava poput estetskih doživljaja, *flow-a*²², intrinzičke motivacije, te mentalnih stanja euforije, ispunjenosti i zadovoljstva, podstaknutih samoaktualizujućim aktivnostima (Wild, Kuiken, & Schopflocher, 1995). Konstrukt koji je veoma srodan apsorpciji jeste dimenzija ličnosti Otvorenost ka iskustvu koja podrazumeva kapacitet osobe da bude otvorena i iskustveno involvirana u različite životne aktivnosti i oblasti

²² Flow je mentalno stanje koje podrazumeva doživljaj potpune involviranosti, fokusiranosti i uživanja tokom procesa realizacije neke aktivnosti. Tvorac ovog termina je Mihály Csíkszentmihályi (1990).

(Coan, 1974; Fitzgerald, 1966; Kris, 1952; Schachtel, 1959). Otuda ne čude brojni nalazi koji pokazuju da apsorpcija pozitivno korelira sa merama Otvorenosti (Glisky, Tataryn, Tobias, Kihlstrom, & McConkey, 1991; McCrae & Costa, 1985); u jednom istraživanju ta korelacija iznosi .64 (Wild et al., 1995). Telegenova skala apsorpcije (Tellegen, 1982) inicijalno je konstruisana kako bi se omogućilo merenje karakteristika ličnosti povezanih sa hipnotičkom osetljivošću/podložnošću (Tellegen & Atkinson, 1974; Wild et al., 1995). Instrument se sastoji od 34 stavke sa četvorostepenom skalom Likertovog tipa na kojoj se odgovori kreću od „skoro nikad“ do „uvek“. Stavke obuhvataju sklonost ka doživljajima kao što su mistična iskustva, izmenjena stanja svesti, sklonost ka krosmodalnim iskustvima poput sinestezije i sl. Psihometrijska evaluacija instrumenta ukazuje na to da je skala suštinski jednodimenzionalna (Tellegen, 1982; Waller & Reise, 1989). Pouzdanost instrumenta je dobra, na šta nam ukazuje visina koeficijenta Kronbahove alfe, koja iznosi .86 (Wild et al., 1995). Skala apsorpcije pripada širem upitniku MPQ, koji je razvio Tellegen (1982) u skladu sa svojom teorijom ličnosti. Rezultati prethodnih studija na domaćoj populaciji pokazali su da pouzdanost Tellegen-ove skale apsorpcije iznosi $\alpha = .82$ (Mitrović i Smederevac, 2007). Na našem uzorku u ovom istraživanju pouzdanost skale izražena Kronbahovim α koeficijentom je odlična i iznosi .93, a korelacija između apsorpcije i Otvorenosti ka iskustvu iznosi $r = .415, p < .001$.

Kontinuum mentalnog zdravlja – kratka forma (The Mental Health Continuum – Short Form; MHC-SF: Keyes et al., 2008). U tradiciji empirijskog proučavanja mentalnog zdravlja mogu se jasno prepoznati dva distinktivna koncepta – subjektivno blagostanje koje podrazumeva prisustvo pozitivnog afekta i zadovoljstva, te eudamonističko, odnosno psihološko blagostanje, koje podrazumeva dobro funkcionisanje na interpersonalnom i intrapersonalnom nivou. Oba koncepta smatraju se ključnim za potpuno razumevanje prirode mentalnog zdravlja (Keyes, 2005). Pristup koji uspešno integriše komponente hedonističkog i eudamonističkog blagostanja je Keyes-ov model pozitivnog mentalnog zdravlja (Keyes, 2002). Keyes-ov model podrazumeva tri komponente koje se sastoje od nekoliko elemenata (Jovanović, 2015):

- **emocionalno blagostanje** koje se odnosi se na prisustvo pozitivnih emocija i zadovoljstvo životom
- **psihološko blagostanje** koje podrazumeva šest elemenata blagostanja prema Ryff-ovoj (1989): samoprihvatanje, pozitivni odnosi sa drugima, autonomija, životni smisao, vladanje okruženjem i lični rast
- **socijalno blagostanje** obuhvata socijalnu koherentnost, socijalno prihvatanje, socijalnu aktualizaciju, socijalni doprinos i socijalnu integrisanost.

Instrument koji je inicijalno korišćen za merenje pozitivnog mentalnog zdravlja prema Keyes-ovom modelu bio je upitnik pod nazivom Kontinuum mentalnog zdravlja – dugačka forma (Mental Health Continuum – Long Form; MHC-LF: Keyes, 2002, 2005). S obzirom na to da se ova verzija upitnika sastoji od 40 stavki, javila se potreba za kraćom formom instrumenta. Tako je razvijen upitnik Kontinuum mentalnog zdravlja – kratka forma (Mental Health Continuum – Short Form; MHC-SF: Keyes et al., 2008). Ovaj upitnik sastoji se od 14 stavki koje su odabrane kao ajtemi sa najvećom face validnošću, tj. kao stavke koje najbolje opisuju svaki element unutar tri komponente blagostanja (Jovanović, 2015). Preciznije, supskala emocionalnog blagostanja obuhvata tri stavke – dve za pozitivne emocije i jednu koja se odnosi na zadovoljstvo životom. Supskala psihološkog blagostanja sastoji se od šest stavki, a supskala socijalnog blagostanja obuhvata pet ajtema, pri čemu obe supskale sadrže po jedan ajtem za svaku od teorijski predviđenih faceta (Jovanović, 2015). Usled jasne teorijske utemeljenosti i multidimenzionalnosti ovog instrumenta, može se reći da on danas predstavlja jednu od najpopularnijih mera blagostanja i veoma je često korišćen u oblasti pozitivnog mentalnog zdravlja (Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014). Ispitanici za svaku stavku treba da navedu koliko često su se osećali na određen način tokom poslednjih mesec dana. Odgovori se kreću od „*nikad*“ preko „*jednom ili dvaput*“, „*otprilike jednom nedeljno*“, „*otprilike dva do tri puta nedeljno*“, pa sve do „*skoro svaki dan*“ i „*svaki dan*“. Rezultati se mogu analizirati u vidu tri odvojena skora za emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje, ali i u vidu jedinstvenog sumacionog skora koji može predstavljati generalnu meru blagostanja. U prethodnim validacionim studijama sprovedenim na srpskom uzorku, pouzdanost izražena hijerarhijskim omega koeficijentom (ω_h) iznosi .81

za studentski uzorak i .83 za uzorak odraslih ispitanika (Jovanović, 2015). Na našem uzorku u ovom istraživanju, pouzdanost celog instrumenta izražena Kronbahovim alfa koeficijentom je dobra i iznosi .90. Preciznije, pouzdanost supskale emocionalnog blagostanja prema Kronbahovoj alfi iznosi .83, pouzdanost supskale koja meri psihološko blagostanje je .85, a pouzdanost supskale socijalnog blagostanja iznosi .75.

Biografski inventar kreativnog ponašanja (Biographical Inventory of Creative Behaviours; BICB: Batey, 2007). Ovaj instrument predstavljen je u formi ček-liste i sastoji se od 34 stavke koje opisuju različite oblike kreativnog ponašanja iz vrlo širokog spektra oblasti. Zadatak ispitanika je da označe one aktivnosti kojima su se bavili tokom poslednjih 12 meseci. Pošto su stavke ovog instrumenta formulisane prema dosta širokom konceptu shvatanja kreativnosti, sadržajem upitnika nisu obuhvaćena samo umetnička ili naučna postignuća, već i svakodnevne aktivnosti, poput onih iz oblasti socijalne kreativnosti (liderstvo, koučing i mentorski rad), baštovanstva, kulinarstva i td. Od ispitanika se očekuje da označe samo one aktivnosti kojima su se bavili u poslednjih 12 meseci, pa ajtemi ovog instrumenta odgovaraju principu prisilnog izbora, odnosno da/ne formi odgovora. Ukupan broj označenih aktivnosti predstavlja sumacioni skor koji ispitanik postiže na Inventaru kreativnog ponašanja. Sumacioni skor na ovom upitniku kreće se u rasponu od 0 do 34, a instrument nema supskale. Neke od aktivnosti koje su obuhvaćene stavkama odnose se na pisanje priče, poezije, dizajniranje i pravljenje tekstilnih produkata, redizajniranje enterijera, osnivanje kluba, udruženja ili grupe, crtanje/slikanje, pravljenje fotografija, pravljenje skulpture, objavljivanje članka, osmišljavanje sopstvenog recepta za hranu, pravljenje kratkog filma, web-sajta, formulisanje teorije za objašnjavanje nekog fenomena, osmišljavanje igre ili neke druge forme zabave, komponovanje muzičkog dela, osmišljavanje plesne koreografije, dizajniranje i uređivanje bašte, gluma, osmišljavanje šale, držanje govora i td.

Zadatak fonemske fluentnosti. Termin egzekutivne funkcije odnosi se na one sposobnosti koje omogućavaju osobi da odredi ciljeve, formuliše nove i korisne strategije kako bi te ciljeve ostvarila, da prati, bude fleksibilna i adaptira se na različite okolnosti tokom dužeg vremenskog perioda (Machado et al., 2009). Smatra se da je za ove funkcije

zadužen frontalni režanj (Alvarez & Emory, 2006; Duke & Kaszniak, 2000; Kipps & Hodges, 2005; Lamar, Zonderman, & Resnick, 2002; Mcneil & Goldstein, 2003). Za merenje egzekutivnih funkcija, neki autori (Lezak, 1995; Spreen & Strauss, 1998), između ostalog, predlažu i zadatak verbalne fluentnosti. Verbalna fluentnost najpre zahvata sposobnost ažuriranja (Sako, Miyazaki, Izumi, & Kaji, 2014), a ostvaruje visoku korelaciju i sa fluidnom inteligencijom (Roca et al., 2012). Postoje dve vrste zadataka verbalne fluentnosti: *semantička* i *fonemska*. U zadatku semantičke fluentnosti subjekti treba da u okviru ograničenog vremenskog perioda navedu što više reči koje pripadaju određenoj kategoriji (životinje, voće), dok se u zadatku fonemske fluentnosti od ispitanika očekuje da navedu što više reči koje počinju na određeno slovo (Machado et al., 2009). Zadatak fonemske fluentnosti pokazuje osetljivost za funkcije frontalnog režnja, a posebno prefrontalne leve oblasti (Alvarez & Emory, 2006; Benton, Hamsher, Rey, & Sivan, 1994; Lamar et al., 2002; Ruff, Light, Parker, & Levin, 1997; Sarno, Postman, Cho, & Norman, 2005; Tombaugh, Kozak, & Rees, 1999; Vilkki & Holst, 1994). U okviru engleskog govornog područja, najpoznatiji zadatak fonemske fluentnosti je FAS test, koji se sastoji od izgovaranja reči koje počinju na slovo F, A i S. Pošto je FAS test formulisan prema učestalosti reči koje počinju na data slova u engleskom jeziku, srpska verzija ovog zadatka je drugačija i podrazumeva foneme S, K i L (Pavlović, 2003). Ovi fonemi su odabrani jer u srpskom jeziku imaju najveću frekvencu, tj. najveći broj reči u našem jeziku počinje na ova slova.

U zadatku fonemske fluentnosti ispitanici dobijaju instrukciju da navedu što više reči koje počinju na slovo S, K i L tokom 60 sekundi za svako slovo posebno. Prilikom nabiranja reči, od ispitanika se traži da ne navode imena ljudi ili mesta (npr. Snežana, Sombor i sl.), kao ni reči sa istim korenom, kojima se varira samo nastavak (npr. rad, radnik, radnica i td.). Postignuće na zadatku fonemske fluentnosti izraženo je kroz ukupan broj tačnih odgovora za sva tri slova. Tačni odgovori u našem istraživanju bili su određeni prema sledećim pravilima:

- sve reči koje počinju na zadato slovo, a nalaze se u referentnom rečniku domaćih reči i izraza koji je korišćen za potrebe ovog istraživanja (Rečnik srpskohrvatskog književnog jezika, 1990) bile su bodovane kao tačni odgovori

- sve reči stranog porekla koje počinju na zadato slovo i aktivno se koriste u okviru srpskog jezika, a nalaze se u referentnom rečniku stranih reči i izraza (Veliki rečnik stranih reči i izraza, 2010) takođe su bodovane kao tačni odgovori
- reči koje počinju na zadato slovo i koje su veoma široko rasprostranjene u svakodnevnom govoru (uključujući i pojedine „žargone” s obzirom na to da je populacija ispitanika u ovom istraživanju mlada), a ne nalaze se u referentnom rečniku srpskohrvatskog jezika, takođe su priznate kao tačni odgovori.

U slučaju da su ispitanici sami korigovali svoje pogrešne odgovore tokom testiranja, to nije smatrano greškom. Ukupan skor podrazumevao je samo tačne/ispravne odgovore. Greškama su smatrani sledeći odgovori:

- *lična imena i imena geografskih pojmova* (kao što je u samoj instrukciji zadatka napomenuto, ispitanici ne treba da navode lična imena ili imena mesta/geografskih pojmova)
- *intruzije* (kada je data adekvatna reč, ali za pogrešno slovo u datom trenutku)
- *perseveracije* (ista reč koja se ponavlja dva ili više puta)
- *derivacije* (navođenje reči koja varira u rodu, broju, padežu i sl.)
- *neologizmi* (reči koje se ne mogu pronaći ni u referentnom rečniku domaćih reči, niti u referentnom rečniku stranih izraza, a čije značenje je i u neformalnom kontekstu nepoznato)
- *složenice*, tj. kompozitne reči (reči nastale sažimanjem dve reči npr. kiša + braniti - kišobran), ali samo u slučaju ako je prethodno samostalno navedena reč koja čini prvi deo u složenici (npr. ako je prethodno već navedena reč kiša).

Brojevi sa VITI-a (Berger, Marković i Mitić, 1994). Za merenje radne memorije, pažnje i koncentracije primenjen je suprest Brojevi sa Vekslerovog individualnog testa inteligencije – VITI (Berger et al., 1994). Suprest Brojevi smatra se merom kratkoročnog verbalnog pamćenja i raspona pažnje za verbalne informacije (Groth-Marnat, 2003). Ovaj suprest smatra se takođe merom kapaciteta radne memorije – kognitivne funkcije koja obezbeđuje privremeno skladištenje i manipulaciju

informacijama u svesti (Baddeley, 1990; 1992). Prema modelu Baddeley-a i Hitch-a (1974) radna memorija se sastoji od tri podsistema – *fonološke petlje* (zadužene za privremeno skladištenje informacija u kratkoročnoj auditornoj memoriji), zatim *vizuo-spacijalne matrice* (zadužene za integrisanje vizuelnih i spacijalnih informacija koje onda mogu biti privremeno skladištene i manipulisane) i *centralnog izvršioca* (angažovanog za procese pažnje). Prema Baddeley-u (1992) performansa na Brojevima unapred oslanja se na fonološku petlju ili vizuo-spacijalnu matricu, bez mnogo uključivanja centralnog izvršioca (Rosenthal, Riccio, Gsanger, & Pizzitola-Jarratt, 2006). Sa druge strane, Brojevi unazad osim aktivacije oba pomenuta sistema podrazumevaju i oslanjanje na resurse egzekutivnog sistema usled porasta zahtevnosti na planu pažnje i kontrolnih procesa koji su potrebni (Rosenthal et al., 2006). Faktorsko-analitičke studije podržavaju Bedlijev model i hipotezu o uključivanju resursa centralnog izvršioca u zadatku Brojeva unazad (Swanson, Mink, & Bocian, 1999), kao i pretpostavku da su procesi memorije koji su uključeni u reprodukciju nizova unapred i unazad značajno različiti (Reynolds, 1997). Sugerisano je da su Brojevi unapred mera kratkoročne auditorne memorije, reprodukcija redosleda i jednostavne verbalne ekspresije (Hale, Hoepfner, & Fiorello, 2002), dok su Brojevi unazad senzitivniji na deficite radne memorije (Rosenthal et al., 2006). Brojevi unapred zahtevaju jednostavno memorisanje niza, dok su Brojevi unazad kompleksniji zadatak koji reflektuje fleksibilnost, dobru koncentraciju i visoku toleranciju na stres (Groth-Marnat, 2003), kao i sposobnost formiranja, održavanja i skeniranja vizuelnih mentalnih slika konstruisanih na osnovu auditornog stimulusa (Lezak, 1995; Wielkiewicz, 1990). Dobro postignuće na suptestu Brojevi podrazumeva otvorenost i receptivnost ka nadolazećim informacijama (Groth-Marnat, 2003). Performansa je u velikoj meri osetljiva i na prisustvo anksioznosti, tenzije ili neobičnih misaonih procesa (Groth-Marnat, 2003). Dok su Brojevi unapred relativno rezistentni na kognitivnu deterioraciju, Brojevi unazad su daleko senzitivniji na prisustvo organskog deficita (Groth-Marnat, 2003), posebno u vezi sa difuznim ili desnim frontalnim oštećenjem (Lezak, 1995; Swierchinsky, 1978, prema Groth-Marnat, 2003). Pouzdanost supтеста Brojevi prema Spirman-Braunu iznosi .844, dok prema Kronbahovoj alfi pouzdanost iznosi .837 (Berger et al., 1994).

Suptest Brojevi se sastoji iz dva dela: nizova koji se ponavljaju unapred (istim redom kako su pročitani) i nizova koji se ponavljaju unazad (obrnutim redom u odnosu na to kako su pročitani). Brojevi unapred i unazad zadaju se odvojeno. Prvo se zadaju Brojevi unapred i tek kada ispitanik dobije 0 poena u ovom zadatku, prelazi se na Brojeve unazad (Berger et al., 1994).

Brojevi unapred obuhvataju 7 serija brojeva, a svaka serija sadrži dva različita niza cifara. Prva serija sastoji se od dva niza sa po 3 cifre, svaka sledeća serija je za jednu cifru duža, da bi se poslednja serija brojeva sastojala od dva niza sa po 9 cifara. U zavisnosti od odgovora ispitanika, svaka serija se ocenjuje sa 2, 1 ili 0 poena. Dva poena se dobijaju za uspeh u oba niza iste serije, jedan bod se dobija za uspeh u jednom nizu iste serije, a 0 poena se dobija za neuspeh u oba niza iste serije. Maksimalan broj bodova za ponavljanje brojeva unapred je 14 poena (Berger et al., 1994).

Brojevi unazad sastoje se takođe od 7 serija sa po dva niza. Prva serija obuhvata dva niza sa 2 cifre, svaka sledeća serija je za jednu cifru duža, da bi se poslednja serija sastojala od 8 cifara. Brojevi unazad skoruju se na isti način kao i Brojevi unapred, a maksimalan broj poena na ovom zadatku takođe iznosi 14 (Berger et al., 1994).

Skorovi na Brojevima unapred i unazad mogu se sumirati na kraju u jedinstveni skor, kao pokazatelj generalnog kapaciteta radne memorije.

Test pravljenja traga (Trail Making Test; TMT: Reitan, 1955; 1958) iz Halstead-Reitan neuropsihološke baterije testova (Jarvis & Barth, 1994; Reitan, 1992) razvijen je u cilju detekcije organskih moždanih oštećenja. Danas TMT predstavlja jedan od najšire upotrebljivanih instrumenata u neuropsihološkoj proceni, kao indikator brzine kognitivnog procesiranja i egzekutivnih funkcija (Lezak, 1995; Mitrushina, Boone, Razani, & D'Elia, 2005; Reitan, 1992; Strauss, Sherman, & Spreen, 2006). Instrument se zadaje u formi papir-olovka i sastoji se iz dva dela: serije A i B. Set A podrazumeva nasumično raspoređene brojeve od 1 do 25 koji se nalaze u belim kružićima. Serija B podrazumeva nasumično raspoređene brojeve od 1 do 12 u sivim kružićima i brojeve od 1 do 13 koji su nasumično raspoređeni u bele kružice. U seriji A, od ispitanika se traži da brojeve u kružićima međusobno povežu u prirodnom rastućem nizu od 1 do 25, što brže mogu, pri čemu se vreme meri štopericom. Nakon što ispitanici stignu do poslednjeg

broja, štoperica se zaustavlja i beleži se vreme koje im je bilo potrebno da završe zadatak (Salthouse & Fristoe, 1995). U seriji B ispitanici ponovo treba da povežu brojeve u rastućem nizu, onako kao se oni prirodno javljaju, ali ovog puta po principu: 1 beli kružić - 1 sivi kružić - 2 beli kružić - 2 sivi kružić - 3 beli kružić - 3 sivi kružić i tako do kraja, pri čemu se opet meri vreme potrebno za izradu zadatka. U obe serije testa, osnovna mera postignuća je vreme izraženo u sekundama, koje je ispitaniku potrebno da završi zadatak (Salthouse & Fristoe, 1995), a dodatno se može računati i broj grešaka u okviru svake serije, kao i različiti koeficijenti kao pokazatelji kognitivne efikasnosti.

Premda se mnoge studije slažu da je TMT kompleksan instrument koji zahvata različite kognitivne mehanizme, još uvek je prisutno neslaganje u vezi sa tim koje procese i funkcije instrument tačno meri. Na osnovu pregleda literature može se videti da se kao najzastupljeniji predmeti merenja TMT-a pojavljuju vizuelna pretraga, perceptivna i motorna brzina, brzina procesiranja, radna memorija i opšta inteligencija (Sanchez-Cubillo et al., 2009). Imajući u vidu veću kompleksnost serije B, istraživači su mišljenja da ova serija uključuje još i dodatne zahteve koji aktiviraju egzekutivne funkcije (Lezak, 1995; Mitrushina et al., 2005; Strauss et al., 2006). Egzekutivne funkcije kao što su kognitivna fleksibilnost, kognitivna inhibicija/kontrola interferencije, radna memorija, „mental tracking“ i promena seta (eng. attentional set-shifting) neki su od najčešćih konstrukata za koje se smatra da imaju udela u produženom vremenu performanse na setu B (Sanchez-Cubillo et al., 2009). U jednoj studiji napravljen je pokušaj da se rasvetli pitanje o predmetu merenja TMT-a. Rezultati multiple regresione analize, koja je sprovedena na skorovima za seriju A, pokazali su da je 45% varijanse primarno objašnjeno faktorom brzine vizuelne pretrage i perceptivne brzine, koji je meren supstestom Šifra, sa WAIS III (Sanchez-Cubillo et al., 2009). Multiplom regresijom sprovedenom na skorovima serije B pokazano je da se 48% varijanse može objasniti sposobnošću manipulisanja informacijama u radnoj memoriji merenoj supstestom Brojevi unazad sa WAIS III i sposobnošću premeštanja (eng. task switching) koja je merena zadatkom *Switch cost* (Sanchez-Cubillo et al., 2009). Dakle, rezultati ove studije sugerišu da TMT-A mahom zahvata vizuo-perceptivne sposobnosti, dok se TMT-B primarno oslanja na radnu memoriju i sekundarno, na sposobnost premeštanja zadatka, a razlika

između postignuća na setu B i A reflektuje sposobnost egzekutivne kontrole (Sanchez-Cubillo et al., 2009).

Zadaci za ispitivanje divergentne produkcije (Kvašček, 1975). Za merenje kreativnog potencijala primenjeni su zadaci sa testa Divergentnog mišljenja, razvijenog prema Guilford-ovoj teoriji sposobnosti (Kvašček, 1975). Generalna ideja o divergentnom mišljenju prisutna je još od 19. veka (npr. Binet & Simon, 1905), ali je tek J. P. Guilford (1950, 1968) jasno povezao divergentnu produkciju sa kreativnim potencijalom. Divergentno mišljenje odlikuje se pronalaženjem što većeg broja rešenja nekog zadatka ili problema sa akcentom na originalnosti i neobičnosti ideja, za razliku od konvergentnog mišljenja, koje, u skladu sa konvencionalnim standardima, podrazumeva pronalaženje jednog tačnog odgovora (Runco & Acar, 2012). Međutim, važno je imati na umu da između divergentnog mišljenja i kreativnosti ne može stajati znak jednakosti (Runco & Acar, 2012). Premda divergentno mišljenje često vodi do originalnosti, a originalnost se smatra ključnom komponentom kreativnog mišljenja (Runco & Acar, 2012), postoje osobe koje mogu imati odlično postignuće na zadacima divergentnog mišljenja, a da pri tome u svakodnevnom funkcionisanju ne manifestuju kreativna postignuća (Runco & Acar, 2012).

Postignuće na zadacima divergentne produkcije uglavnom podrazumeva bodovanje prema četiri komponente koje obuhvataju fluentnost, fleksibilnost, originalnost i elaboraciju (Runco & Acar, 2012). *Fluentnost* se odnosi na produktivnost, te osoba koja je fluentna daje veći broj odgovora i novih ideja (Kvašček, 1975). *Originalnost* se obično definiše u terminima novih, neobičnih i udaljenih odgovora (Kvašček, 1975), a operacionalizuje se u vidu statističke retkosti. *Fleksibilnost* podrazumeva raznovrsnost ideja i varijabilitet konceptualnih kategorija, a *elaboracija* se odnosi na nivo razrađenosti određene ideje (Runco & Acar, 2012). Važno je napomenuti da fluentnost nije tako blisko povezana sa kreativnošću, kao što su to originalnost i fleksibilnost, te iz tog razloga fluentnost ne bi trebalo da se koristi kao samostalni indikator kreativnog potencijala (Runco & Acar, 2012). Kada je reč o našim prostorima, Radivoj Kvašček se intenzivno bavio fenomenom divergentnog mišljenja i zaslužan je za

konstrukciju i adaptaciju različitih zadataka divergentne produkcije, te prilagođavanje istih našem govornom području.

Test divergenenog mišljenja koji je formulisao Kvašček (1975) sastoji se od 9 zadataka koji mere različite aspekte divergentne produkcije. U našem istraživanju primenjena su dva zadatka sa testa, od kojih jedan predstavlja zadatak verbalne, a drugi slikovne forme. Ovakav izbor izvršen je usled toga što svaki od zadataka zahvata kvalitivno različite forme ekspresije (verbalnu i vizuelnu). Korišćeni su sledeći zadaci:

- **Zadatak upotrebe stvari.** Ovaj zadatak inicijalno je osmislio Guilford sa timom svojih saradnika (Kvašček, 1983) i može se reći da je u pitanju jedan od najpoznatijih i najčešće primenjivanih testova divergentnog mišljenja. Od ispitanika se traži da pronađe što više primera upotrebe poznatog predmeta - cigle. Rešavanje zadatka vremenski je ograničeno na dva minuta. Faktor divergentne produkcije od suštinske važnosti za ovaj zadatak nije originalnost, niti fluentnost ideja, već je to spontana fleksibilnost²³. Za uspešnost u ovom zadatku od ključnog značaja je broj promena u mišljenju do kojih je došlo za vreme rešavanja testa. Tako se svaki odgovor boduje u vezi sa odgovorima pre njega (Kvašček, 1983). U istraživanju Guilforda i saradnika koeficijent pouzdanosti za ovaj zadatak je .88, a kod Kvaščekova pouzdanost iznosi .67.
- **Zadatak alternativnih znakova.** U periodu od tri minuta ispitanici treba da vizuelno, pomoću crteža, na što više načina predstave reč „težak“. Faktor koji leži u osnovi ovog zadatka je adaptivna fleksibilnost²⁴ koja podrazumeva široko variranje ideja kada se to eksplicitno traži instrukcijom zadatka (Kvašček, 1975).

Procedura za ispitivanje meta-kognicija. Ispitanici koji pripadaju različitim kalsterima formiranim na osnovu postignuća na meri shizotipije prošli su kroz računarski podržan zadatak sa ciljem utvrđivanja eventualnih razlika u meta-kognitivnim strategijama pri susretu sa neobičnim iskustvom. Osnovno istraživačko pitanje u ovom

²³Spontana fleksibilnost definisana je kao sposobnost produkovanja različitih ideja u relativno nestrukturiranoj situaciji, tj. sposobnost spontane promene usmerenosti mišljenja u toku rešavanja problema, a da tu promenu problemska situacija izričito ne zahteva (Kvašček, 1983).

²⁴Adaptivna fleksibilnost je definisana kao sposobnost restrukturacije problema i rešavanja problema na različite načine, kada se to eksplicitno traži instrukcijom zadatka (Kvašček, 1983).

segmentu rada bilo je da li osobe sa benignim shizotipalnim odlikama koriste adaptivnije meta-kognitivne strategije u poređenju sa ostalim shizotipalnim grupama. Ovaj deo studije koncipiran je po ugledu na istraživanje Ward-a i saradnika (2013) koje je sprovedeno na populaciji osoba sa psihotičnim iskustvima, dok je naš istraživački rad realizovan u kontekstu shizotipije. U istraživanju Ward-a i saradnika (2013) korišćen je zadatak sa kartama kao laboratorijski analog sličan doživljaju čitanja misli, što predstavlja psihotičan simptom prvog reda. Tokom pilot istraživanja ispostavilo se da je zadatak sa kartama u značajnoj meri šire poznat laičkoj javnosti i da je relativno jednostavno otkriti logiku prema kojoj funkcioniše, te smo se opredelili za upotrebu drugačijeg zadatka u našoj studiji. Primenili smo zadatak sa simbolima i „magičnom“ kuglom, odnosno tzv. „Čitač misli“ (eng. „The Flash Mind Reader“) konstruisan od strane Andy Naughton-a, koji predstavlja igru/zagonetku zabavnog karaktera, slobodno dostupnu na internetu. Cilj zadavanja ovog zadatka u našem istraživanju bio je da se provocira doživljaj neobičnog iskustva i nejasnoće, što predstavlja pogodan kontekst za praćenje formiranja meta-kognitivnih uverenja o nejasnim, nedovoljno strukturiranim doživljajima. Neobično iskustvo koje bi trebalo da bude provocirano ovim zadatkom predstavlja istraživački analog doživljaju „čitanja misli“ koji spada u simptome iz shizofrenog spektra. Pre nego što su ispitanici pristupili istraživačkoj situaciji, sa njima je detaljno provereno da li su ranije, na bilo koji način, direktan ili indirektan, bili upoznati sa ovim zadatkom i logikom u njegovoj osnovi. Ukoliko ispitanik nikada nije radio ovakav ili sličan zadatak i ne zna kako zadatak funkcioniše, istraživač bi zaokružio broj 1 na skali za procenu predznanja subjekata; ukoliko je ispitanik već radio ovakav ili sličan zadatak, ali i dalje ne zna kako zadatak funkcioniše, zaokružuje se broj 2; ukoliko je ispitanik radio ovakav ili sličan zadatak i ima pretpostavku o tome na koji način zadatak funkcioniše, ali ona nije tačna, zaokružuje se broj 3 i konačno, ukoliko je ispitanik već radio ovakav zadatak i zna tačno rešenje koje leži u njegovoj osnovi, označava se broj 4. U svim slučajevima, osim u poslednjem, ispitanicima je zadavan zadatak sa simbolima i „magičnom“ kuglom, a ukoliko je bilo potrebno zaokružiti broj 4, ispitaniku je prezentovan zadatak sa kartama. Ista procedura kojom je proveravano predznanje ispitanika, ponavljala se i za zadatak sa kartama. Tek ako bi se ispostavilo da je učesniku i u ovom slučaju poznato kako zadatak funkcioniše, bio bi izostavljen iz procedure

ispitivanja meta-kognitivnih uverenja. U ovom delu istraživanja, nije bilo potrebe isključiti ni jednog ispitanika zbog predznajna o zadacima. Međutim, od celog uzorka, ukupno je 3 ispitanika radilo zadatak sa kartama, usled toga što im je zadatak sa „magičnom” kuglom zapravo bio poznat.

Zadatak sa simbolima i „magičnom“ kuglom. Zadatak sa simbolima i „magičnom“ kuglom bio je prikazan ispitanicima na monitoru laptop računara. Na desnoj strani monitora nalazila se lista sa brojevima od 0 do 99, a pored svakog pojedinačnog broja bio je prikazan određeni simbol. Na levoj strani monitora nalazila se „magična” kugla kao što se vidi na Slici 4. Prilikom zadavanja zadatka sa simbolima i „magičnom” kuglom, svim ispitanicima je dato sledeće uputstvo:

„Potrebno je da sa liste brojeva koju vidite na monitoru pred Vama izaberete u sebi bilo koji dvocifreni broj. Odabrani broj nemojte izgovarati naglas, niti ga označavati kursorom miša. Odaberite ga u sebi. Recimo 23. Zatim, u sebi polako saberite cifre tog broja. Dakle ako je izabrani broj bio 23, u sebi ćete sabrati $2+3=5$. Dobijeni zbir oduzmete od Vašeg prvobitno odabranog broja, na primer $23-5$ i dobićete Vaš rezultat. Kada ste dobili rezultat, pronađite taj dobijeni broj na listi i obratite pažnju na simbol koji stoji pored Vašeg rezultata. Skoncentrišite se na taj simbol i dobro ga zapamtite. Nakon što ste simbol jasno memorisali, kliknite na magičnu kuglu. Ona će moći da pogodi na koji ste simbol mislili i prikazaće ga.“²⁵

Posle zadavanja uputstva i provere da li je uputstvo bilo dovoljno jasno, ispitanici su pristupili zadatku. Nakon završetka zadatka i provere da li je na „magičnoj” kugli prikazan odgovarajući broj, prelazilo se na sledeći korak, a to je popunjavanje upitnika o opštem utisku u vezi sa zadatkom, meta-kognitivnim uverenjima i stilovima odgovora na neobično iskustvo provocirano zadatkom.

²⁵ Premda originalna verzija podrazumeva mogućnost da osoba može da radi zadatak koliko god puta želi (što se vidi na Slici 4), u ovom istraživanju ispitanici su radili zadatak samo jednom, nakon čega više nisu imali pravo na naredne pokušaje. Za ovakav pristup odlučili smo se kako bismo smanjili verovatnoću da ispitanici tokom više pokušaja otkriju logiku zadatka, što bi kompromitovalo cilj ovog segmenta istraživanja, a to je bilo izlaganje ispitanika nejasnoj i nedovoljno strukturisanoj situaciji.

Logika ovog zadatka zasniva se na jednostavnom matematičkom pravilu koje se sastoji u tome da koji god dvocifreni broj da se odabere (npr. 23), nakon što se sabere njegove cifre ($2+3=5$) i oduzme zbir cifara od početog broja ($23-5=18$) dobija se uvek rezultat koji je deljiv sa 9. Kao što se može videti na Slici 4 pod C, svaki broj koji je deljiv sa 9 označen je uvek istim simbolom, što znači da se pored svih mogućih rešenja nalazi uvek isti znak. Stoga se može reći da svaki odabrani broj vodi ka istom simbolu. Međutim, postojanje veoma širokog spektra mogućnosti pri odabiru inicijalnog broja, uz mnoštvo različitih, naizgled nasumično raspoređenih simbola (kojima se maskira pravilnost da se pored svih brojeva deljivih sa 9 nalazi zapravo isti znak) pružaju iluziju male verovatnoće da računar „pogodi“ baš onaj simbol koji je ispitanik dobio na kraju. Usled toga, zadatak se čini podobnim za indukovanje doživljaja zbunjenosti „moćima magične kugle“.

A

The Flash Mind Reader



Choose any two digit number, add together both digits and then subtract the total from your original number.*

When you have the final number look it up on the chart and find the relevant symbol. Concentrate on the symbol and when you have it clearly in your mind click on the crystal ball and it will show you the symbol you are thinking of...

* For example if you chose 23: $2+3 = 5$. 23 minus 5 will give you your answer.

99	☾	79	♈	59	♁	39	☰	19	✂
98	☐	78	♏	58	♊	38	♁	18	☪
97	♁	77	✂	57	♏	37	☐	17	♁
96	♏	76	♁	56	☰	36	☪	16	☾
95	♏	75	♏	55	♁	35	✂	15	♊
94	♏	74	☉	54	☪	34	♁	14	✂
93	♏	73	♊	53	♏	33	♊	13	♁
92	♏	72	☪	52	☉	32	♏	12	✂
91	☺	71	☺	51	♁	31	♁	11	☺
90	☰	70	♁	50	✂	30	♏	10	♁
89	♁	69	☉	49	♁	29	☉	9	☪
88	☺	68	☰	48	♁	28	☺	8	♁
87	☉	67	☰	47	☐	27	☪	7	♏
86	♏	66	☾	46	☰	26	♏	6	♏
85	♁	65	☰	45	☪	25	☰	5	☾
84	♏	64	♁	44	☰	24	☐	4	♏
83	♁	63	☪	43	☺	23	♁	3	♁
82	☉	62	♏	42	☐	22	♊	2	☐
81	☪	61	✂	41	☰	21	♏	1	♏
80	♏	60	☰	40	☉	20	♏	0	☰

created by Andy Naughton

B

The Flash Mind Reader



Can't believe it?
Click the button
to try again.

Try again!

created by Andy Naughton

C

The Flash Mind Reader



Choose any two digit number, add together both digits and then subtract the total from your original number.*

When you have the final number look it up on the chart and find the relevant symbol. Concentrate on the symbol and when you have it clearly in your mind click on the crystal ball and it will show you the symbol you are thinking of...

* For example if you chose 23: 2+3 = 5. 23 minus 5 will give you your answer.

99 ☉	79 ♋	59 ✨	39 📖	19 ✂
98 ☐	78 ♌	58 ♎	38 🗿	18 🐼
97 ✨	77 ✂	57 ♌	37 ☐	17 ✨
96 ♍	76 ☽	56 ☾	36 🐼	16 ☉
95 ♌	75 ♌	55 ♀	35 ✂	15 ☽
94 ♋	74 ☉	54 🐼	34 ✨	14 ✂
93 ♎	73 ☽	53 ♌	33 ♎	13 ✨
92 ☽	72 🐼	52 ☼	32 ☽	12 ✂
91 ☼	71 ☽	51 ✨	31 ✨	11 ☽
90 📖	70 ♀	50 ✂	30 ♋	10 ✨
89 ♀	69 ☼	49 ✨	29 ✨	9 🐼
88 ☼	68 ☾	48 ✨	28 ☽	8 ✨
87 ✨	67 ☾	47 ☐	27 🐼	7 ♌
86 ♍	66 ☉	46 ☾	26 ♍	6 ♋
85 ♀	65 ☾	45 🐼	25 ☾	5 ☉
84 ♎	64 ♀	44 📖	24 ☐	4 ♍
83 ♀	63 🐼	43 ☼	23 ☽	3 ✨
82 ☽	62 ♌	42 ☐	22 ☽	2 ☽
81 🐼	61 ✂	41 📖	21 ☼	1 ♌
80 ♌	60 📖	40 ☉	20 ☽	0 ☾

created by Andy Naughton

Slika 4. Prikaz zadatka sa simbolima i „magičnom” kuglom. Na slici A dat je prikaz zadatka sa simbolima i „magičnom” kuglom, na slici B prikazan je ishod zadatka, a na slici C data je eksplanacija logike u osnovi zadatka.

Nakon popunjavanja skala procene, svi ispitanici su prolazili kroz proceduru debrifinga u kojoj su reakcije iznenađenja i zbunjenosti normalizovane, uz objašnjenje koje se tče uloge zadatka u istraživačkoj proceduri. U nastavku sledi tekst debrifinga.

„Zadatak koji ste upravo radili predstavlja specijalno odabran zadatak koji ima za cilj da pomogne istraživačima da razumeju kako ljudi reaguju u nejasnim i zbunjujućim situacijama i na koji način ih objašnjavaju. Svrha ovog zadatka jeste da provocira kod ljudi doživljaj zbunjenosti i iznenađenja, stoga budite potpuno bez brige ukoliko se trenutno tako osećate. Potpuno je u redu ukoliko Vam se javlja doživljaj nejasnoće, to je normalno i većina ljudi se tako oseća nakon ovog zadatka. Mi Vam u ovom trenutku ne možemo reći više detalja o zadatku, jer bi se tada efekat za koji je on namenjen ugrozio, a istraživanje bi bilo kompromitovano. Međutim detaljnu informaciju o tome kako zadatak funkcioniše dobićete naknadno, putem e-maila koji ste nam ostavili u prvoj fazi istraživanja.“

Nakon debriefinga, vršena je ponovna procena distresa kod ispitanika od strane istraživača. Učesnici većinom nisu reagovali distresom na zadatak, naprotiv, uglavnom su pokazivali izrazitu zainteresovanost, radoznalost i pozitivno su prihvatili debriefing. Međutim, u slučaju da je bilo ko od ispitanika manifestovao intenzivne simptome distresa, istraživač bi odmah objasnio kako zadatak zaista radi, uz dodatni akcenat na normalizaciji. Ukoliko bi i nakon ovih intervencija neko od ispitanika manifestovao intenzivnu uznemirenost, ispitanik bi bio upućen na savetodavni razgovor sa stručnjakom iz oblasti mentalnog zdravlja.

Zadatak sa kartama. Oni ispitanici kojima je princip funkcionisanja zadatka sa simbolima i „magičnom” kuglom bio od ranije poznat radili su zadatak sa kartama. Zadatak sa kartama konstruisan je po uzoru na zadatak koji su u svom istraživanju koristili Ward i saradnici (2013).²⁶ Ispitanicima je na monitoru računara bilo prikazano 6 karata za igranje (u pitanju su bile samo karte od 12 do 14). Zadatak ispitanika bio je da u sebi odaberu jednu kartu (ali da ne izgovore koja karta je u pitanju, niti da je označe kursorom miša) i da se dobro skoncentrišu na tu kartu kako bi je što bolje memorisali.

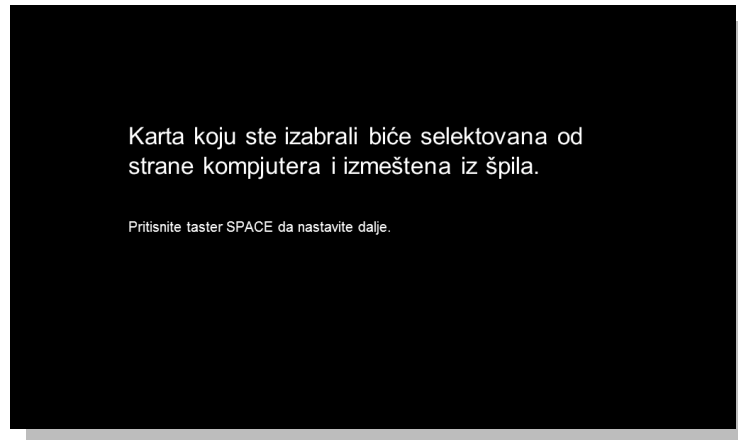
²⁶Zadatak sa kartama koji su u svom istraživanju koristili Ward i saradnici moguće je pronaći na sledećoj internet stranici: <http://sprott.physics.wisc.edu/pickover/esp2.html> (poslednji put pristupljeno 08. 03. 2017.).

Nakon toga, ispitanici su bili obavješteni da će računar moći da selektuje kartu koju su oni odabrali i da će je izmestiti iz špila (dakle, kompjuter će „pogoditi” koju kartu su učesnici zamislili). Posle usvajanja ove informacije, na monitoru bi u trajanju od 3 sekunde bilo prikazano 5 karata, među kojima se nije nalazila ona koju su ispitanici prethodno odabrali. Logika zadatka sa kartama počiva na činjenici da su pri drugom prikazivanju špila sve karte iz prvog koraka zapravo zamenjene. Međutim, ljudi se uglavnom fokusiranju samo na kartu koju su odabrali, pa kada pretražuju novi špil, tragaju samo za svojom kartom, usled čega ne primećuju da su i ostale karte drugačije (Ward et al., 2013). Na Slici 5 prikazana je tačna procedura zadavanja ovog zadatka. Nakon provere da je zadatak uspešno sproveden, prešlo bi se na popunjavanje upitnika o meta-kognitivnim uverenjima. Svi ispitanici su nakon zadatka sa kartama prolazili kroz debriefing na isti način kao i u slučaju zadavanja zadatka sa simbolima i “magičnom” kuglom.

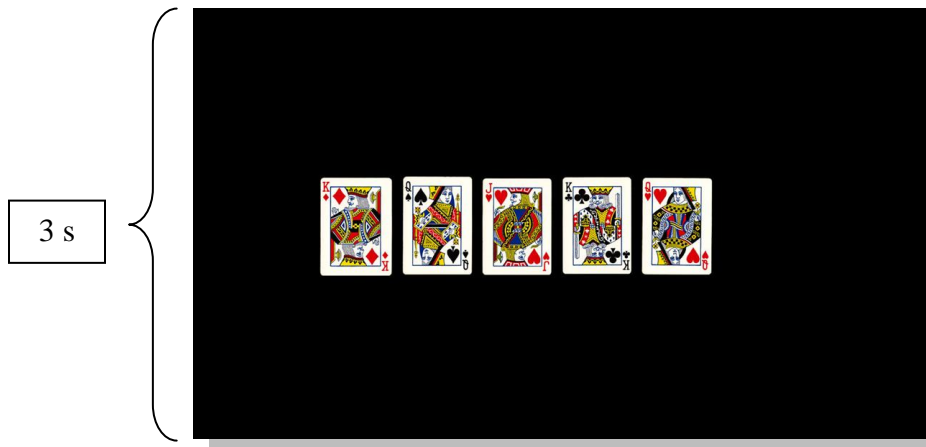
A



B



C



Slika 5. Prikaz procedure zadavanja zadatka sa kartama. Na slici A prikazan je zadatak sa uputstvom i selektovanom kartom, na slici B nalazi se obaveštenje o tome da će računar „pogoditi” kartu koju je ispitanik odabrao, a na slici C prikazan je ishod zadatka gde se vidi pet novih karata koje su ispitanicima bile prezentovane u trajanju od 3 sekunde.

Upitnik za procenu meta-kognitivnih uverenja konstruisan je po direktnom ugledu na istraživanje Ward-a i saradnika (2013). Upitnik se sastoji od stavki koje mere opšti utisak o meta-kognitivnom zadatku (4 stavke), adaptivne i maladaptivne meta-kognitivne procene (7 stavki) i konačno, adaptivne i maladaptivne meta-kognitivne odgovore (8 stavki). Ispod svake stavke nalazila se desetostepena skala na kojoj su ispitanici trebali da označe nivo svog slaganja sa tvrdnjama tako što bi zaokružili

odgovarajući broj, gde 0 zači „uopšte ne“, a 10 „u potpunosti“. Na kraju upitnika, uveli smo dodatno pitanje otvorenog tipa, gde su ispitanici imali zadatak da sami navedu i ukratko opišu mehanizam za koji veruju da leži u osnovi mogućnosti računara da pogodi simbol/kartu. Odgovori na ovo pitanje u kasnijoj analizi podataka uzeti su u obzir kako bi se kontrolisala validnost zadatka. Pouzdanost upitnika izražena Kronbahovom alfa je relativno niska i iznosi .55.

- **Opšti utisak o meta-kognitivnom zadatku** meren je pomoću tri pitanja koja podrazumevaju procenu u kojoj meri je zadatak bio neobičan, stresan i preteći. Takođe, uveli smo i jedno novo pitanje, a ono se odnosilo na to u kojoj meri je zadatak bio zanimljiv. Ova pitanja služila su takođe kao varijable koje smo kasnije analizirali.
- **Adaptivna meta-kognitivna uverenja** merena su pomoću 2 stavke:
 - Eksternalna-normalizujuća procena podrazumeva objašnjenje doživljenog iskustva pomoću neke „benigne“ odlike istraživačke situacije (Ward et al., 2013), poput toga da se radi o „jednostavnoj matematičkoj zagonetki/triku“.
 - Internalizujuća-normalizujuća procena odnosi se na objašnjenje koje podrazumeva prirodan spektar ljudskih iskustava i kapaciteta (Ward et al., 2013). Prema ovoj vrsti procene, dato iskustvo je naprosto deo načina na koji naš um funkcioniše, tj. normalno ljudsko iskustvo.
- **Maladaptivna meta-kognitivna uverenja** merena su pomoću 5 stavki:
 - Eksternalna-personalizujuća procena koja podrazumeva da je doživljeno iskustvo izazvano od strane druge osobe ili grupe ljudi (Ward et al., 2013), tj. da postoji neko „sa strane“ ko je umešan u zadatak.
 - Eksternalna-nepersonalizujuća procena podrazumeva eksternalni uzrok koji nije atribuiran drugoj osobi/grupi ljudi, već nekim „paranormalnim“ mogućnostima opreme (Ward et al., 2013), poput uverenja da zadatak radi zato što kompjuterski sistem zaista može da čita misli.
 - Eksternalna-intencionalna procena podrazumeva da je anomalno iskustvo izazvano od strane druge osobe sa specifičnom namerom usmerenom ka

- ispitaniku u cilju da ga „prevari ili učini da izgleda glupo“ (Ward et al., 2013).
- Eksternalna-generalizujuća procena podrazumeva interpretaciju koja povezuje doživljeno iskustvo sa „mnogo većom zaverom“ (Ward et al., 2013).
 - Internalna-nenormalizujuća procena odnosi se na interpretaciju koja podrazumeva bolest, poremećaj ili bilo koji drugi unutrašnji sadržaj/stanje koje nije normalizujuće prirode, tipa „to znači da sa mnom nešto nije u redu“ (Ward et al., 2013).
- **Adaptivni stilovi odgovora** mereni su pomoću dve stavke koje spadaju u decentrirajući stil i koje su podrazumevale procenu na desetostepenoj skali:
- Aktivno prihvatanje i defokusiranje iskustva (eng. mindful response style) mereno je pomoću tvrdnje koja podrazumeva dopuštanje da iskustvo „dođe i prođe, bez preteranog upuštanja u njega“ (Ward et al., 2013).
 - Aktivna kognitivna ponovna procena iskustva merena je pomoću tvrdnje koja se odnosi na spremnost osobe da traga za nekim smislenim/racionalnim objašnjenjem svog doživljaja ili da pronade drugačiji način razmišljanja o njemu (Ward et al., 2013).
- **Maladaptivni stilovi odgovora** mereni su pomoću šest stavki koje su podrazumevale procenu na desetostepenoj skali.
- Aktivan otpor koji se odnosi na:
 - Izbegavanje/distrakciju, tj. tendenciju da se data iskustva izbegnu ili da se skrenu misli sa njih (Ward et al., 2013).
 - Pokušaj da se kontroliše iskustvo, odnosno spremnost osobe da kontroliše ili na neki način spreči doživljaj „čitanja misli“ (Ward et al., 2013).
 - Aktivno upuštanje podrazumevalo je sledeće:
 - Aktivno prepuštanje iskustvu, koje se odnosi na težnju osobe da se upušta u data iskustva što je više moguće (Ward et al., 2013).

- *Ruminacija* koja podrazumeva tendenciju ka brizi i spremnost da se o datom iskustvu razmišlja iznova i iznova, kako bi se proniknulo u suštinu značenja tog iskustva (Ward et al., 2013).
- *Pasivan stil* je uključivao sledeće:
 - *Verovanje u eksterni izvor*, tj. pasivno prihvatanje uz nadu da će osobi neko ili nešto razrešiti i objasniti situaciju i doživljeno iskustvo (Ward et al., 2013).
 - *Odustajanje*, odnosno pasivno prihvatanje uz očaj i tendenciju osobe ka odustajanju, jer je nemoguće bilo šta učiniti povodom celokupne situacije (Ward et al., 2013).
- ***Pretpostavka ispitanika o tome kako funkcioniše zadatak.*** Na kraju upitnika nalazilo se jedno pitanje otvorenog tipa gde su ispitanici bili pozvani da napišu svoju sopstvenu pretpostavku o tome po kom principu zadatak funkcioniše. Ovo pitanje uveli smo kako bi se naknadno mogao kontrolisati efekat otkrivanja logike zadatka, što može imati značajan uticaj na formiranje i kvalitet meta-kognitivnih uverenja.

2.6. VARIJABLE

Sa metodološkog aspekta gledano, imajući u vidu da se radi o korelacionom dizajnu, možemo reći da kriterijsku varijablu predstavlja shizotipija, odnosno pripadnost nekom od ekstrahovanih kalstera, s obzirom na to da nas je interesovalo koji sve faktori određuju različite tipove shizotipalnih manifestacija, sa specijalnim naglaskom na klaster benigne shizotipije. Ova varijabla operacionalizovana je pomoću revidiranog i skraćenog upitnika shizotipalne ličnosti SPQ-BR koji je zadat u prvoj fazi istraživanja. Prediktorske varijable su pak bile sve varijable koje su merene u drugoj fazi istraživanja pošto smo pošli od pretpostavke da ovi biografski, personološki, kognitivni i meta-kognitivni faktori određuju benignu i ostale tipove shizotipalnih manifestacija u nekliničkoj populaciji. Ove varijable operacionalizovane su instrumentima primenjenim u drugoj fazi našeg

istraživanja. U statističkim analizama, međutim, shizotipija je bila nezavisna, tj. grupišuća varijabla, dok su sve ostale varijable bile zavisne ili kontrolne.

U prvoj fazi istraživanja merene su sledeće varijable:

1. **Demografski podaci** koji su podrazumevali informacije u vezi sa dobijanjem bodova za predispitnu aktivnost (naziv odseka/departmana, godina studija, broj indeksa i naziv predmeta iz kog studenti dobijaju nagradni bod) i opšte demografske podatke kao što su pol, starost i mesto prebivališta.
2. **Shizotipija** je u ovom istraživanju definisana kao set personalnih karakteristika koje su izražene kroz tri dimenzije obuhvaćene upitnikom SPQ-BR, a to su: Kognitivno-perceptivna, Interpersonalna i Dezorganizovana dimenzija. Varijable koje se odnose na ove tri dimenzije operacionalizovane su kao sumacioni skorovi na tri supskale upitnika SPQ-BR koje odgovaraju pomenutim dimenzijama.
3. **Psihotični simptomi** predstavljaju sumacioni skor na supskali psihotičnih simptoma sa upitnika PDSQ koja se sastoji od 6 ajtema.
4. **Socijalna poželjnost** se može definisati kao tendencija osobe ka projektovanju pozitivne slike o sebi u kontekstu socijalne interakcije (Johnson et al., 2002). U našem istraživanju, socijalna poželjnost izražena je kao ukupan skor na upitniku SSP.

U drugoj fazi istraživanja mereno je šest grupa varijabli: 1. demografski i lični podaci; 2. psihopatološki simptomi i mentalno zdravlje; 3. osobine/dispozicije ličnosti; 4. tendencija ka kreativnosti i divergentno mišljenje; 5. kognitivne sposobnosti i 6. meta-kognitivni stilovi. U okviru ovih grupa varijabli, tragali smo za korelatima koji potencijalno značajno određuju prvenstveno benignu, a potom i ostale forme shizotipalnih manifestacija.

1. Demografske varijable

- **Demografski podaci** podrazumevali su varijable kao što su pol, starost, radni status, da li osoba trenutno ima partnera/partnerku, sa kim je živila dok je odrastala, ekonomski status, sa kim osoba trenutno živi.
- **Podaci o emocionalnim odnosima i detinjstvu** obuhvatali su stil afektivne vezanosti (siguran, preokupiran, bojažljiv i odbacujući), opis majke (topla i brižna; uzdržana i odsutna; agresivna i kažnjavajuća), opis oca (topao i brižan; uzdržan i odsutan; agresivan i kažnjavajući), status među vršnjacima u detinjstvu (omiljen i prihvaćen među vršnjacima; prihvaćen u manjoj grupi vršnjaka; odbačen i maltretiran; distanciran i izolovan), informacije o tome da li je u porodici ispitanika bilo više svađa nego što je uobičajeno, da li je bilo fizičkog kažnjavanje od strane ukućana sa posledicama ozbiljnih povreda, da li je neko u porodici fizički maltretirao drugog ukućana, da li je neko od ukućana vršio loš uticaj na samopoštovanje ispitanika, da li je ispitanika tokom detinjstva maltretirao neko van porodice.
- **Podaci o navikama** ispitanika odnosili su se na konzumiranje cigareta (da/ne), konzumiranje alkohola (da/ne) i konzumiranje droga (da/ne).
- **Životna istorija psihičkih tegoba i traumatskih iskustava** podrazumevala je podatke kao što su obraćanje za pomoć psihologu/psihoterapeutu ili psihijatru (da/ne), prepisivanje lekova zbog psihičkih tegoba (da/ne), doživljaj ili prisustvovanje nekom traumatskom događaju (da/ne), hereditet – da li je neko u ispitanikovoj porodici lečen od nekog navedenog psihičkog poremećaja (u statističkoj analizi ova varijabla je tretirana kao dihotomna).
- **Stavovi vezani za religioznost/duhovnost** obuhvaćeni su pitanjem koje se sastojalo od četiri opcije od kojih su ispitanici trebali da odaberu onu koja ih najbolje opisuje. Opcije su bile sledeće: 1 - religioznost u smislu zvaničnih tradicionalnih verskih učenja i zajednica; 2 - spiritualnost u smislu subjektivnih iskustava i povezanosti sa transcendentnim, ali izvan zvaničnih religijskih zajednica; 3 - izražene humanističke i altruističke vrednosti, bez verovanja u božansko/natprirodno i 4 - materijalistička orijentacija, bez verovanja u božansko/natprirodno. Ponuđene četiri opcije formulisane su tako da odgovaraju savremenom shvatanju duhovnosti, koja se ne izjednačava sa religioznošću u

opštem, zvaničnom smislu, već podrazumeva i spiritualnost na ličnom nivou, kao i tzv. „sekularnu spiritualnost“ koja se odnosi na usvajanje humanističkih ideala i altruističkih vrednosti. Sekularna spiritualnost se smatra duhovnošću savremenog doba jer podrazumeva povezanost sa „univerzalnim, uzvišenim vrednostima“, ali bez dimenzije „onostranog“. Kako poslednja opcija isključuje religijski, spiritualni i sekularni vid duhovnosti, može se reći da u najvećoj meri odgovara ateističko-materijalističkoj orijentaciji.

Varijable merene ovim upitnikom (osim starosti ispitanika) su kategorijalne prirode, tj. nalaze se na nominalnom nivou merenja. Skorovane su tako što je svakoj kategoriji dodeljivana numerička vrednost kako bi se mogle sprovesti kasnije statističke analize.

2. Psihopatološki simptomi i mentalno zdravlje

- ***Simptomi mentalnih poremećaja*** mereni su pomoću kritičnih ajtemima sa upitnika PDSQ. Uzeti su u obzir kritični ajtemi koji mere simptome depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja, poremećaja ishrane, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, paničnog poremećaja, agorafobije, socijalne fobije, zloupotrebe alkohola, zloupotrebe droga, generalizovanog anksioznog poremećaja, somatizacionog poremećaja i hipohondrijaze. Sumacioni skor na listi kritičnih ajtema upitnika PDSQ za simptome svih ovih poremećaja predstavljao je generalnu meru prisustva psihopatoloških simptoma izvan psihotičnog spektra.
- ***Emocionalno blagostanje*** mereno je putem tri ajtema sa skale MHC-SF, od kojih se dva odnose na prisustvo pozitivnih/prijatnih emocija, a jedan se odnosi na zadovoljstvo životom (Jovanović, 2015).
- ***Socijalno blagostanje*** operacionalizovano je kroz 5 stavki upitnika MHC-SF, od kojih se svaka odnosi na po jedan aspekt socijalnog blagostanja: socijalnu koherentnost, socijalnu prihvaćenost, socijalnu aktualizaciju, socijalni doprinos i socijalnu integraciju (Jovanović, 2015).

- ***Psihološko blagostanje*** mereno je kroz 6 stavki upitnika MHC-SF, pri čemu se svaka stavka osnosi na po jednu komponentu psihološkog blagostanja prema modelu Ryff-ove (Ryff, 1989). Date komponente podrazumevaju šest dimenzija psihološkog blagostanja: samoprihvatanje, pozitivne odnose sa drugima, autonomiju, doživljaj smisla i svrhe u životu, ovladavanje okruženjem i lični rast (Ryff, 1989).

3. Osobine i dispozicije ličnosti

- ***Ekstraverzija nasuprot introverziji.*** Ekstraverzija kao dimenzija ličnosti podrazumeva društvenost, asertivnost, aktivnost i energičnost, sklonost ka uzbuđenju, prisustvo pozitivnih emocija, tj. entuzijastičnost i otvorenost (John & Srivastava, 1999). Ekstraverzija je u našem istraživanju izražena kao skor na istoimenoj supskali upitnika BFI.
- ***Prijatnost nasuprot hostilnosti.*** Prijatnost je dimenzija ličnosti koja je operacionalizovana kao sklonost ka poverenju i opraštanju, iskrenosti, odsustvu preterane zahtevnosti, naglašenom altruizmu i toplini, popustljivosti nasuprot tvrdoglavosti, uz izraženu skromnost i saosećajnoost (John & Srivastava, 1999). Supskala Prijatnost sa upitnika BIF predstavljala je meru ove varijable.
- ***Savesnost nasuprot nedostatku usmerenosti.*** Savesnost je operacionalizovana pomoću faceta kao što su organizovanost, kompetentnost, efikasnost, urednost, težnja ka postignuću, samodisciplina i promišljenost umesto nemara, lenjosti i impulsivnosti (John & Srivastava, 1999). Savesnost je takođe merena odgovarajućom supskalom sa upitnika BFI.
- ***Neuroticizam nasuprot emocionalnoj stabilnosti.*** Neuroticizam je operacionalizovan pomoću faceta kao što su izražena anksioznost i napetost, sklonost ka besu, iritabilnosti i hostilnosti, depresivnost, stidljivost, impulsivnost i „ćudljivost“, preterana osetljivost i nisko samopouzdanje (John & Srivastava, 1999). Neuroticizam je izražen kroz skor na istoimenoj supskali upitnika BFI.
- ***Otvorenost nasuprot zatvorenosti ka iskustvu.*** Ova dimenzija ličnosti je definisana kao zainteresovanost za različite ideje, radoznalost, izražena fantazija i

imaginacija, senzibilitet za estetiku, afinitet ka umetnosti, te sklonost ka širokim interesovanjima, oduševljenju i nekonvencionalnim vrednostima (John & Srivastava, 1999). Otvorenost je operacionalizovana kao postignuće na istoimenoj skali upitnika BFI.

- **Apsorpcija.** Apsorpcija se odnosi na dispoziciju ličnosti koja podrazumeva tendenciju osobe ka prepuštanju, odnosno udubljanju u sopstvenu mentalnu imaginaciju, posebno fantaziju (Roche & McConkey, 1990), otvorenost ka iskustvu, te emocionalne i kognitivne alteracije u različitim kontekstima (Roche & McConkey, 1990). Ključno obeležje apsorpcije predstavlja iskustvo fokusirane pažnje (Tellegen & Atkinson, 1974) koje olakšava doživljavanje izmenjenih stanja svesti. U našem istraživanju, apsorpcija je merena Telegenovom skalom apsorpcije koja obuhvata nekoliko faktora: prijemčivost za udubljanje u stimulse, prijemčivost za indukovane stimulse, sklonost ka imaginativnom mišljenju, sposobnost da se prizovu žive i sugestivne mentalne slike, kros-modalna iskustva poput sinestezije, apsorpcija u mislima i maštanjima, živa sećanja iz prošlosti, epizode proširene svesti i doživljaji izmenjenih stanja svesti. U ovom istraživanju sklonost ka apsorpciji izražena je putem sumacionog skora na instrumentu TAS.

4. Sklonost ka kreativnosti i divergentno mišljenje

- **Kreativno ponašanje** u našem istraživanju operacionalizovano je kroz ukupan skor na instrumentu BICB koji se sastoji od 34 stavke. Ajtemi opisuju različite kreativne aktivnosti u kojima su ispitanici učestvovali u poslednjih 12 meseci. Ukupan broj označenih aktivnosti predstavlja sumacioni skor putem kog je izražena tendencija ka kreativnom ponašanju ispitanika u poslednjih godinu dana.
- **Divergentno mišljenje** mereno je pomoću zadatka upotrebe stvari i zadatka alternativnih znakova, prema Kvašćevu (1975). Iako prema originalnom izvoru (Kvašćev, 1983) zadatak upotrebe stvari meri spontanu, a zadatak alternativnih znakova adaptiranu fleksibilnost, za potrebe našeg istraživanja koristili smo kriterijume koji se generalno primenjuju u skorovanju odgovora na zadacima

divergentnog mišljenja, kako bismo obuhvatili sve moguće aspekte kreativnog potencijala ispitanika. Ovi kriterijumi se odnose na fluentnost, fleksibilnost, originalnost i elaboaciju. Skorovi za svaki od navedenih kriterijuma izraženi su za svaki zadatak posebno.

- *Fluentnost* je operacionalizovana kao ukupan broj produkovanih odgovora i računata je za svaki zadatak posebno.
- *Fleksibilnost* je operacionalizovana kao varijabilnost, odnosno broj različitih kategorija datih odgovora. Npr. odgovori u kojima se navodi da cigla može poslužiti za građenje kuće, građenje zgrade i građenje škole spadaju u jednu kategoriju u čijoj osnovi se nalazi bazična ideja – građenje. Dalje, odgovori u kojima je navedeno da cigla može poslužiti za dekoraciju enterijera ili ukras u bašti, spadaju u drugu kategoriju čija je bazična ideja estetska uloga i td. Skor za fleksibilnost računat je pojedinačno po zadatku.
- *Originalnost* predstavlja unikatnost, odnosno, statističku retkost odgovora. Svaki pojedinačni odgovor poređen je sa ukupnim brojem odgovora svih ispitanika koji su radili test. Odgovori koji su dati samo u 5% slučajeva od ukupnog broja odgovora svih ispitanika, smatraju se neobičnim i za njih se dodeljuje 1 bod, dok se odgovori koji su dati u 1% slučajeva smatraju unikatnim i za njih se dodeljuje 2 boda (Dow, 2003). Skor za originalnost izražen je kroz ukupan zbir dodeljenih bodova i računat je za svaki zadatak pojedinačno.
- *Elaboracija* se odnosi na količinu detalja, odnosno nivo „razrađenosti deskripcije“ određenog odgovora. Npr. odgovor da cigla može poslužiti kao „podupirač“ bio bi bodovan sa 0, dok bi odgovor da cigla može „da se podmetne pod vrata da se ne bi zalupila kad duva vetar“ bio bodovan sa 2 boda. Skor za elaboraciju računat je za svaki zadatak pojedinačno.

5. Kognitivne sposobnosti

- **Fonemska fluentnost** koja predstavlja korelat egzekutivnih funkcija (posebno funkcije frontalnog režnja, odnosno prefrontalne leve oblasti) merena je zadatkom „SKL“. Fonemska fluentnost izražena je kao ukupan broj tačnih odgovora koji su dati za sva tri slova.
- **Obim kratkoročne auditorne memorije** meren je pomoću zadatka Brojevi unapred sa Vekslerovog individualnog testa inteligencije – VITI. Uspešnost na zadatku izražena je kao ukupan zbir ostvarenih bodova u svim serijama. Maksimalan broj bodova za ponavljanje Brojeva unapred je 14.
- Za merenje **kapaciteta radne memorije** koja podrazumeva privremeno skladištenje i manipulisanje informacijama, primenjen je zadatak Brojevi unazad sa VITI-ja. Uspešnost na ovom zadatku izražena je kao ukupan zbir ostvarenih bodova u svim serijama, a maksimalan broj bodova na ovom zadatku takođe iznosi 14.
- **Brzina vizuelne pretrage i perceptivna brzina** merene su setom A sa instrumenta TMT. Mera brzine vizulene pretrage izražena je kao vreme u sekundama koje je bilo potrebno ispitaniku da uradi zadatak.
- **Radna memorija i sposobnost premeštanja (task switching)** merene su setom B sa instrumenta TMT. Uspešnost na zadatku operacionalizovana je kao vreme izraženo u sekundama koje je bilo potrebno ispitaniku da uradi zadatak.
- **Indeks egzekutivne funkcije (egzekutivnosti)** izražen je kao odnos između postignuća na setu B i rezultata na setu A, odnosno kao količnik B/A. Literatura ide u prilog stavu da količnik B/A odražava dodatno opterećenje usled naizmeničnog prebacivanja/premeštanja tokom zadatka u setu B (Arbuthnott & Frank, 2000).

6. Meta-kognitivna uverenja

Meta-kognicije merene su tvrdnjama koje su formulisane po ugledu na istraživanje Ward-a i saradnika (2013). Ispod svake tvrdnje nalazila se desetostepena skala na kojoj su ispitanici trebali da označe stepen svog slaganja sa tvrdnjom zaokruživanjem odgovarajućeg broja, gde 0 zači „uopšte ne“, a 10 znači „u potpunosti“.

- **Opšti utisak o meta-kognitivnom zadatku** meren je pomoću četiri pitanja koja podrazumevaju procenu u kojoj meri je zadatak bio neobičan, stresan, preteći i zanimljiv.
- **Adaptivna meta-kognitivna uverenja** merena su pomoću 2 stavke:
 - Eksternalna-normalizujuća procena ispitana je tako što su učesnici na desetostepenoj skali trebali da označe stepen uverenosti u tvrdnju da se radi o „jednostavnoj matematičkoj zagonetki/triku“.
 - Internalizujuća-normalizujuća procena odnosi se na objašnjenje koje podrazumeva uverenost u tvrdnju da je dato iskustvo naprosto deo načina na koji um funkcioniše, tj. normalno ljudsko iskustvo.
- **Maladaptivna meta-kognitivna uverenja** merena su pomoću 5 stavki:
 - Eksternalna-personalizujuća procena podrazumeva stepen slaganja sa tvrdnjom da nije kompjuter pogodio simbol/kartu, već da postoji neko „sa strane“ ko je umešan u to.
 - Eksternalna-nepersonalizujuća procena merena je stepenom slaganja sa tvrdnjom da zadatak radi zato što kompjuterski sistem može da čita misli.
 - Eksternalna-intencionalna procena podrazumeva da je anomalno iskustvo izazvano sa specifičnom namerom da ispitanika „prevari ili da učini da izgleda glupo“.
 - Eksternalna-generalizujuća procena merena je stepenom slaganja sa tvrdnjom da je u pitanju „trik koji je deo mnogo veće zavere“.
 - Internalna-nenormalizujuća procena odnosi se na interpretaciju prema kojoj anomalno iskustvo znači da sa ispitanikom „nešto nije u redu“.
- **Adaptivni stilovi odgovora** mereni su pomoću dve stavke koje su podrazumevale procenu na desetostepenoj skali.
 - Decentrirajući stil
 - Aktivno prihvatanje i defokusiranje iskustva (eng. mindful response style) mereno je pomoću tvrdnje koja podrazumeva dopuštanje da iskustvo dođe i prođe, bez preteranog upuštanja u njega.

- Aktivna kognitivna ponovna procena iskustva merena je pomoću tvrdnje koja podrazumeva spremnost osobe da traga za nekim smislenim/racionalnim objašnjenjem svog doživljaja ili da pronade drugačiji način razmišljanja o njemu.
- **Maladaptivni stilovi odgovora** mereni su pomoću šest stavki:
 - Aktivan otpor koji podrazumeva:
 - Izbegavanje/distrakciju koja je merena stepenom slaganja sa tvrdnjom koja se odnosi na tendenciju da se data iskustva izbegnu ili da se skrenu misli sa njih.
 - Pokušaj da se kontroliše iskustvo podrazumeva spremnost osobe da kontroliše doživljaj „čitanja misli“ ili da ga na neki način spreči.
 - Aktivno upuštanje podrazumevalo je sledeće:
 - Aktivno prepuštanje iskustvu, odnosno težnju osobe da se upušta u data iskustva što je više moguće.
 - Ruminacija koja podrazumeva tendenciju ka brizi i spremnost da se o datom iskustvu razmišlja iznova i iznova, kako bi se proniknulo u suštinu značenja tog iskustva.
 - Pasivan stil je uključivao sledeće:
 - Verovanje u eksterni izvor koje podrazumeva pasivno prihvatanje uz nadu. Ovaj stil ispitan je stepenom slaganja sa uverenjem da će osobi neko ili nešto razrešiti i objasniti situaciju i doživljeno iskustvo.
 - Odustajanje odgovara pasivnom prihvatanju uz očaj. Ovaj stil ispitan je pomoću stavke koja se odnosi na tendenciju osobe ka odustajanju, jer je nemoguće bilo šta učiniti povodom celokupne situacije.
- **Pretpostavka ispitanika o tome kako funkcioniše zadatak.** Na kraju upitnika nalazilo se jedno pitanje otvorenog tipa gde su ispitanici bili pozvani da napišu svoju sopstvenu pretpostavku o tome po kom principu zadatak funkcioniše. Ovo pitanje uvedeno je kako bi se naknadno mogao kontrolisati efekat otkrivanja

logike zadatka, što može imati značajan uticaj na formiranje i kvalitet meta-kognitivnih uverenja.

2.7. POSTUPAK

Istraživačkoj proceduri rada koji je pred nama prethodilo je pilot istraživanje, a sama studija sprovedena je u dve faze. Pilot istraživanje realizovano je tokom jeseni 2015. godine. Prva i druga faza studije sprovedene su na Filozofskom fakultetu pri Univerzitetu u Novom Sadu. Celokupno prikupljanje podataka završeno je 2016. godine. Sa metodološkog aspekta, može se reći da je istraživački nacrt korelacionog, kros-sekcionog tipa (transverzalna studija), sa elementima kvazi-eksperimentalnog dizajna i diferencijalne studije.

2.7.1. Prva faza istraživanja

U cilju realizacije ovog istraživačkog poduhvata najpre su kontaktirani profesori i asistenti sa različitih odseka sa Filozofskog i Prirodno matematičkog fakulteta pri Univerzitetu u Novom Sadu. Profesorima i asistentima su putem e-mail-a detaljno obrazloženi cilj i svrha istraživačkog projekta, kao i planirana procedura istraživanja, uz molbu za pomoć istraživaču kroz obezbeđivanje mogućnosti pristupa studentima - potencijalnim ispitanicima. Oni profesori i asistenti koji su pristali da izađu u susret, omogućili su istraživaču prisustvo jednom od njihovih predavanja ili vežbi, gde je istraživač imao priliku da se predstavi studentima, prezentuje im relevantne informacije u vezi sa istraživanjem i pozove ih na učešće. Objasnjeno im je zbog čega je njihov doprinos istraživanju važan, te kakve bi benefite mogli imati od učešća. Sa svim predmetnim profesorima dogovoreno je da, za učešće u prvoj i drugoj fazi istraživanja, studenti dobiju po 1 bod u okviru predispitnih aktivnosti iz datog kursa. Dakle, studenti su mogli dobiti ukupno 2 boda ukoliko su učestvovali u obe faze istraživanja. Onim studentima koji su učestvovali samo u prvom delu istraživanja, od strane predmetnog profesora obezbeđeni su alternativni načini za dobijanje bodova. Studentima je

objašnjeno da je učešće u istraživanju dobrovoljno. Kako je prva faza istraživanja sprovedena elektronski, putem interneta, studentima je bilo detaljno obrazloženo na koji način mogu da pristupe istraživanju. Na tabli je bila ispisana web adresa internet prezentacije Odseka za psihologiju, zatim rubrika na sajtu u okviru koje se nalazio link sa upitnikom i naziv linka koji je trebalo pratiti kako bi se pokrenula *on line* anketa. Ove podatke studenti su prepisali u svoje sveske, kako bi od kuće mogli da popune upitnike. Objasnjeno im je ukratko na koji način se upitnici popunjavaju i kako da uspešno prijave i sačuvaju svoje rezultate. Ispitanicima je dat rok od nedelju dana da popune upitnike. Celokupna procedura upoznavanja studenata sa istraživanjem trajala je oko 15 minuta.

Ispitanici su upitnike popunjavali putem *web-based* anketnog softvera *Google Forms*, u sklopu Google Drive paketa kompanije Google. Pre nego što su pristupili procesu popunjavanja upitnika, ispitanici su bili obavezni da pročitaju informisanu saglasnost za učešće u istraživanju. Samo i jedino ukoliko su se ispitanici saglasili sa svim informacijama i elementima istraživačke procedure, mogli su da pristupe popunjavanju upitnika. Ispitanici su upitnike popunjavali pod šifrom svog broja indeksa, čija svrha je bila obezbeđivanje mogućnosti za naknadno dobijanje bodova, uz istovremenu zaštitu privatnosti. Ispitanici koji su pristali da učestvuju u istraživanju ostavili su svoje e-mail adrese, kako bi kasnije mogli biti kontaktirani za učešće u drugoj fazi. Ukupno vreme koje je bilo potrebno za popunjavanje upitnika iznosilo je oko 10 do 15 minuta. Softver je bio programiran tako da je odgovor na svako pitanje bio obavezan. U slučaju da ispitanik neko pitanje preskoči, program bi to signalizirao i sa popunjavanjem upitnika bilo je moguće nastaviti tek nakon što se odgovori na dato pitanje. Ova opcija je bila uvedena kako bi se izbegao problem nedostajućih podataka. Tokom popunjavanja upitnika ispitanici su mogli da se vrte na prethodnu stranicu i promene odgovor na neko od pitanja, ukoliko su to želeli. Kada bi završili sa odgovaranjem na sva pitanja, klikom na opciju „SUBMIT“ odgovori ispitanika bili su automatski sačuvani i skladišteni u bazu podataka. Nakon prijavljivanja odgovora, ispitanici im više nisu mogli pristupiti, niti bilo šta menjati.

S obzirom na to da neki upitnici koji su upotrebljeni u ovom istraživanju mere psihopatološke aspekte funkcionisanja, ispitanicima je ponuđeno da, ukoliko to žele, naknadno (nakon završetka druge faze istraživanja) putem e-mail-a budu obavesteni u

slučaju da njihovi skorovi ukažu na to da bi mogli imati koristi od psihološkog savetovanja, pri čemu bi im bio ponuđen spisak organizacija/institucija u okviru kojih mogu dobiti stručnu psihološku pomoć.

2.7.2. Druga faza istraživanja

Da bi ispitanici mogli da učestvuju u drugom krugu istraživanja, bilo je potrebno da bude ispunjeno nekoliko važnih kriterijuma.

- Pre svega, mogućnost za učešće u drugoj fazi istraživanja nisu imali oni ispitanici koji su ostvarili skor > 3 na supskali psihotičnih simptoma sa upitnika PDSQ (od maksimalnih 6 bodova). Ovaj kriterijum uveden je kako bi se izbegli konfundirajući faktori povezani sa učešćem ispitanika koji su potencijalno psihotično dekompenzovani. Naime, ispostavilo se da shizotipija merena upitnikom SPQ-BR statistički značajno korelira sa psihotičnim simptomima sa upitnika PDSQ, $r = .522, p < .001$. Konkretno, primećena je tendencija da osobe koje ostvaruju povišene skorove na shizotipiji paralelno izveštavaju i o više psihotičnih simptoma. Iako se već skor koji podrazumeva ≥ 1 smatra indikativnim za prisustvo psihotičnih simptoma (Zimmerman, 2002), spram konteksta ovog istraživanja bilo je neophodno da se postavi manje strog kriterijum. U slučaju pridržavanja originalnog kriterijuma moglo bi se desiti da se iz istraživanja isključi veliki broj ispitanika koji manifestuju shizotipalne osobine ličnosti, a koji bi upravo trebalo da budu ciljana populacija ove studije. Kako bi se taj rizik izbegao, bilo je neophodno originalni kriterijum učiniti manje strogim, te smo se odlučili da kriterijum postavimo 1 standardnu devijaciju iznad aritmetičke sredine koju na ovoj supskali ostvaruje klaster visoke shizotipije, koji se ispostavio kao najskloniji psihotičnim simptomima, $AS = 1.62, SD = 1.48$. Dakle, svi ispitanici čiji se rezultat nalazio 1 standardnu devijaciju iznad aritmetičke sredine klastera visoke shizotipije bili su isključeni iz daljeg istraživanja, usled povećanog rizika da se više ne radi samo o shizotipalnim karakteristikama, već i o mogućoj psihotičnoj dekompenzaciji.

- Sledeći kriterijum isključivanja ispitanika iz druge faze istraživanja odnosio se na prisustvo obrasca nasumičnog odgovaranja. Kako bi se detektovala tendencija ka nasumičnom odgovaranju, uvedene su tri dodatne stavke u upitnik SPQ-BR, koje su po sadržaju bile samo diskretno izmenjene u odnosu na tri odabrana originalna ajtema upitnika. Oni ispitanici kod kojih je na više od jednog para ajtema postojala neusklađenost odgovora nisu mogli biti uključeni u drugu fazu.
- Konačno, pošto je registrovana statistički značajna negativna korelacija između skora na upitniku SPQ-BR i tendencije ka socijalno poželjnom odgovaranju merene instrumentom SSP, $r = -.439$, $p < .001$, treći kriterijum isključivanja ispitanika iz druge faze istraživanja ticao se tendencije ka smanjenoj spremnosti da se izveštava o psihopatološkim sadržajima. Kako bismo bili sigurniji da naša „kontrolna grupa“ zaista ne interferira sa populacijom koja manifestuje shizotipalne odlike, iz istraživanja su isključeni svi ispitanici koji pripadaju „kontrolnoj grupi“, a na skali SSP postižu skor koji pada 1 standardnu devijaciju iznad aritmetičke sredine uzorka, $AS = 7.35$, $SD = 2.78$.

Svi ostali ispitanici imali su pravo da učestvuju u drugoj fazi istraživanja. Studenti su putem e-mail-a pozivani da učestvuju u drugom delu, a uz poziv za učešće, dostavljeno im je i detaljno objašnjenje o proceduri testiranja i drugim važnim informacijama vezanim za ovaj deo studije. Od ispitanika koji su ispunjavali uslove za učešće u drugoj fazi istraživanja, iz svakog klastera nasumično je odabrano 50 ispitanika koji su kontaktirani putem e-mail-a. U konačan uzorak ušli su oni ispitanici koji su se odazvali pozivu i pristali da učestvuju u sveobuhvatnom testiranju. Kao nadoknadu za učešće, ispitanici su ponovo dobili nagradni bod u okviru predmeta putem kog su bili inicijalno obavešteni o istraživanju. Osim toga, za učesnike druge faze dodatno su obezbeđene besplatne psihološke radionice²⁷ i nagradna igra.

Ispitanici su se za učešće prijavljivali elektronski, preko Google Drive aplikacije, putem linka koji im je poslat na e-mail adresu. Studenti su se prijavljivali u rasporede sa zakazanim terminima za testiranje, ostavljajući svoj broj indeksa, naziv odseka i godinu

²⁷Psihološke radionice su bile obezbeđene iz raloga što su se kod značajnog broja učesnika mogli registrovati indikatori psihičkih tegoba.

studija u prostor pored željenog termina. Testiranje studenata obavljeno je u prostoriji Centra za podršku studentima Filozofskog fakulteta univerziteta u Novom Sadu. Testiranje je trajalo oko 45 minuta po ispitaniku, uz 15 dodatnih minuta koji su bili posvećeni uvodu u istraživačku proceduru, čitanju i potpisivanju informisane saglasnosti za učešće, te debriefingu i zatvaranju procesa učešća u istraživanju. Na samom početku, učesnicima je ukratko prezentovana istraživačka procedura, a potom informisana saglasnost. Nakon upoznavanja sa sadržajem informisane saglasnosti i potpisivanja iste, započinjao je proces testiranja. Kako bi se izbegao efekat kognitivnog zamora, ispitanicima su prvo zadavani testovi kognitivnih sposobnosti, a u cilju prevazilaženja efekta redosleda, zadavanje instrumenata je bilo kontrabalansirano. Nakon kognitivnih zadataka, sledili su zadaci divergentnog mišljenja, računarski prezentovan zadatak za ispitivanje meta-kognicija, a odmah potom i debriefing vezan za ovaj zadatak. Na posletku, ispitanici su popunjavali bateriju upitnika. Ukoliko bi učesnici imali još neka pitanja na kraju celokupne procedure, imali su priliku da ih postave.

2.8. METODI ANALIZE PODATAKA

2.8.1. Prva faza istraživanja

U prvoj fazi istraživanja, na podacima koji su dobijeni putem Skraćenog revidiranog upitnika za procenu shizotipalne ličnosti - SPQ-BR sprovedena je klaster analiza u cilju odgovora na pitanje koje klustersko rešenje je najoptimalnije kada se radi o shizotipiji u nekliničkoj populaciji i može li se detektovati klaster koji po svojim karakteristikama odgovara profilu „benigne shizotipije“ (povišeni skorovi na Kognitivno-perceptivnoj, a prosečni ili sniženi na Interpersonalnoj i Dezorganizovanoj dimenziji). Ono što nas je takođe interesovalo jeste u kakvom odnosu je klustersko rešenje dobijeno na našim podacima sa rezultatima dosadašnjih istraživanja koja su se bavila ovom problematikom.

2.8.1.1. Dvoetapna kros-validaciona procedura

Na skorovima sa Kognitivno-perceptivne, Dezorganizovane i Interpersonalne dimenzije upitnika SPQ-BR primenjena je klaster analiza u skladu sa metodom koji je predložen od strane Asendorpfa i saradnika (Asendorpf, Borkenau, Ostendorf, & van Aken, 2001). Generalno gledano, cilj klaster analize je da grupiše opservacije određenog seta podataka u klaster, na takav način da su opservacije u istom klasteru međusobno sličnije nego opservacije između klastera. Kada je konkretno reč o dvoetapnom kros-validacionom postupku koji predlažu Asendorpf i saradnici (2001), može se reći da on spada u tzv. „replikacione“, odnosno „kros-validacione“ procedure pomoću kojih se procenjuje ponovljivost rezultata klaster analize na poduzorcima osnovnog uzorka (Milligan & Hirtle, 2003). Najboljim rešenjem se smatra ono koje se najdoslednije reprodukuje na „slučajnim“ poduzorcima izvedenim iz bazičnog uzorka (Čolović, 2012). S obzirom na to da ova procedura trenutno predstavlja standard u evropskim studijama tipološke orijentacije, sprovedenim tokom prve decenije dvehiljaditih godina (Asendorpf et al., 2001; Barbaranelli, 2002; Boehm, Asendorpf, & Avia, 2002; Gramzow et al., 2004; Schnabel, Asendorpf, & Ostendorf, 2002), dati metod primenjen je i u našem istraživanju. Postupak je sproveden u programskom okruženju R (modul Cluster) i u statističkom paketu SPSS. U okviru ove procedure uzorak je bio nasumično podeljen na dva dela. Zatim je nad svakim od nasumično formiranih poduzoraka sprovedena dvoetapna klaster analiza. U prvoj etapi je na oba poduzorka sproveden Wardov postupak hijerarhijske klaster analize, pri čemu su zabeleženi centri klastera. Potom je, u drugoj etapi, na oba poduzorka sprovedena nehijerarhijska k-means klaster analiza, ali uz korišćenje centara klastera dobijenih na drugom poduzorku, što je u skladu sa kros-validacionim postupkom koji je primenjivan u klasičnim tipološkim studijama (Asendorpf, et al., 2001), ali i u tipološkim studijama novijeg datuma (Baczyńska, Rowiński, & Cybis, 2016). Ova procedura ponovljena je za rešenja sa tri, četiri, pet i šest klastera, te su različite solucije komparirane prema kriterijumu stabilnosti. Različita klasterska rešenja su poređena pomoću Cohenovog kapa koeficijenta (κ), pri čemu su vrednosti koeficijenata koji su izračunati na poduzorcima uprosečene (Čolović, 2012). Kao prihvatljiva klasterska rešenja smatraju se ona čiji koeficijent stabilnosti (κ) iznosi

.60 ili više (Asendorpf et al., 2001; prema Čolović, Jordanov, & Nenadić, 2014). Kako bi se dobile pouzdanije procene stabilnosti klastera čitava procedura je, prema sugestijama određenih autora (Barbaranelli, 2002), za svaku soluciju, podvrgnuta postupku samouzorkovanja – *bootstrapping*, pri čemu je iz osnovnog skupa uzeto 1000 uzoraka klastera sa vraćanjem.

2.8.1.2. *Bootstrapping postupak*

Suštinski važno pitanje prilikom evaluacije broja klastera odnosi se na to da li odabrano rešenje valjano reprezentuje stvarnu strukturu u podacima, ili je u pitanju artefakt klasterškog algoritma. Ovo pitanje je od posebne važnosti, ako u obzir uzmemo probleme klasičnih klaster-analitičkih postupaka koje navodi Meehl (1992). Kao bazične probleme tradicionalnih postupaka klaster analize, on navodi tendenciju ovih procedura da uvek rezultiraju klasterima, što znači da se lako mogu registrovati kategorije koje zapravo ne postoje, kao i deficit dovoljno efikasnih testova za proveru stabilnosti klasterških rešenja (Čolović, 2011). Jedan od načina za prevazilaženje ovih problema, odnosno za ispitivanje realnosti klasterške strukture podataka, jeste da se proveru da li klasterška rešenja uspeavaju da „opstanu“ pod plauzibilnim varijacijama u setu podataka. Da bi se odredilo do koje mere je neko klasterško rešenje stabilno, koristi se postupak samouzorkovanja (eng. *bootstrapping*). U pitanju je bio standardni neparametrijski postupak samouzorkovanja koji je u našem istraživanju sproveden na matrici prikupljenih podataka tako što je iz osnovnog skupa uzeto 1000 uzoraka klastera, sa vraćanjem. Za svaki klaster u originalnom setu podataka tražen je najslbličniji klaster u novim generisanim uzorcima. Ovde je važno napomenuti da, kod bootstrap procedure u kontekstu klaster analize, nije reč o uzorcima opservacija, već o uzorcima klastera sa vraćanjem. Stabilnost originalnog klasterškog rešenja meri se srednjom vrednošću koeficijenta izračunatog na osnovu svih iteracija (Cohenov kapa (κ) koeficijent). Pri tome se primenjuje pravilo da se klasteri čija vrednost koeficijenta stabilnosti iznosi manje od .60 smatraju nestabilnim. Klasteri čija vrednost stabilnosti iznosi oko .85 i više, mogu se smatrati visoko stabilnim, što znači da su verovatno u pitanju „pravi“ klasteri (Landis &

Koch, 1977). Kao što je već rečeno, u našem istraživanju poređena su rešenja sa 3, 4, 5 i 6 klastera.

2.8.2. Druga faza istraživanja

U drugom krugu istraživanja, kroz postupak koji je detaljno opisan u poglavlju Procedura, pozivani su reprezentativni ispitanici koji su bili podvrgnuti individualnom testiranju. Ispitanici su popunili Upitnik o socio-demografskim i biografskim podacima, Listu kritičnih ajtema sa upitnika PDSQ, upitnike BFI, TAS, MHC-SF i BICB. Zatim su rešavali zadatak fonemske fluentnosti, Brojeve unapred, Brojeve unazad, TMT set A i TMT set B, zadatak upotrebe stvari, zadatak alternativnih znakova i zadatak za procenu meta-kognicija. U statističkim analizama koje su usledile, pripadnost ispitanika nekom od ekstrahovanih klastera u prethodnom koraku bila je nezavisna varijabla, a podaci dobijeni primenom pomenutih instrumenata predstavljali su zavisne varijable. Osnovni cilj drugog dela istraživanja odnosio se na ispitivanje postojanja statistički značajnih razlika na datim varijablama između četiri klastera.

2.8.2.1. Pripremne aktivnosti za analizu podataka iz drugog dela istraživanja

Pre nego što je pristupljeno statističkoj analizi, na matrici sa podacima iz druge faze istraživanja sprovedene su pripremne aktivnosti. Ovaj proces započet je analizom i tretmanom nedostajućih podataka. Metod koji se koristi za analizu nedostajućih podataka najčešće podrazumeva isključivanje ispitanika ili varijabli u okviru kojih su registrovane nedostajuće vrednosti. Odmah posle isključivanja podataka, pristup koji se najčešće primenjuje jeste višestruka imputacija (Oblaković, Sokolovska i Dinić, 2015). Prednost ovog metoda je u tome što je varijabilnost u manjoj meri ugrožena, što su greške parametara manje u odnosu na isključivanje ili zamenu vrednosti pomoću regresije i što je metod otporniji u slučaju narušene multivarijatne normalnosti (Oblaković et al., 2015). Imajući u vidu da bi isključivanje ispitanika kod kojih su prisutni nedostajući podaci na upitničkim merama uticalo na smanjenje uzorka, odlučili smo se za primenu metoda multiple imputacije za varijable na kojima su registrovane nedostajuće vrednosti,

odnosno na stavkama sa instrumenata PDSQ, BFI, TAS i MHC-SF. Nakon analize strukture i obrazaca nedostajućih podataka, pristupili smo procesu imputovanja nedostajućih vrednosti koji je sproveden u statističkom paketu SPSS. U slučaju upitnika PDSQ (ajtemi broj 6 i 8), BFI (ajtemi broj 16 i 24) i TAS (ajtemi 6, 12, 23, 24 i 27) registrovana je po jedna nedostajuća vrednost za svaki od navedenih ajtema, što čini .60% odgovora za svaku stavku posebno. Jedino je na upitniku MHC-SF u slučaju ajtema pod rednim brojem 8 registrovano dva nedostajuća odgovora, što je činilo 1.1% odgovora na toj stavci. Kada je u pitanju broj slučajnih uzoraka na osnovu kojih se formiraju imputovane vrednosti, Rubin (1996) navodi da je optimalan broj imputacija 5, dok Fichman (2003) ističe da je dovoljno 10 imputacija, premda ih je retko neophodno sprovesti više od 5 (Oblaković et al., 2015). Stoga je imputacija nedostajućih vrednosti u našem istraživanju sprovedena u 5 iteracija. Dalja obrada podataka je vršena je nad vrednostima koje su dobijene u poslednjem, odnosno 5. koraku. Nakon analize i zamene nedostajućih vrednosti, sledeći stadijum predstavljao je uvid u autlajere (eng. outlier) i u deskriptivne pokazatelje varijabli, pri čemu je poseban akcenat stavljen na ispitivanje normalnosti distribucije. Pošto normalna raspodela predstavlja jedan od fundamentalnih uslova za sprovođenje parametrijskih statističkih procedura, nužno je bilo na početku proveriti eventualnu narušenost ovog uslova. Kako bismo odgovorili na pitanje da li distribucije naših varijabli u značajnoj meri odstupaju od normale, oslonili smo se na pokazatelje skjunis i kurtosis, kao i na testove normalnosti distribucije, kao što su Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovi.

2.8.2.2. Utvrđivanje razlika između klastera na biografskim, personološkim, kognitivnim i meta-kognitivnim varijabama

U narednom stadijumu istraživanja cilj analize podataka bio je da se utvrdi da li između klastera, formiranih na osnovu skorova na različitim dimenzijama shizotipije, postoje statistički značajne razlike na nizu varijabli koje potencijalno mogu biti važni korelati adaptivnih ili maladaptivnih obrazaca shizotipalnih manifestacija. U statističkim analizama koje su sprovedene na osnovu podataka prikupljenih u drugoj fazi našeg istraživanja, nezavisna varijabla bila je pripadnost klasteru, dok su zavisne varijable bile

demografski i biografski podaci, determinante psihopatologije i mentalnog zdravlja, personološke karakteristike, tendencija ka kreativnosti i divergentnom mišljenju, kognitivna efikasnost i meta-kognitivni stilovi. Sve statističke procedure koje su primenjene za analizu podataka iz druge faze istraživanja, sprovedene su u softverskom paketu SPSS.

Kada su zavisne varijable bile kategorijalne, odnosno nominalne prirode, kao što je to slučaj kod demografskih i biografskih podataka, a nezavisna varijabla u vidu pripadnosti određenom klasteru takođe je bila kategorijalnog tipa, primenjen je χ^2 test. Da bi sprovođenje χ^2 testa moglo biti adekvatno, neophodno je bilo da se zadovolji preduslov prema kom broj ćelija u kojima su očekivane vrednosti manje od 5 ne prelazi 20% (Yates, Moore, & McCabe, 1999, p. 734). U slučaju kada je kod nekih varijabli broj ćelija sa očekivanim vrednostima manjim od 5 bio veći od 20%, sprovedeno je sažimanje kategorija, ukoliko je ono bilo logički opravdano. Za one varijable gde dati uslov nije bio ispunjen, a sažimanje kategorija nije delovalo smisleno, prikazane su samo frekvence i procenti prema klasterima.

U slučaju gde su zavisne varijable bile kontinuirane prirode (skorovi na upitnicima psihopatoloških simptoma, blagostanja, osobina ličnosti, kreativnog ponašanja, zadacima divergentnog mišljenja, kognitivnim i meta-kognitivnim zadacima), te ukoliko su uslovi koji se tiču normalnosti distribucije i homogenosti varijanse, kovarijanse ili varijanse greške bili zadovoljeni, sprovedene su, u zavisnosti od konteksta, jednosmerna analiza varijanse (ANOVA), multivarijatna analiza varijanse (MANOVA) ili analiza kovarijanse (ANCOVA). Pre sprovođenja svakog od navedenih parametrijskih statističkih metoda, proveravan je uslov koji se tiče normalnosti raspodele pomoću pokazatelja skjunis i kurtosis, te pomoću Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testova za ispitivanje normalnosti. Pre sprovođenja ANOVA-e, homogenost varijanse testirana je Leveneovim testom. Ukoliko bi se test ispostavio kao statistički neznačajan, prelazilo bi se na sprovođenje ANOVA-e. Pošto u našem slučaju jednakost opservacija u grupama nije bila u potpunosti balansirana (broj ispitanika u grupama samo je približno ujednačen) pre sprovođenja MANOVA-e obavezno je testirana pretpostavka o jednakosti matrica kovarijansi između grupa, kao važan preduslov za sprovođenje ove statističke procedure. Ispunjenost uslova jednakosti matrica kovarijansi testirana je Box's *M* testom. Pošto je

ovaj test visoko senzitivnan, kao validan α nivo značajnosti uzima se .001, što znači da sve dok p vrednost nije manja od ovog nivoa, može se smatrati da je dati uslov ispunjen (Tabachnick & Fidell, 2001).

Iako je poznato da su parametrijske statističke tehnike poprilično robustne kada je u pitanju kršenje uslova normalnosti, zarad veće sigurnosti u verodostojnost naših rezultata, u slučaju pojedinih kontinuiranih varijabli gde su uslovi normalnosti ili homogenosti varijanse bili grubo narušeni, primenjena je neparametrijska alternativa za analizu varijanse, tj. Kruskal-Wallis H test. Ovaj test predstavlja jednosmernu analizu varijanse sprovedenu na rangovima u cilju utvrđivanja da li uzorci potiču iz zajedničke distribucije. Kruskal-Wallis H test sproveden je u slučaju nekih kognitivnih zadataka i meta-kognitivnih varijabli.

2.9. REZULTATI

2.9.1. Prva faza istraživanja

2.9.1.1. Deskriptivni statistički pokazatelji

Kao što je već rečeno, prva faza istraživanja bila je usmerena na ispitivanje klastera shizotipije formiranih na osnovu dimenzija upitnika SPQ-BR. Deskriptivni statistički pokazatelji na inicijalnom uzorku za tri dimenzije shizotipije i ukupan skor na instrumentu SPQ-BR prikazani su u Tabeli 3. Korelacije između shizotipije, prisustava psihotičnih simptoma (PDSQ) i tendencije ka socijalnoj poželjnosti (SSP) prikazane su u Tabeli 4. Na osnovu deskriptivnih statističkih pokazatelja u Tabeli 3 možemo videti da se za sve varijable sa upitnika SPQ-BR skjunis i kurtosis kreću u opsegu koji ne ukazuje na grubu narušenost normalnosti distribucija.

Tabela 3

Deskriptivni statistički pokazatelji za tri dimenzije shizotipije i sumacioni skor na upitniku SPQ-BR

Dimenzije	N	Min.	Maks.	AS	SD	Skjunis	Kurtosis
-----------	-----	------	-------	------	------	---------	----------

upitnika						SG = .09	SG = .18
Kognitivno-perceptivna	775	14	61	31.33	9.63	.52	-.13
Interpersonalna	775	10	47	23.30	8.31	.56	-.28
Dezorganizovana	775	8	40	19.46	6.89	.52	-.28
Ukupni skor	775	32	139	74.09	20.54	.50	-.03

Napomena. SG = standardna greška.

U Tabeli 4 može se videti da između različitih dimenzija shizotipije i psihotičnih simptoma postoje značajne pozitivne korelacije. Najviša korelacija registrovana je između Kognitivno-perceptivne dimenzije i psihotičnih simptoma, $r = .55$, $p < .01$. Ono što je takođe važno uočiti, jeste pristustvo značajne slabe do umerene negativne povezanosti između tri dimenzije shizotipije i tendencije ka socijalnoj poželjnosti. Od svih dimenzija shizotipije, ispitanici su najviše skloni da minimiziraju indikatore Dezorganizovanosti, $r = -.43$, $p < .01$.

Tabela 4

Pirsonov koeficijent korelacije između mera shizotipije sa upitnika SPQ-BR, socijalne poželjnosti (SSP) i supskale psihotičnosti sa upitnika PDSQ

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kognitivno-perceptivna dimenzija (1)					
Interpersonalna dimenzija (2)	.50**				
Dimenzija dezorganizovanosti (3)	.53**	.55**			
Ukupan skor na upitniku SPQ-BR (4)	.85**	.82**	.81**		
Psihotični simptomi – PDSQ (5)	.55**	.32**	.40**	.52**	
Socijalna poželjnost – SSP (6)	-.32**	-.36**	-.43**	-.44**	-.24**

** $p < .01$

2.9.1.2. Dvoetapna kros-validaciona procedura

U cilju ekstrahovanja grupa ispitanika koje se odlikuju različitim shizotipalnim obrazacima, u prostoru tri dimenzije upitnika SPQ-BR (Kognitivno-perceptivnoj, Interpersonalnoj i dimenziji Dezorganizovanosti) sprovedena je klaster analiza, odnosno dvoetapna kros-validaciona procedura i postupak samouzorkovanja.

2.9.1.3. Postupak samouzorkovanja

Radi provere i pouzdanije procene stabilnosti različitih klusterskih rešenja primenjena je metoda samouzorkovanja. U Tabeli 5 prikazane su vrednosti Cohenovog κ koeficijenata za različita klusterska rešenja.

Tabela 5

Prikaz rezultata procedure samouzorkovanja (bootstrap)

	Broj klastera			
	3	4	5	6
κ	0.795	0.849	0.890	0.757
Bias	0.157	0.056	-0.069	0.018
SG	0.058	0.089	0.119	0.114

Napomena. κ = Cohenov kapa koeficijent; SG = standardna greška.

Kao što se iz Tabele 5 može videti, kao najstabilnija rešenja ispostavile su se solucije sa 4 i 5 klastera, na šta nam ukazuje vrednost koeficijenta stabilnosti, premda su se i preostale dve solucije pokazale kao relativno stabilne ($\kappa > .60$). Rezultati dosadašnjih istraživanja pružaju snažnu empirijsku podršku četvoroklusterskom rešenju (Williams, 1994; Loughland & Williams, 1997; Suhr & Spitznagel, 2001; Goulding, 2005; Barrantes-Vidal et al., 2010), te ono pokazuje jasnu empirijsku superiornost u odnosu na opciju sa pet klastera. Osim toga, iz Priloga 1 vidi se da u slučaju petoklusterskog rešenja postoje dva relativno redundantna klastera, a to su klaster kod kog su skorovi na svim supskalama shizotipije generalno prosečni i klaster gde su skorovi na tri dimenzije shizotipije generalno ispodprosečni. Čini se da klaster „prosečne shizotipije“ suštinski ne nudi ništa novo u odnosu na klaster „niske shizotipije“. Stoga smo se u našem istraživanju opredelili za model sa četiri klastera, kao osnovu za dalje analize.

2.9.1.4. Struktura klastera u prostoru upitnika SPQ-BR

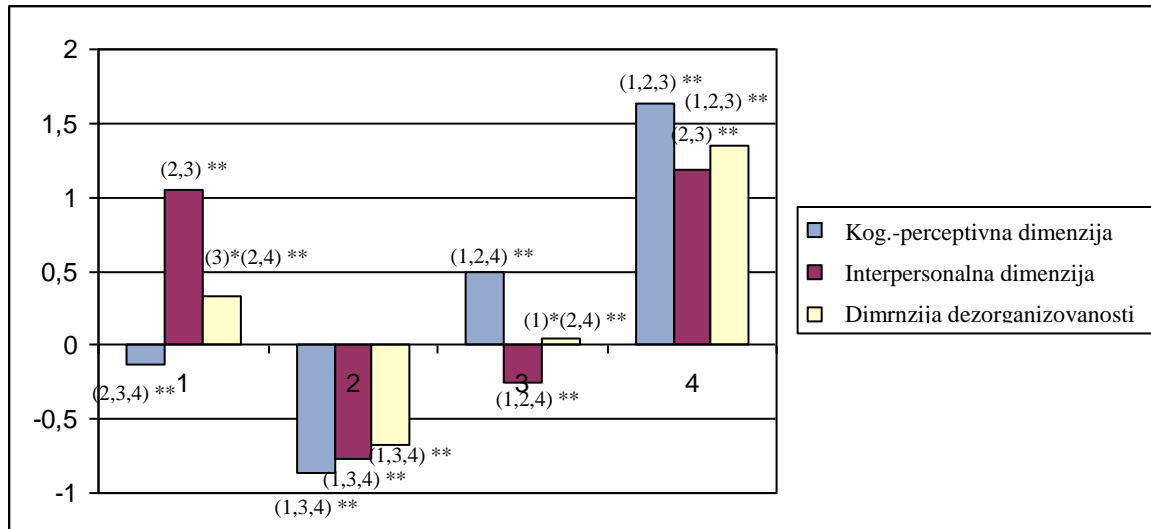
Prikaz standardizovanih skorova na dimenzijama upitnika SPQ-BR za četiri klastera koja su izolovana dvoetaptom kros-validacionom procedurom dat je na Grafiku 1. Tabela prikaz deskriptivnih pokazatelja za nestandardizovane skorove četiri klastera na dimenzijama upitnika SPQ-BR nalazi se u Prilogu 2, a deskriptivni pokazatelji za standardizovane (z) skorove prikazani su u Prilogu 3.

Ispitanici koji su klasifikovani u prvi klaster ($N = 149$) postižu izraženo nadprosečne skorove na Interpersonalnoj dimenziji (Grafik 1), što znači da manifestuju naglašenu tendenciju ka socijalnom povlačenju, imaju malo socijalnih kontakata, prisutne su poteškoće na planu interpersonalnog funkcionisanja, uz socijalnu anksioznost, tendenciju ka izolaciji i emocionalnoj zaravnjenosti. Preostale dve dimenzije pretežno se nalaze oko proseka, pa je ovaj klaster imenovan kao ***klaster socijalnog povlačenja***.

Ispitanici koji su svrstani u drugi klaster ($N = 303$) ostvaruju skorove ispod proseka na sve tri dimenzije shizotipije (Grafik 1). To znači da ove osobe generalno nemaju izraženu sklonost ka shizotipalnim iskustvima i odlikama, pa je stoga ova grupa imenovana kao ***klaster niske shizotipije***.

Kod trećeg klastera ($N = 214$) primetna je tendencija ka iznadprosečnom skor na Kognitivno-perceptivnoj dimenziji, blago ispodprosečnim rezultatima na Interpersonalnoj dimenziji, te prosečnom postignuću na dimenziji Dezorganizovanosti (Grafik 1). Kod ispitanika iz ovog klastera, najviše je izražena tendencija ka magijskom mišljenju i anomalnim perceptivnim iskustvima, dok je tendencija ka socijalnoj izolaciji, te dezorganizovanom mišljenju i ponašanju slabije izražena. Ovaj klaster je u našem istraživanju imenovan kao ***klaster neobičnih iskustava***. Čini se da bi ovaj klaster u najvećoj meri mogao odgovarati benignoj shizotipiji koju odlikuje prisustvo pozitivnih shizotipalnih simptoma, uz slabu izraženost negativnih i dezorganizovanih aspekata.

Ispitanici koji su svrstani u četvrti klaster ($N = 109$) manifestuju naglašeno visoke skorove na sve tri dimenzije shizotipije. Usled toga, ovu grupu subjekata nazvali smo ***klasterom visoke shizotipije***.



Grafik 1. Aritmetiče sredine standardizovanih (z) skorova na dimenzijama upitnika SPQ-BR za četiri izdvojena klastera. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

** $p < .01$, * $p < .05$.

U cilju jasnije identifikacije i deskripcije klastera, sprovedena je jednosmerna multivarijatna analiza varijanse - MANOVA, gde je pripadnost klasteru bila nezavisna varijabla, a normalizovani skorovi (po Blom-u) na tri dimenzije upitnika SPQ-BR predstavljali su zavisne varijable. Pošto prema Box-ovom M testu kriterijum koji se tiče homogenosti matrica kovarijansi nije bio zadovoljen, Box's $M(18) = 118.49$, $F = 6.53$, $p < .001$, umesto Wilk-ove lambde (Wilks' lambda), odlučili smo se za Pillai's Trace test. Ovaj statistik smo odabrali iz razloga što je veoma robustan kada je u pitanju kršenje uslova homogenosti varijanse i kovarijanse između grupa, a takođe nije povezan ni sa zahtevom za normalnošću distribucije podataka. Putem MANOVA-e registrovane su na opštem nivou statistički značajne razlike između klastera na različitim dimenzijama shizotipije, Pillai's Trace = 1.16, $F(9, 2313) = 161.29$, $p < .001$, što nije ništa novo, imajući u vidu da cilj klaster analize upravo i jeste maksimiziranje razlika između, a minimiziranje razlika unutar klastera. Međutim, kako bismo jasnije definisali izdvojene klastera i utvrdili na kojim tačno dimenzijama su prisutne razlike između grupa, za svaku dimenziju shizotipije sprovedena je jednosmerna ANOVA. Prethodno je pomoću Levene-ovog testa proverena pretpostavka o homogenosti varijanse greške. Iako je ovaj uslov bio

ispunjen samo u slučaju dimenzije Dezorganizovanosti, $F(3, 771) = 2.04$, $p = .11$, za Kognitivno-perceptivnu dimenziju, $F(3, 771) = 5.68$, $p = .001$ i Interpersonalnu dimenziju, $F(3, 771) = 20.23$; $p < .001$, dati kriterijum nije bio zadovoljen. Premda je važna pretpostavka za primenu parametrijskih tehnika u ovom slučaju prekršena, ipak smo odlučili da ostanemo pri sprovođenju ANOVA-e, usled njene relativne robustnosti na kršenje uslova i njene veće statističke moći u odnosu na neparametrijski pristup, jer nam je u ovom segmentu rada bilo važno najpre da na što precizniji način utvrdimo osobenosti ekstrahovanih klastera. U Tabeli 6 prikazani su rezultati jednosmernih ANOVA za sve tri dimenzije upitnika SPQ-BR. Možemo videti da su razlike između grupa značajne na svim supskalama upitnika, odnosno na Kognitivno-perceptivnoj dimenziji, $F(3, 771) = 584.14$, $p < .001$, Interpersonalnom, $F(3,771) = 413.30$, $p < .001$ i Dezorganizovanom faktoru, $F(3,771) = 201.93$, $p < .001$.

Tabela 6

Prikaz jednosmernih ANOVA za tri dimenzije upitnika SPQ-BR

Zavisne varijable	Suma kvadrata	Stepeni slobode	Prosečni kvadrati	F	p	η_p^2
Kognitivno-perceptivna dimenzija	532.17	3, 771	177.39	584.14	.000	.69
Interpersonalna dimenzija	468.37	3, 771	156.12	413.30	.000	.62
Dimenzija dezorganizovanosti	332.73	3, 771	110.91	201.93	.000	.44

Radi odgovora na pitanje između kojih tačno grupa postoje značajne razlike na ovim dimenzijama, sproveli smo seriju post hoc Sheffe-ovih testova. Na Grafiku 1 možemo videti da su na Kognitivno-perceptivnoj dimenziji registrovane statistički značajne razlike između svih klastera i sve razlike su značajne na nivou $p < .001$. Najviše skorove na ovoj dimenziji ostvaruje klaster visoke shizotipije, zatim sledi klaster neobičnih iskustava, potom klaster socijalnog povlačenja, a najniže skorove manifestuje klaster niske shizotipije. Kada je reč o Interpersonalnoj dimenziji, možemo primetiti da su razlike između svih klastera značajne na nivou $p < .001$, osim u slučaju razlike između klastera socijalnog povlačenja i klastera visoke shizotipije, koja se nije pokazala kao značajna. Na Grafiku 1 možemo videti da klaster visoke shizotipije ostvaruje najviše

rezultate na ovoj dimenziji, a odmah potom sledi klaster socijalnog povlačenja. Klaster neobičnih iskustava ostvaruje ispodprosečne skorove, a klaster niske shizotipije pokazuje najmanju tendenciju ka socijalnoj izolaciji i interpersonalnim problemima. Kada je u pitanju dimenzija Dezorganizovanosti, Sheffe post hoc test je pokazao da se klaster neobičnih iskustava i klaster socijalnog povlačenja statistički značajno razlikuju na nivou $p = .02$, dok su sve ostale razlike između klastera značajne na nivou $p < .001$. Na Grafiku 1 vidi se da klaster visoke shizotipije manifestuje najveću tendenciju ka dezorganizovanosti, zatim sledi klaster socijalnog povlačenja sa blago iznadprosečim skorovima, potom klaster neobičnih iskustava sa prosečnim rezultatom, i na posletku klaster niske shizotipije koji manifestuje najslabije izraženu sklonost ka dezorganizovanom mišljenju i ponašanju.

2.9.2. Druga faza istraživanja

2.9.2.1. Struktura ispitanika prema klasterima u drugom delu istraživanja

Prilikom sprovođenja druge faze istraživanja, vođeno je računa o tome da broj ispitanika u okviru svakog od četiri klastera bude međusobno približno jednak. Usled toga, iz svakog klastera nasumično je odabrano 50 ispitanika koji su putem e-mail-a pozvani da učestvuju u drugom delu istraživanja. Oni ispitanici koji su se odazvali pozivu za učešće, ušli su u drugu fazu istraživanja. Prikaz broja i procenta ispitanika prema klasterima shizotipije, dat je u Tabeli 7.

Tabela 7

Prikaz broja i procenta ispitanika prema klasterima shizotipije u drugoj fazi istraživanja

	<i>N</i>	Procenat	Kumulativni procenat
Klaster socijalnog povlačenja	46	25.4	25.4
Klaster niske shizotipije	45	24.9	50.3
Klaster neobičnih iskustava	47	26.0	76.2
Klaster visoke shizotipije	43	23.8	100.0
Σ	181	100.0	

2.9.2.2. Deskriptivna analiza podataka

Pošto normalna raspodela predstavlja jedan od fundamentalnih uslova za sprovođenje parametrijskih statističkih procedura, nužno je bilo na početku proveriti eventualnu narušenost ovog uslova. Kako bismo odgovorili na pitanje da li distribucije naših varijabli u značajnoj meri odstupaju od normale, oslonili smo se na pokazatelje skjunis i kurtosis, kao i na testove normalnosti distribucije, poput Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testova. Na osnovu Tabele 8 možemo videti da se za sve varijable, osim onih sa instrumenta TMT i određenih meta-kognitivnih pokazatelja, vrednosti skjunis i kurtosis kreću u prihvatljivim okvirima (između +/- 2), koji ne ukazuju na grubu narušenost normalnosti distribucije.

Tabela 8.

Deskriptivni statistički pokazatelji za sve kontinuirane varijable u drugoj fazi istraživanja pre normalizacije skorova

Varijable	N	Min.	Maks.	AS	SD	Skjunis (SG=.18)•	Kurtosis (SG=.36)•
Psihopatološki simptomi	181	0	20	5.33	4.61	1.10	.74
Ekstraverzija	181	14	40	28.26	6.30	-.35	-.75
Prijatnost	181	13	45	34.81	5.67	-.81	.52
Savesnost	181	14	44	30.57	5.97	-.39	-.46
Neuroticizam	181	10	38	23.12	6.13	.21	-.55
Otvorenost ka iskustvu	181	16	50	37.09	6.72	-.32	-.13
Apsorpcija	181	36	131	74.81	18.85	.42	-.35
Emocionalno blagostanje	181	4	18	14.19	2.73	-1.13	1.10
Socijalno blagostanje	181	5	30	16.51	5.24	.14	-.44
Psihološko blagostanje	181	9	36	24.47	6.48	-.41	-.64
Kreativno ponašanje	181	0	20	7.08	4.15	.55	-.26
Fonemska fluentnost	181	16	56	35.60	7.92	.28	-.19
Brojevi unapred	181	4	13	8.15	1.93	.19	-.45
Brojevi unazad	181	4	13	7.03	1.75	.75	.30
TMT set A	181	11	74	28.38	10.69	1.76	4.05
TMT set B	181	16	127	38.66	15.15	2.32	9.21
Indeks egzekutivnosti B/A	181	.59	3.33	1.43	.48	1.37	2.90

Fluentnost (zadatak upotrebe stvari)	181	2	17	5.93	2.40	.91	1.78
Fleksibilnost (zadatak upotrebe stvari)	181	1	9	4.17	1.66	.43	.04
Originalnost (zadatak upotrebe stvari)	181	0	19	6.09	3.68	.77	.43
Elaboracija (zadatak upotrebe stvari)	181	0	13	4.89	2.87	.28	-.63
Fluentnost (zadatak alternat. znakova)	181	0	12	5.57	2.23	.59	.15
Fleksibilnost (zadatak alternat. znakova)	181	0	9	4.36	1.65	.20	-.36
Originalnost (zadatak alternat. znakova)	181	0	21	6.74	4.04	.98	.91
Elaboracija (zadatak alternat. znakova)	181	0	14	6.13	2.76	.39	-.13
Meta-kognicije (utisak) - neobično	167	0	10	6.62	3.00	-.64	-.71
Meta-kognicije (utisak) - zanimljivo	167	0	10	8.38	2.30	-1.68	2.24
Meta-kognicije (utisak) - stresno	167	0	10	.59	1.53	3.81	16.65
Meta-kognicije (utisak) - preteće	167	0	7	.22	.87	5.56	34.22
Meta-kognicije – zagonetka	168	0	10	6.80	2.52	-.44	-0.65
Meta-kognicije – normalno iskustvo	168	0	10	4.91	3.12	-.13	-1.12
Meta-kognicije – neko je umešan u ovo	168	0	10	2.65	3.40	.96	-.54
Meta-kognicije – kompjuter čita misli	168	0	10	.40	1.32	4.76	25.79
Meta-kognicije – namerno...	168	0	8	.40	1.15	3.83	16.89
Meta-kognicije – deo veće zavere	168	0	10	.71	1.71	2.88	8.66
Meta-kognicije – sa mnom nešto nije u redu	168	0	8	.16	.73	8.20	82.18
Stil odgovora – prihvatanje iskustva	168	0	10	5.41	2.97	-.15	-.99
Stil odgovora – razumno objašnjenje	168	2	10	7.84	2.13	-.88	-.09
Stil odgovora – izbegavanje	168	0	10	3.11	2.82	.86	-.05
Stil odgovora – kontrolisanje	167	0	10	3.83	3.22	.44	-.98
Stil odgovora – puštanje	168	0	10	4.64	2.84	.01	-.84
Stil odgovora – briga	168	0	10	4.19	3.36	.21	-1.23
Stil odgovora – vera u objašnjenje	167	0	10	5.52	3.21	-.28	-1.03
Stil odgovora- odustajanje	168	0	10	2.66	2.72	.80	-.38

Napomena. SG = standardna greška. • Za sve varijable sa Upitnika za procenu meta-kognitivnih uverenja $SG(\text{skjunis}) = .19$, a $SG(\text{kurtosis}) = .37$.

Međutim, testovi normalnosti prikazani u Prilogu 4 ukazuju na to da kod većine varijabli postoji statistički značajno odstupanje od normalne distribucije. Stoga smo se odlučili za normalizaciju podataka. Standardizacija i normalizacija predstavljaju dva načina pomoću kojih je moguće matematički transformisati sirove skorove varijabli (Osborne, 2002). Standardizovani skorovi koriste se za kreiranje jednakih mernih jedinica u okviru distribucije skorova. Međutim, sve dok distribucija standardnih skorova nije

normalizovana, ona će zadržati svoj originalni oblik (Solomon & Sawilowsky, 2009). Stoga je normalizacija često korišćena procedura u cilju zadovoljenja uslova za sprovođenje parametrijskih tehnika, kada je normalnost distribucije značajno narušena. Wimberly (1975) je favorizovao transformacije zasnovane na rangu u odnosu na druge normalizujuće transformacije (poput logaritamske, eksponencijalne ili transformacije zasnovane na korenu), usled njene superiorne tačnosti kada su u pitanju slučajni skorovi različitih varijabli. Transformacija zasnovana na rangu teži da standardizuje aritmetičku sredinu, te da homogenizuje varijansu skorova, uz vođenje računa o parametrima kao što su skjunis i kurtosis (Solomon & Swilowsky, 2009). Normalizovani rang skorovi predstavljaju aproksimaciju očekivanom redu, pretpostavljajući normalnu distribuciju. Uprkos tome što postoji nekoliko varijacija rang transformacije, odlučili smo se za Blom-ovu formulu, jer se pokazalo da bolje fituje normalnu distribuciju (Bonate, 2000). Formula za transformaciju po Blom-u glasi:

$$R_{z(i)} = \Psi[R_i - 3/8] / n + 1/4$$

gde je $R_{z(i)}$ rang normalizovani skor, R_i je rang i -te opservacije, n je broj validnih opservacija bez nedostajućih vrednosti za datu varijablu, a Ψ je inverzna kumulativna normalna (PROBIT) fukcija (Bonate, 2000). Normalizovana rang transformacija centrira rangove na nultu vrednost i forsira skorove da budu simetrični oko nule (Bonate, 2000). Čini se da Blom-ova formula nešto bolje fituje normalnu distribuciju u odnosu na ostale formule u spektru rang transformacija (Blom, 1958; Bonate, 2000; Tukey, 1962) te smo se odlucili za njenu primenu, premda tek neki noviji podaci prema autorima Solomon i Sawilowsky (2009) ukazuju na superiornost Rankit pristupa.

Nakon što je sprovedena transformacija sirovih skorova u normalizovane rang skorove prema Blom-ovoj formuli, može se primetiti da su se skjunis i kurtosis kod gotovo svih varijabli, osim u slučaju nekoliko meta-kognitivnih, još više približili parametrima normalne distribucije (Prilog 5). Takođe je veoma značajna činjenica da su nakon normalizacije skorova Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovi za većinu upitničkih varijabli postali statistički neznačajni (osim u slučaju psihopatoloških simptoma i emocionalnog blagostanja) što potvrđuje da su date distribucije

normalizovane (Prilog 6). Kada su u pitanju varijable dobijene zadavanjem različitih zadataka, možemo videti da su testovi normalnosti distribucije postali neznačajni samo u slučaju fonemske fluentnosti, TMT-a i originalnosti sa zadatka alternativnih znakova (Prilog 6).

Dalje, sprovedena je analiza autlajera, tj. ekstremnih vrednosti. Kako rang transformacija prema Blom-u homogenizuje varijansu skorova, njena primena rezultira u odsustvu ekstremnih vrednosti. Univarijatna i multivarijatna analiza autlajera je sprovedena nakon normalizacije varijabli. Registrovano je svega nekoliko autlajera, međutim, odlučili smo se da ih zadržimo u analizi bez ikakvog intervenisanja. S obzirom na to da su identifikovani autlajeri pre rezultat odgovora ispitanika koji u značajnoj meri odstupaju od većine (što je za studije koje se bave subkliničkim i kliničkim fenomenima ne samo očekivano, već i poželjno), a ne rezultat greške, odlučili smo se da ih zadržimo u analizama, jer nam mogu otkriti potencijalno važne podatke o karakteristikama ispitanika sa nekim subkliničkim indikatorima, koji upravo i jesu u fokusu ovog istraživanja. Čini se da nije opravdano izbaciti ili modifikovati opservaciju samo zato što ima karakteristike autlajera, sve dok nismo sigurni da je u pitanju greška u procesu prikupljanja/unošenja podataka ili rezultat čije prisustvo u značajnoj meri utiče na parametre varijabli.

2.9.2.3. Demografski podaci i biografske varijable

Zbog velikog broja varijabli koje su ispitivane Upitnikom demografskih i biografskih podataka, zarad lakše preglednosti, prikaz rezultata ćemo započeti sa onim varijablama kod kojih su se razlike između klastera pokazale kao statistički značajne. U slučajevima kada je bio ispunjen uslov za sprovođenje χ^2 testa, odnosno gde je broj ćelija sa očekivanim vrednostima ispod 5 bio manji od 20%, nisu vršene nikakve dodatne intervencije. Međutim, za one varijable kod kojih nije bio ispunjen ovaj uslov, izvršeno je sažimanje kategorija, ukoliko je takvo sažimanje bilo na neki način smisljeno. U slučajevima kada sažimanje kategorija nije moglo biti opravdano ni po kom logičkom osnovu, prikazane su samo frekvence prema klasterima shizotipalnih iskustava za date varijable.

Kada je u pitanju tendencija ka različitim stilovima afektivne vezanosti (siguran, preokupiran, strašljiv i otpisujući obrazac), možemo videti da je χ^2 test statistički značajan, $\chi^2(9) = 36.01$, $p < .001$, odnosno da između klastera postoje statistički značajne razlike. Na osnovu krostabulacije prikazane u Tabeli 9 jasno se može uočiti da klaster niske shizotipije (75.6%) i klaster neobičnih iskustava (72.3%) u većoj meri pokazuju tendenciju ka sigurnom stilu afektivne vezanosti u poređenju sa klasterom socijalne izolacije (37.0%) i klasterom visoke shizotipije (34.9%), koji manifestuju izraženiju sklonost ka preokupiranom i bojažljivom stilu.

Tabela 9

Rezultati χ^2 testa za tendenciju ka različitim stilovima afektivne vezanosti

Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	p	Kramerov V koeficijent	p	Koeficijent kontigencije	p
Stil afektivne vezanosti	SP	NS	NI	VS	36.01	9	.000	.26	.000	.41	.000
Siguran	N	17	34	34	15						
	%	37.0	75.6	72.3	34.9						
Preokupiran	N	10	3	6	11						
	%	21.7	6.7	12.8	25.6						
Strašljiv	N	15	2	2	11						
	%	32.6	4.4	4.3	25.6						
Otpisujući	N	4	6	5	6						
	%	8.7	13.3	10.6	14.0						

Napomena. ss = stepeni slobode. SP = socijalno povlačenje, NS = niska shizotipija, NI = neobična iskustva, VS = visoka shizotipija.

Kada je u pitanju konzumiranje cigareta, u Tabeli 10 možemo videti da je χ^2 test statistički značajan, $\chi^2(3) = 8.34$, $p < .05$, odnosno da postoje značajne razlike između klastera u odnosu na ovu varijablu. Ispitanici koji spadaju u klaster visoke shizotipije u najvećoj meri pokazuju sklonost ka konzumiranju cigareta (41.9%), dok je to kod ispitanika sa tendencijom ka socijalnom povlačenju slučaj u 28.3%. Samo 17.8% ispitanika iz klastera niske shizotipije i 19.1% ispitanika iz klastera neobičnih iskustava navodi da konzumiraju cigarete.

Tabela 10

Rezultati χ^2 testa za tendenciju ka konzumiranju cigareta

Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	p	Kramerov V koeficijent	p	Koeficijent kontigencije	p
-----------	----------	--	--	--	----------	----	-----	-----------------------------	-----	-----------------------------	-----

Konzumiranje cigareta		SP	NS	NI	VS	8.34	3	.04	.22	.04	.21	.04
Da	<i>N</i>	13	8	9	18							
	%	28.3	17.8	19.1	41.9							
Ne	<i>N</i>	33	37	38	25							
	%	71.7	82.2	80.9	58.1							

Napomena. ss = stepeni slobode. SP = socijalno povlačenje, NS = niska shizotipija, NI = neobična iskustva, VS = visoka shizotipija.

U okviru upitnika koji je primenjen u našem istraživanju hereditet je operacionalizovan kao prisustvo simptoma jednog ili više mentalnih poremećaja kod nekog od rođaka ispitanika. U Tabeli 11 možemo videti da su dobijene statistički značajne razlike između grupa kada je u pitanju hereditet, $\chi^2(3) = 20.34$, $p < .001$. Na osnovu krostabulacija jasno se vidi da ispitanici koji pripadaju klasteru visoke shizotipije čak u 63.4% slučajeva navode da je neko od njihovih srodnika imao neku vrstu simptoma mentalnog poremećaja, dok je to slučaj u samo 21.7% kod ispitanika iz klastera neobičnih iskustava, 26.7% kod ispitanika iz klastera niske shizotipije i 28.9% kod socijalno povučenih ispitanika.

Tabela 11

Rezultati χ^2 testa za prisustvo hereditarne komponente

Varijabla		Klasteri				χ^2	ss	<i>p</i>	Kramerov <i>V</i> koeficijent	<i>p</i>	Koeficijent kontigencije	<i>p</i>
		SP	NS	NI	VS							
Hereditet					20.34	3	.000	.34	.000	.32	.000	
Da	<i>N</i>	13	12	10	26							
	%	28.9	26.7	21.7	63.4							
Ne	<i>N</i>	32	33	36	15							
	%	71.1	73.3	78.3	36.6							

Napomena. ss = stepeni slobode. SP = socijalno povlačenje, NS = niska shizotipija, NI = neobična iskustva, VS = visoka shizotipija.

Varijabla koja se odnosila na vršnjački status ispitanika tokom odrastanja podrazumevala je inicijalno 4 kategorije. Pošto je u čak 8 ćelija (tj. u 50.0% slučajeva) očekivana vrednost bila manja od 5 (minimalna očekivana vrednost iznosila je 1.43) pristupljeno je proceduri sažimanja kategorija. Kako su kategorije “*izolovan i distanciran*” i “*odbačen i maltretiran*” bile najslabije zastupljene u grupama, odlučeno je da ove dve kategorije budu sažete, što je rezultiralo varijablom sa tri nivoa, kao što se može videti u Tabeli 12. U istoj tabeli, vidi se da je χ^2 test statistički značaja, $\chi^2(6) =$

16.51, $p < .05$, odnosno da se među klasterima mogu registrovati statistički značajne razlike u pogledu statusa i prihvaćenosti među vršnjacima tokom detinjstva. Vidimo da o prihvaćenosti u široj vršnjačkoj grupi u najvećoj meri izveštavaju ispitanici iz klastera niske shizotipije (46.7%) i ispitanici iz klastera neobičnih iskustava (46.8%), dok je to kod ispitanika iz klastera socijalnog povlačenja bio slučaj u manjoj meri (30.4%). Ispitanici iz klastera visoke shizotipije su u vidno najmanjem procentu izveštavali o statusu prihvaćenosti u široj vršnjačkoj zajednici tokom detinjstva (18.6%).

Tabela 12

Rezultati χ^2 testa za status i prihvaćenost među vršnjacima tokom detinjstva

Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	p	Kramerov V koeficijent	p	Koeficijent kontigencije	p
Status u vršnjačkoj grupi tokom detinjstva	SP	NS	NI	VS	16.51	6	.01	.21	.01	.29	.01
Omiljen i prihvaćen u društvu	<i>N</i> 14	21	22	8							
	% 30.4	46.7	46.8	18.6							
Omiljen i prihvaćen u manjoj grupi	<i>N</i> 25	21	24	26							
	% 54.3	46.7	51.1	60.5							
Izolovan i distanciran/ odbačen i maltretiran	<i>N</i> 7	3	1	9							
	% 15.2	6.7	2.1	20.9							

Napomena. ss = stepeni slobode. SP = socijalno povlačenje, NS = niska shizotipija, NI = neobična iskustva, VS = visoka shizotipija.

Varijabla koja se odnosila na podatak da li su ispitanici tokom detinjstva na bilo koji način bili maltretirani van porodice inicijalno je imala 3 kategorije („*nikad*“, „*ponekad*“ i „*često*“). Međutim očekivane vrednosti u 4 ćelije, odnosno u 33.3% slučajeva bile su manje od 5 (minimalna očekivana vrednost je bila 3.12), usled čega nije bilo moguće sprovesti χ^2 test. Da bismo prevazišli ovu situaciju, pribegli smo sažimanju kategorija. Kako je kategorija koja je podrazumevala odgovor „*često*“ imala najnižu frekvencu po grupama, odlučili smo da je sažmemo sa kategorijom „*ponekad*“, čime je dobijena varijabla sa dva nivoa („*nikad*“ i „*ponekad/često*“). U Tabeli 13 možemo videti da je χ^2 test statistički značajan, $\chi^2(3) = 8.29$, $p < .05$, odnosno da se klasteri značajno razlikuju prema tome u kojoj meri su ispitanici iskusili neki vid maltretiranja van porodice. Na osnovu krostabulacije u Tabeli 13 možemo videti da su ispitanici iz klastera visoke shizotipije u najvećoj meri (51.2%) ponekad ili često doživljavali maltretiranje van porodice. Ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja takođe u većoj meri izveštavaju

o ovakvim iskustvima (40%) u poređenju sa klasterom niske shizotipije (26.7%) i klasterom neobičnih iskustava (26,1%).

Tabela 13

Rezultati χ^2 testa za izveštavanje o maltretiranju van porodice

Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	p	Kramerov V koeficijent	p	Koeficijent kontigencije	p
	SP	NS	NI	VS							
Maltretiranje van porodice					8.29	3	.04	.22	.04	.21	.04
Nikad	N	27	33	34	21						
	%	60.0	73.3	73.9	48.8						
Ponekad/	N	18	12	12	22						
Često	%	40.0	26.7	26.1	51.2						

Napomena. ss = stepeni slobode. SP = socijalno povlačenje, NS = niska shizotipija, NI = neobična iskustva, VS = visoka shizotipija.

Varijabla koja se odnosila na stavove vezane za religioznost/spiritualnost, inicijalno je imala 4 nivoa (videti Prilog 21). Međutim data verzija imala je u 4 ćelije, odnosno u 25% slučajeva, očekivane vrednosti manje od 5 (minimalna očekivana vrednost iznosila je 3.80), pa uslovi za sprovođenje χ^2 testa nisu bili zadovoljeni. Kako bi se dati problem prevazišao, sprovedeno je sažimanje kategorija. Kategoriju sa najmanjom frekvencom predstavljala je „materijalistička orijentacija“, pa se činilo da je najcelishodnije ovu kategoriju pripojiti nekoj drugoj. Iako su sekularna duhovnost i materijalna orijentacija dva dijametralno suprotstavljena pristupa, ipak oba podrazumevaju odsustvo verovanja u božansko i natprirodno, bilo da je ono deo formalnih, zvanično organizovanih religijskih učenja ili pak alternativnih spiritualnih uverenja. Iz navedenih razloga odlučeno je da kategorije koje se odnose na humanističke vrednosti i materijalnu orijentaciju budu sažete u jedinstvenu kategoriju koja podrazumeva odsustvo verovanja u božansko i natprirodno, što je rezultiralo varijablom sa tri nivoa, kao što je prikazano u Tabeli 14. Vidimo da se χ^2 test ispostavio kao statistički značajan, $\chi^2(6) = 16.42$, $p < .05$. Ovaj rezultat pokazuje da između klastera postoje statistički značajne razlike u pogledu stavova vezanih za religioznost/duhovnost (Tabela 14). Najveću tendenciju ka religioznosti (shvaćenoj u smislu formalnih, zvanično organizovanih i priznatih religijskih uverenja), manifestuju ispitanici iz klastera neobičnih iskustava (42.6%), a najmanju sklonost ka ovom tipu uverenja pokazuju ispitanici iz

klastera niske shizotipije (15.6%). Tendenciju ka alternativnim i personalnim spiritualnim uverenjima u najvećoj meri ispoljavaju pripadnici klastera visoke shizotipije (34.9%), a u najmanjoj meri ispitanici iz klastera neobičnih iskustava (12.8%). Kada je u pitanju okrenutost ka sekularnoj duhovnosti ili pak ka materijalnoj orijentaciji, vidimo da ispitanici iz klastera niske shizotipije u najvećoj meri preferiraju ovu kategoriju (66.7%), dok se ispitanici iz klastera visoke shizotipije u najmanjoj meri opredeljuju za ovu opciju (41.9%).

Tabela 14

Rezultati χ^2 testa za stavove u vezi sa religioznošću/duhovnošću

Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	p	Kramerov V koeficijent	p	Koeficijent kontignecije	p
	SP	NS	NI	VS							
Stavovi					16.42	6	.01	.21	.01	.29	.01
Religioznost	N 15	7	20	10							
	% 32.6	15.6	42.6	23.3							
Spiritualnost	N 7	8	6	15							
	% 15.2	17.8	12.8	34.9							
Sekularna duhovnost/ Materijalna orijentacija	N 24	30	21	18							
	% 52.2	66.7	44.7	41.9							

Napomena. ss = stepeni slobode. SP = socijalno povlačenje, NS = niska shizotipija, NI = neobična iskustva, VS = visoka shizotipija.

Interesovalo nas je da li postoji statistički značajna razlika između klastera po pitanju partnerskog statusa. Kao što se iz Tabele 15 može videti, χ^2 se nije se pokazao kao statistički značajan, $\chi^2(3) = 1.35$, $p = .72$, iako se kod klastera sa tendencijom ka socijalnom povlačenju u nešto većem procentu, u odnosu na ostale klastere, registruje aktuelno odsustvo partnerske veze (60.9%).

Kada je u pitanju zastupljenost svađa u porodici, na osnovu Tabele 15 vidi se da χ^2 test nije statistički značajan, $\chi^2(6) = 7.25$, $p = .30$. Premda ispitanici iz klastera visoke shizotipije rede navode da svađa u porodici nikad nije bilo više nego što je uobičajeno, uz blago izraženiju sklonost ka odgovoru da je svađa često bilo više nego što je očekivano, između različitih grupa ipak nisu registrovane značajne razlike.

Iako se može primetiti da ispitanici koji spadaju u klaster visoke shizotipije u poređenju sa ostalim klasterima u najmanjoj meri izveštavaju o tome da nikada u porodici

nije vršen loš uticaj na njihovo samopoštovanje (53.5%), χ^2 test se nije pokazao kao statistički značajan, $\chi^2(6) = 7.44, p = .28$ (Tabela 15).

U istoj tabeli vidi se da nisu registrovane statistički značajne razlike između klastera u odnosu na to da li ispitanici konzumiraju alkohol ili ne, $\chi^2(3) = 2.03, p = .57$.

Nisu dobijene statistički značajne razlike između klastera u pogledu dosadašnjeg obraćanja za pomoć psihologu ili psihoterapeutu, $\chi^2(3) = 1.99, p = .57$, što se jasno može videti u Tabeli 15.

Kada je u pitanju izveštavanje o izloženosti traumatskim događajima, nisu registrovane statistički značajne razlike između četiri klastera, $\chi^2(3) = 4.60, p = .20$. Pa ipak, možemo videti da ispitanici koji pripadaju klasteru visoke shizotipije u nešto većoj meri, u odnosu na ispitanike iz ostalih klastera, izveštavaju o traumatskim iskustvima (34.9%) (Tabela 15).

Varijabla koja se odnosila na pitanje sa kim su ispitanici živeli dok su odrastali prvobitno je podrazumevala 5 kategorija (videti Prilog 21). Kako je u čak 12 ćelija, tj. u 75% slučajeva očekivana vrednost bila manja od 5 (minimalna očekivana vrednost bila je 0.48), sprovedeno je sažimanje kategorija. Pošto je kategorija koja podrazumeva odrastanje sa oba roditelja bila najzastupljenija među svim grupama, sve ostale kategorije sažete su u jednu, te je varijabla finalno rezultirala u dva nivoa, kao što je prikazano u Tabeli 15. U istoj tabeli možemo videti da nisu registrovane signifikantne razlike između klastera prema tome da li su ispitanici odrastali sa oba roditelja ili ne, $\chi^2(3) = 2.99, p = .39$. Ipak, procenat ispitanika koji nisu odrasli sa oba roditelja najviši je u klasteru visoke shizotipije (18.6%).

Pitanje o tome sa kim ispitanici trenutno žive inicijalno je podrazumevalo četiri kategorije (videti Prilog 21). Međutim, u 4 ćelije, odnosno u 25% slučajeva očekivane vrednosti bile su manje od 5 (minimalna očekivana vrednost iznosila je 2.14). Opcija koja se odnosila na to da ispitanici trenutno žive sa partnerom/kom imala je najnižu frekvencu po grupama. Odlučeno je da ova kategorija bude pripojena opciji koja se odnosi na život sa cimerom/kom, jer se obe kategorije jasno razlikuju od odgovora da osoba živi sama, a obe podrazumevaju i odvojenost od primarne porodice. Kao što se u Tabeli 15 može videti, nisu dobijene statistički značajne razlike između klastera, $\chi^2(6) = 2.69, p = .85$. Pa ipak, može se primetiti da ispitanici koji pripadaju klasteru neobičnih iskustava u većoj

meri (46.8%) žive sa porodicom, u poređenju sa preostala tri klastera. Takođe, ispitanici iz ovog klastera u manjem broju (38.3%) žive sa partnerom/kom ili sa cimerom/kom

Varijabla koja se odnosi na opis majke inicijalno je imala tri kategorije (videti Prilog 21) međutim u 8 ćelija, odnosno u 66.7% slučajeva, očekivana vrednost bila je manja od 5 (minimalna očekivana vrednost iznosila je 1.43). Stoga je odlučeno da druga i treća kategorija sa najnižim frekvencama u uzorku budu sažete („*uzdržana, odsutna*” i „*agresivna, kažnjavajuća*”), pa je varijabla koja je ušla u statističku analizu imala 2 nivoa (Tabela 15). Nisu registrovane statistički značajne razlike između klastera na ovoj varijabli, $\chi^2(3) = 2.71$, $p = .44$. Međutim, ispitanici iz klastera niske shizotipije ipak u najmanjoj meri (6.7%) izveštavaju o neadekvtnom stavu majke u poređenju sa ostalim klasterima, što se može videti u Tabeli 15.

Pitanje koje je podrazumevalo opis oca inicijalno je takođe imalo tri kategorije (Prilog 21). Međutim, kako je u 4 ćelije, odnosno u 33.3% slučajeva očekivana vrednost iznosila manje od 5 (minimalna očekivana vrednost bila je 3.24) odlučili smo se za sažimanje kategorija. Agresivan i kažnjavajući pristup oca bio je najmanje zastupljen, pa je odlučeno da se ova kategorija pripoji opciji koja je podrazumevala uzdržan i odsutan pristup (pošto su obe kategorije disfunkcionalne). Tako je dobijena varijabla koja je rezultirala u dva nivoa. Kao što se vidi u Tabeli 15, nisu registrovane statistički značajne razlike između klastera, $\chi^2(3) = 3.39$, $p = .34$. Pa ipak, može se primetiti da osobe koje pripadaju klasteru niske shizotipije u najvećoj meri (70.5%) izveštavaju o tome da je očevo prisutstvo bio topao i brižan, dok se kod preostala tri klastera taj procenat kreće od 53.7 do 56.5.

Varijabla koja se odnosila na to da li je u ispitanikovo porodičnoj porodici neko fizički maltretirao drugog ukućana imala je inicijalno tri kategorije („*nikad*“, „*ponekad*“ i „*često*“). Pošto je u 4 ćelije, odnosno u 33.3% slučajeva očekivana vrednost bila manja od 5 (minimalna očekivana vrednost iznosila je 0.48), uslov za sprovođenje χ^2 testa nije bio ispunjen. Kako bismo to prevazišli, opredelili smo se za sažimanje kategorija. Pošto je kategorija „*često*“ imala najslabiju frekvencu po grupama, odlučili smo da je sažmemo sa kategorijom „*ponekad*“. Kao što se vidi u Tabeli 15, nisu detektovane značajne razlike između četiri klastera, $\chi^2(3) = 1.97$, $p = .58$. Možemo međutim primetiti da, iako ova

tendencija ne doseže nivo statističke značajnosti, ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja u najvećoj meri (21.7%) izveštavaju o ovakvim iskustvima.

Tabela 15

Rezultati χ^2 testa za demografske i biografske varijable kod kojih nisu registrovane značajne razlike između klastera

Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	<i>p</i>	Kramerov <i>V</i> koeficijent	<i>p</i>	Koeficijent kontingencije	<i>p</i>
Da li trenutno imate partnera?	SP	NS	NI	VS	1.35	3	.72	.09	.72	.09	.72
Da	<i>N</i>	18	23	21	20						
	%	39.1	51.1	44.7	46.5						
Ne	<i>N</i>	28	22	26	23						
	%	60.9	48.9	55.3	53.5						
Svađe u porodici					7.25	6	.30	.14	.30	.20	.30
Nikad	<i>N</i>	16	14	17	8						
	%	34.8	31.1	36.2	18.6						
Ponekad	<i>N</i>	25	28	25	26						
	%	54.3	62.2	53.2	60.5						
Često	<i>N</i>	5	3	5	9						
	%	10.9	6.7	10.6	20.9						
Loš uticaj na samopoštovanje					7.44	6	.28	.14	.28	.20	.28
Nikad	<i>N</i>	28	32	33	23						
	%	60.9	71.1	70.2	53.5						
Ponekad	<i>N</i>	11	11	10	11						
	%	23.9	24.4	21.3	25.6						
Često	<i>N</i>	7	2	4	9						
	%	15.2	4.4	8.5	20.9						
Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	<i>p</i>	Kramerov <i>V</i> koeficijent	<i>p</i>	Koeficijent kontingencije	<i>p</i>
Alkohol	SP	NS	NI	VS	2.03	3	.57	.11	.57	.11	.57
Da	<i>N</i>	32	37	36	33						
	%	69.6	82.2	76.6	76.7						
Ne	<i>N</i>	14	8	11	10						
	%	30.4	17.8	23.4	23.3						
Pomoć psihologa/ psihoterapeuta					1.99	3	.57	.11	.57	.10	.57
Da	<i>N</i>	13	16	12	16						
	%	28.3	35.6	25.5	37.2						
Ne	<i>N</i>	33	29	35	27						
	%	71.7	64.4	74.5	62.8						
Traumatski događaj					4.60	3	.20	.16	.20	.16	.20
Da	<i>N</i>	7	12	12	15						
	%	15.2	26.7	25.5	34.9						
Ne	<i>N</i>	39	33	35	28						
	%	84.8	73.3	74.5	65.1						
Varijabla	Klasteri				χ^2	ss	<i>p</i>	Kramerov <i>V</i> koeficijent	<i>p</i>	Koeficijent kontingencije	<i>p</i>
Dok ste odrastali, sa kim ste živeli?	SP	NS	NI	VS	2.99	3	.39	.13	.39	.13	.39
Oba roditelja	<i>N</i>	43	39	40	35						
	%	93.5	86.7	85.1	81.4						
Samo	<i>N</i>	3	6	7	8						

majka/otac, rodbina, hraniteljska porodica/dom	%	6.5	13.3	14.9	18.6								
Sa kim trenutno živite?						2.69	6	.85	.09	.85	.12	.85	
Sam/sama	<i>N</i>	6	5	7	6								
	%	13.0	11.1	14.9	14.0								
Sa porodicom	<i>N</i>	16	17	22	15								
	%	34.8	37.8	46.8	34.9								
Sa partnerom/cim erom	<i>N</i>	24	23	18	22								
	%	52.2	51.1	38.3	51.2								
Kako biste opisali svoju majku?						2.71	3	.44	.12	.44	.12	.44	
Topla, brižna	<i>N</i>	39	42	38	36								
	%	84.8	93.3	82.6	83.7								
Uzdržana, odsutna/	<i>N</i>	7	3	8	7								
	%	15.2	6.7	17.4	16.3								
Agresivna, kažnjavajuća													
Varijabla			Klasteri				χ^2	ss	<i>p</i>	Kramerov <i>V</i> koeficijent	<i>p</i>	Koeficijent kontigencije	<i>p</i>
Kako biste opisali svoga oca?	SP		NS	NI	VS	3.39	3	.34	.14	.34	.14	.34	
Topao, brižan	<i>N</i>	25	31	26	22								
	%	54.3	70.5	56.5	53.7								
Uzdržan, odsutan/	<i>N</i>	21	13	20	19								
	%	45.7	29.5	43.5	46.3								
agresivan, kažnjavajući													
Maltretiranje drugog ukućana						1.97	3	.58	.10	.58	.10	.58	
Nikad	<i>N</i>	36	40	40	36								
	%	78.3	88.9	85.1	83.7								
Ponekad/često	<i>N</i>	10	5	7	7								
	%	21.7	11.1	14.9	16.3								

Napomena. ss = stepeni slobode. SP = socijalno povlačenje, NS = niska shizotipija, NI = neobična iskustva, VS = visoka shizotipija.

Za podatke o ekonomskom statusu, fizičkom kažnjavanju, konzumiranju psihoaktivnih supstanci i prepisivanju psihofarmaka, nije mogao biti izračunat χ^2 test ni uz sažimanje kategorija, pa su frekvence prema klasterima za ove varijable prikazane u Prilogu 7.

Dakle, da rezimiramo - statistički značajne razlike između klastera dobijene su u odnosu na sledeće biografske varijable:

- *stil afektivne vezanosti* (klaster niske shizotipije i klaster neobičnih iskustava u primetno većoj meri pokazuju tendenciju ka sigurnom stilu afektivne vezanosti nego klaster socijalnog povlačenja i klaster visoke shizotipije);
- *prisustvo herediteta* (ispitanici iz klastera visoke shizotipije manifestuju najveću zastupljenost hereditarne dispozicije u porodici);
- *sklonost ka konzumiranju cigareta* (ispitanici iz klastera visoke shizotipije u najvećem broju su skloni da konzumiraju cigarete);
- *status među vršnjacima tokom detinjstva* (ispitanici iz klastera visoke shizotipije u najmanjem broju izveštavaju o tome da su bili omiljeni i prihvaćeni u većoj grupi vršnjaka);
- *maltretiranje van porodice* (ispitanici iz klastera visoke shizotipije i klastera socijalnog povlačenja u većoj meri navode da su ponekad ili često bili maltretirani);
- *stavove vezane za duhovnost/religioznost* (najveća zastupljenost religioznosti javlja se u klasteru neobičnih iskustava, spiritualnosti u klasteru visoke shizotipije, dok je sekularna duhovnost i materijalna orijentacija u najvećoj meri izražena kod ispitanika iz klastera socijalnog povlačenja i klastera niske shizotipije).

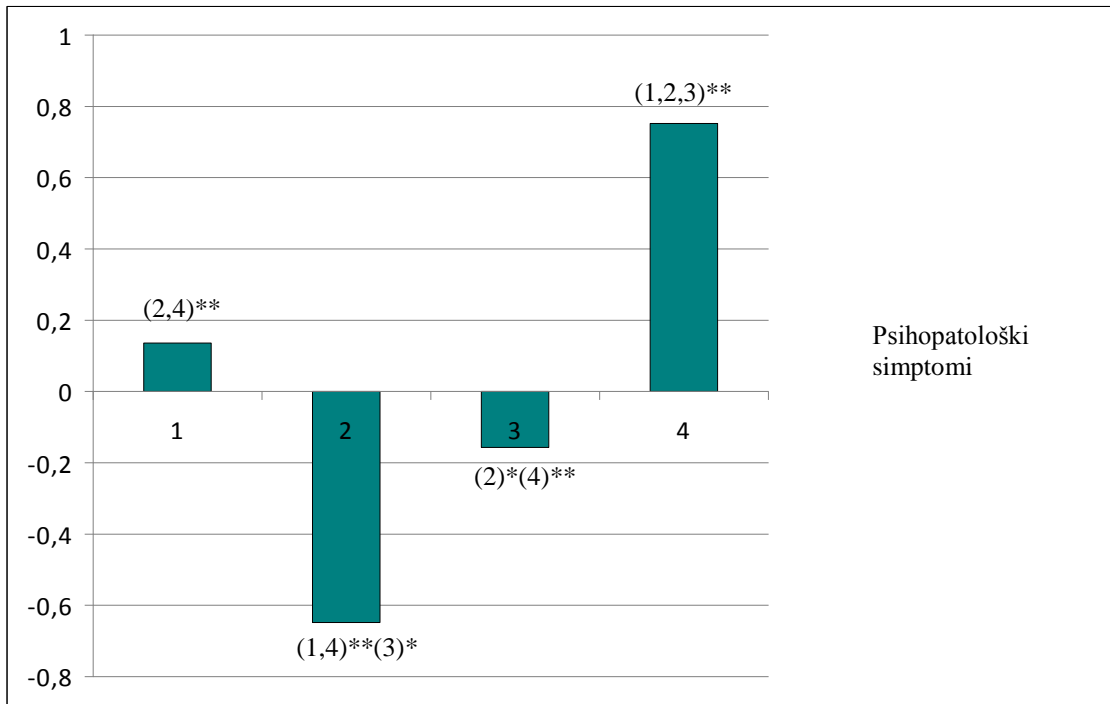
2.9.2.4. Ispitivanje razlika između klastera na psihopatološkim simptomima

Mada su i nakon normalizacije skorova sa liste kritičnih ajtema upitnika PDSQ testovi Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk ostali značajni (Prilog 6), skjunis i kurtosis su posle normalizacije bili još bliži normalnoj distribuciji (Prilog 5), pa smo se ipak odlučili za primenu parametrijskih tehnika, s obzirom na njihovu robustnost kad je u pitanju izvesno odstupanje od normalnosti.

Kako bi se proverilo da li postoje značajne razlike između klastera prema izraženosti psihopatoloških simptoma iz nepsihotičnog spektra, sprovedena je ANOVA, gde je nezavisna varijabla bila pripadnost klasteru, a zavisnu varijablu predstavljalo je postignuće na listi kritičnih ajtema sa upitnika PDSQ. Analiza je sprovedena na

normalizovanim skorovima sa liste kritičnih ajtema. Leveneov test homogenosti varijanse nije bio statistički značajan, $F(3, 177) = 1.17, p = .32$, te je prisutpljeno sprovođenju ANOVA-e. Rezultati pokazuju da se klasteri međusobno statistički značajno razlikuju prema izraženosti psihopatoloških simptoma, $F(3, 177) = 21.96, p < .001, \eta_p^2 = .27$.

Prikaz prosečne izraženosti simptoma na standardizovanim skorovima za sve klasterne dat je na Grafiku 2. Možemo videti da klaster visoke shizotipije u najvećoj meri manifestuje psihopatološke simptome. Klaster socijalnog povlačenja karakteriše blago nadprosečna izraženost simptoma, a klaster neobičnih iskustava se odlikuje blago ispodprosečnim prisustvom simptoma. Klaster niske shizotipije ima najmanje izražene simptome. Za svaki klaster u Prilogu 8 prikazani su deskriptivni pokazatelji (izračunati na sirovim skorovima) kako za izraženost psihopatoloških simptoma, tako i za sve ostale varijable u čijem slučaju su primenjene parametrijske tehnike. Nakon podatka da su razlike između klastera prema izraženosti simptoma generalno značajne, interesovalo nas je i koji se to klasteri međusobno statistički značajno razlikuju. U cilju odgovora na ovo pitanje sproveden je post hoc Scheffe test, čiji rezultati su takođe prikazani na Grafiku 2. Možemo videti da ispitanici koji pripadaju klasteru neobičnih iskustava manifestuju gotovo marginalno značajno više simptoma u poređenju sa klasterom niske shizotipije, $p = .048$, ali i značajno manje simptoma u odnosu na klaster visoke shizotipije, $p < .001$, a razlike u poređenju sa klasterom socijalnog povlačenja nisu značajne., $p = .41$. Klaster socijalnog povlačenja ostvaruje statistički značajno veću izraženost simptoma u odnosu na klaster niske shizotipije, te značajno manju izraženost simptoma u poređenju sa klasterom visoke shizotipije. Klaster niske shizotipije ostvaruje statistički značajno manju izraženost simptoma u poređenju sa ostala tri klastera, dok klaster visoke shizotipije manifestuje statistički značajno izraženije simptome u odnosu na sve ostale klasterne.



Grafik 2. Prosečna izraženost psihopatoloških simptoma prema klasterima na normalizovanim i standardizovanim skorovima sa liste kritičnih ajtema upitnika PDSQ. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Primećena je značajna pozitivna korelacija između psihopatoloških simptoma i herediteta, $r = .36$, $p < .001$, što je indikator značajne linearne povezanosti između ove dve varijable. Stoga se čini da bi hereditet mogao biti značajan kovarijant u odnosu između klastera formiranih na osnovu shizotipije i izraženosti psihopatoloških simptoma, te bi bilo preporučljivo sprovesti jednosmernu analizu kovarijanse (ANCOVA) kako bi se kontrolisao efekat herediteta na registrovane razlike između grupa prema izraženosti simptoma, dobijene putem ANOVA-e.²⁸ Konkretnije, interesovalo nas je da li će razlike

²⁸Primećene su i statistički značajne razlike između grupa po pitanju hereditarne dispizicije (Tabela 11), što upućuje na odsustvo nezavisnosti između kovarijata i nezavisne varijable, te se može učiniti da je narušen jedan od uslova za sprovođenje ANCOVA-e. Ipak, uključivanje kovarijata u ovom slučaju deluje opravdano, imajući u vidu činjenicu da je nezavisna kategorijalna varijabla nastala na osnovu opservacije, a ne na osnovu eksperimentalne manipulacije, pa je stoga pretpostavka o nezavisnosti između kovarijata i nezavisne varijable irelevantna, jer se tiče metodološkog dizajna, a ne statističkog modela (Grace-Martin, 2012).

između klastera po pitanju izraženosti simptoma ostati statistički značajne čak i kada se hereditarna dispozicija drži pod kontrolom. Pošto Leveneov test jednakosti varijanse greške nije bio značajan, $F(3, 173) = 1.60$, $p = 0.19$, pristupili smo sprovođenju ANCOVA-e. Nezavisna kategorijalna varijabla bila je pripadnost klasterima, zavisna varijabla bio je normalizovani skor na skali kritičnih ajtema upitnika PDSQ, a kovarij je bio hereditet, izražen kao diskretna numerička varijabla.

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 16 možemo videti da je efekat kovarijata statistički značajan, $F(1, 172) = 10.59$, $p < .01$. Odgovor na pitanje da li postoje značajne razlike između grupa prema izraženosti psihopatoloških simptoma i kada se kontroliše hereditarna dispozicija takođe možemo pronaći u Tabeli 16, gde se vidi da razlike ostaju statistički značajne i kada se hereditet drži konstantnim, $F(3, 172) = 16.71$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .23$.

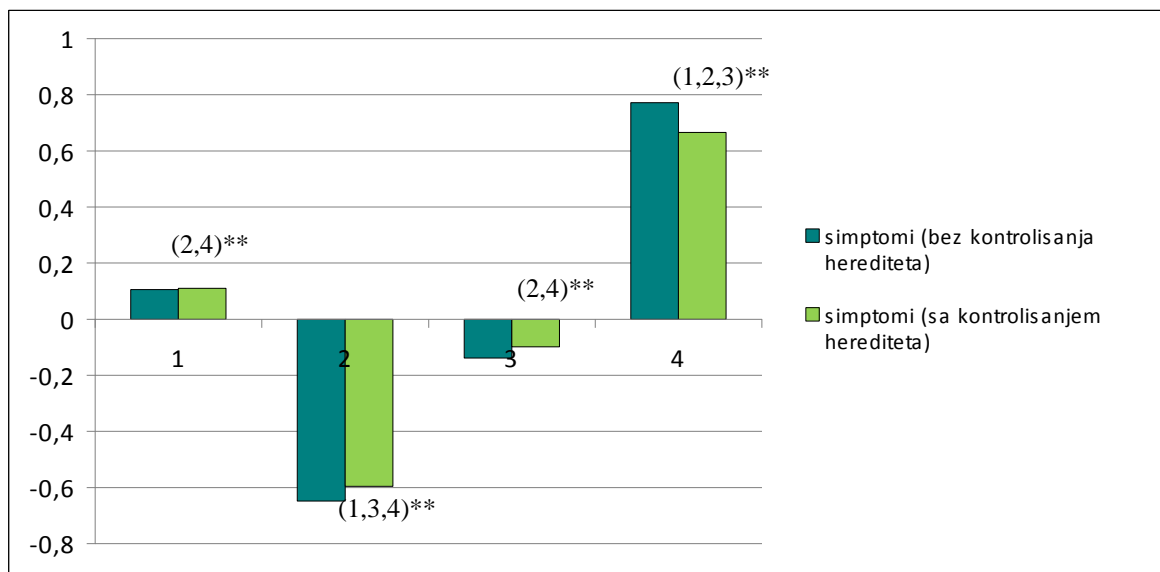
Tabela 16

ANCOVA za izraženost psihopatoloških simptoma kada se hereditet drži konstantnim

	Suma kvadrata	Stepeni slobode	Prosečni kvadrati	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
Hereditet	6.87	1	6.87	10.59	.001	.06
Pripadnost klasteru	32.55	3	10.85	16.71	.000	.23
Greška	111.67	172	.65			

Na Grafiku 3 su prema klasterima prikazane prosečne normalizovane i standardizovane vrednosti skorova sa liste kritičnih ajtema upitnika PDSQ, sa i bez kontrolisanja hereditarne dispozicije. Možemo videti da je trend izraženosti simptoma prema grupama isti u oba slučaja. I kada se hereditet drži konstantnim za sve grupe, klaster visoke shizotipije ponovo manifestuje najizraženije simptome. Klaster socijalnog povlačenja opet pokazuje nešto iznadprosečne simptome, klaster neobičnih iskustava blago ispodprosečne, a klaster niske shizotipije najmanje izražene simptome poremećaja. Interesovalo nas je dalje, koje grupe se međusobno značajno razlikuju prema izraženosti simptoma kada se hereditet drži konstantnim, te je sprovedeno poređenje između grupa pomoću LSD post hoc testa. Ispitanici koji spadaju u klaster neobičnih iskustava

ostvaruju značajno više simptoma u poređenju sa ispitanicima iz klastera niske shizotipije, ali i značajno manje simptoma u odnosu na klaster visoke shizotipije. Klaster socijalnog povlačenja ponovo ostvaruje značajno više simptoma u poređenju sa klasterom niske shizotipije, a značajno manje simptoma u odnosu na klaster visoke shizotipije. Ponovo nisu registrovane značajne razlike između klastera neobičnih iskustava i klastera socijalnog povlačenja. Klaster niske shizotipije ostvaruje značajno manje simptoma u poređenju sa svim ostalim klasterima. Klaster visoke shizotipije manifestuje značajno više simptoma u poređenju sa sva tri preostala klastera (Grafik 3).



Grafik 3. Aritmetičke sredine za klasterne na standardizovanim i normalizovanim skorovima sa liste kritičnih ajtema upitnika PDSQ (sa i bez kontrolisanja herediteta) i LSD post hoc test. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

** $p < .01$

2.9.2.5. Ispitivanje razlika između klastera na osobinama ličnosti sa upitnika BFI

Usled prisustva značajnih niskih do umerenih korelacija između skorova na dimenzijama upitnika BFI koje su prikazane u Prilogu 9, na normalizovanim skorovima za pet dimenzija ličnosti (Ekstraverzija, Neuroticizam, Prijatnost, Savesnost i Otvorenost ka iskustvu) sprovedena je MANOVA. Uslovi koji se odnose na normalnost distribucija

su, kako prema parametrima skjunis i kurtosis (Prilog 5), tako i prema testovima normalnosti Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk (Prilog 6), bili zadovoljeni. Pre sprovođenja analize testirana je jednakost kovarijansi, Box's $M = 42.11$, $F(45, 76\ 941.62) = 0.89$, $p = .68$. Kako se Box M test nije pokazao kao statistički značajan, može se reći da je ispunjen uslov koji podrazumeva jednake matrice kovarijansi između grupa.

Sprovedena je MANOVA i multivarijantni F test se pokazao kao statistički značajan, $F(15, 477.98) = 6.23$, $p < .001$, Wilk's $\Lambda = .61$, $\eta_p^2 = .15$, što znači da su na opštem nivou registrovane statistički značajne razlike između klastera prema dimenzijama ličnosti.

Kako bismo saznali na kojim se konkretno crtama ličnosti klasteri međusobno značajno razlikuju, sprovedena je serija jednosmernih ANOVA na normalizovanim skorovima svake od pet dimenzija. Prethodno je testirana pretpostavka o homogenosti varijanse za svih pet dimenzija ličnosti. Na osnovu niza Leveneovih F testova, koji se nisu pokazali kao statistički značajni ni za jednu dimenziju (Prilog 10), vidi se da je ovaj preduslov za sprovođenje ANOVA-e ispunjen. Dobijene su statistički značajne razlike između klastera za Ekstraverziju, $F(3, 177) = 21.59$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .27$, Prijatnost, $F(3, 177) = 5.79$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .09$, Savesnost, $F(3, 177) = 3.93$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .06$ i Neuroticizam, $F(3, 177) = 13.00$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .18$. Za Otvorenost ka iskustvu registrovane su marginalno značajne razlike između grupa, $F(3, 177) = 2.60$, $p = .05$. $\eta_p^2 = .04$. Rezultati jednosmernih ANOVA za svih pet dimenzija ličnosti prikazani su u Tabeli 17.

Tabela 17

Prikaz jednosmernih ANOVA za pet dimenzija ličnosti sa upitnika BFI

Zavisne varijable	Suma kvadrata	Stepeni slobode	Prosečni kvadrati	F	p	η_p^2
Ekstraverzija	46.83	3, 177	15.61	21.59	.000	.27
Prijatnost	15.66	3, 177	5.22	5.79	.001	.09
Savesnost	11.00	3, 177	3.67	3.93	.01	.06
Neuroticizam	31.77	3, 177	10.59	13.00	.000	.18
Otvorenost ka iskustvu	7.44	3, 177	2.48	2.60	.05	.04

Kako bismo saznali koje tačno grupe se međusobno statistički značajno razlikuju na datim dimenzijama, sprovedena je serija post hoc Sheffe-ovih testova za sve dimenzije ličnosti sa upitnika BFI. Dobijeni rezultati prikazani su na Grafiku 4, a u narednim redovima biće detaljnije opisani za svaku dimenziju ličnosti posebno.

Ekstraverzija. Na Grafiku 4 vidimo da klaster neobičnih iskustava ostvaruje nadprosečne skorove na dimenziji Ekstraverzije. Ispitanici iz ovog klastera su statistički značajno ekstrovertniji od onih iz klastera socijalnog povlačenja, $p < .001$, i visoke shizotipije, $p < .001$, ali ne i u odnosu na osobe iz klastera niske shizotipije, $p = .81$. Klaster socijalnog povlačenja ostvaruje najniže skorove na dimenziji Ekstraverzije; pripadnici ovog klastera su statistički značajno introvertniji od subjekata iz klastera niske shizotipije i klastera neobičnih iskustava, ali ne i od ispitanika iz klastera visoke shizotipije. Ispitanici iz klastera niske shizotipije su najekstrovertniji, a statistički značajno se razlikuju od osoba iz klastera socijalnog povlačenja i visoke shizotipije. Učesnici koji spadaju u klaster visoke shizotipije statistički značajno su introvertniji od subjekata iz klastera niske shizotipije i neobičnih iskustava.

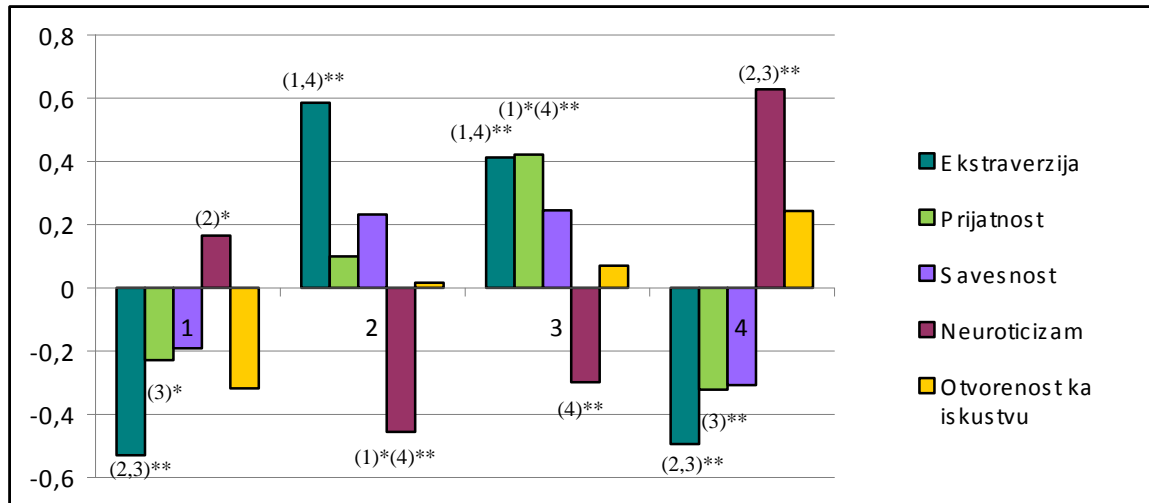
Prijatnost. Zapaženi su veoma interesantni rezultati u pogledu klastera neobičnih iskustava kada je Prijatnost u pitanju. Naime, primećeno je da ovi ispitanici ostvaruju najviše skorove na skali Prijatnosti i da postižu statistički značajno više rezultate u poređenju sa subjektima iz klastera socijalnog povlačenja, $p < .05$, i visoke shizotipije, $p < .01$, dok značajne razlike u odnosu na klaster niske shizotipije nisu registrovane, $p = .45$. Klaster socijalnog povlačenja ne razlikuje se značajno prema izraženosti Prijatnosti u poređenju sa klasterom niske i visoke shizotipije. Klaster niske shizotipije ne razlikuje se značajno ni od jedne grupe prema izraženosti ove dimenzije, dok klaster visoke shizotipije pokazuje statistički značajno nižu Prijatnost samo u odnosu na klaster neobičnih iskustava.

Savesnost. Ova dimenzija je najizraženija kod klastera neobičnih iskustava i klastera niske shizotipije, a najmanje je izražena kod klastera visoke shizotipije. Post hoc Sheffe test otkrio je da postoje samo marginalno značajne razlike između klastera

neobičnih iskustava, $p = .065$, odnosno klastera niske shizotipije, $p = .08$, u poređenju sa klasterom visoke shizotipije. Dakle, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava i niske shizotipije na marginalno značajnom nivou pokazuju veću savesnost u poređenju sa ispitanicima iz klastera visoke shizotipije. Druge razlike između klastera nisu se pokazale kao statistički značajne.

Neuroticizam. Na Grafiku 4 možemo videti da najniže skorove na ovoj supskali ispoljava klaster niske shizotipije, a najviše klaster visoke shizotipije. Ispitanici iz klastera niske shizotipije na statistički značajnom nivou manifestuju manje Neuroticizma u poređenju sa ispitanicima koji spadaju u klastere socijalnog povlačenja i visoke shizotipije. Sa druge strane, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava su u značajno manjoj meri skloni Neuroticizmu nego ispitanici iz klastera visoke shizotipije, $p < .001$. Ostale razlike nisu statistički značajne.

Otvorenost ka iskustvu. Na Grafiku 4 vidi se da najveću Otvorenost ka iskustvu ispoljava klaster visoke shizotipije, a najmanju klaster socijalnog povlačenja, pri čemu je razlika između ova dva klastera marginalno statistički značajna, $p = .065$. Klaster niske shizotipije i klaster neobičnih iskustava manifestuju uglavnom prosečnu Otvorenost. Druge razlike između klastera na ovoj dimenziji ne dostižu ni marginalni nivo statističke značajnosti.



Grafik 4. Aritmetičke sredine za klasterne na normalizovanim i standardizovanim skorovima prema dimenzijama upitnika BFI i Sheffe post hoc test. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

** p < .05, ** p < .01.*

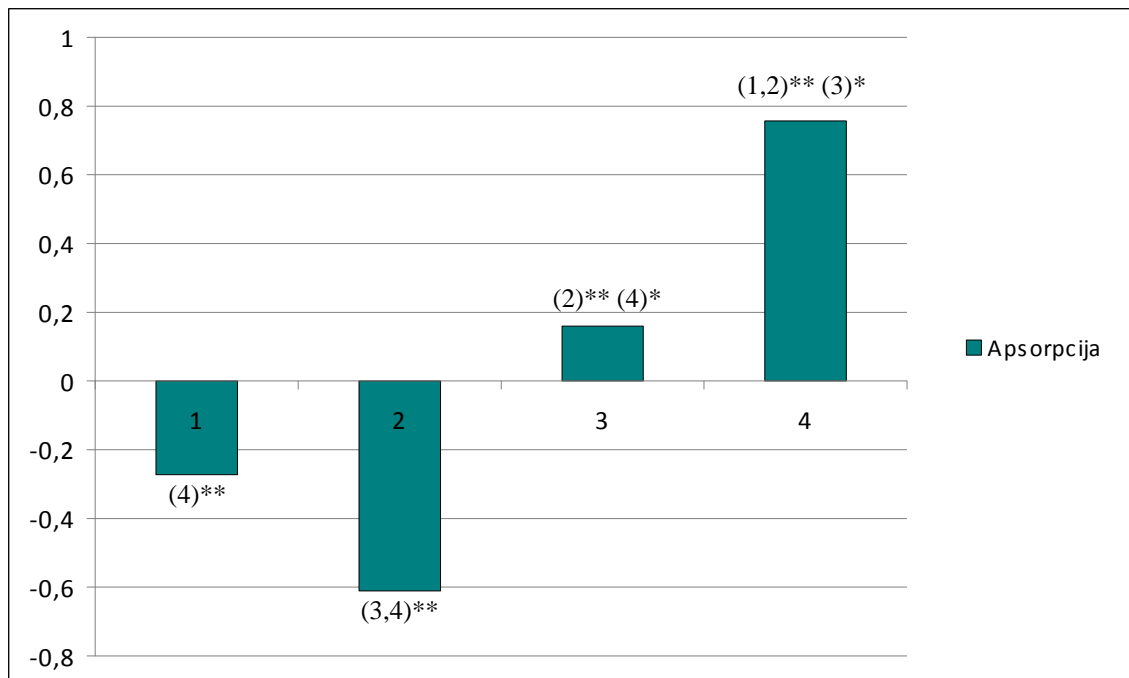
Na kraju, dobijene rezultate možemo rezimirati zapažanjem da se klaster neobičnih iskustava odlikuje nadprosečnom Ekstraverzijom, Prijatnošću i Savesnošću, ispodprosečnim Neuroticizmom i prosečnom Otvorenošću ka iskustvu. Na osnovu vizuelnog prikaza na Grafiku 4 možemo primetiti da je klaster neobičnih iskustava po strukturi izraženosti osobina ličnosti znatno bliži klasteru niske shizotipije, nego klasterima socijalnog povlačenja i visoke shizotipije.

2.9.2.6. Ispitivanje razlika između klastera na apsorpciji

Nakon normalizacije skorova na Tellegen-voj skali apsorpcije, uslovi za sprovođenje parametrijskih statističkih procedura koji se tiču normalnosti bili su ispunjeni, kako u pogledu skjunisa i kurtosisa, tako i prema Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovima (Prilog 5 i Prilog 6). Interesovalo nas je da li između klastera postoje statistički značajne razlike u pogledu izraženosti apsorpcije, te je sprovedena jednosmerna ANOVA, gde je nezavisna varijabla bila pripadnost klasteru, a zavisnu

varijablu predstavljao je normalizovani skor na TAS. Prethodno je testiran uslov koji se odnosi na homogenost varijansi između grupa. Leveneov test se nije pokazao kao statistički značajan, $F(3,177) = 1.60$, $p = .19$, što govori o tome da je ovaj uslov za sprovođenje ANOVA-e bio ispunjen. Primenom jednosmerne ANOVA-e detektovane su statistički značajne razlike između grupa na dimenziji apsorpcije, $F(3, 177) = 20.66$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .26$.

Aritmetičke sredine normalizovanih i standardizovanih skorova na meri apsorpcije prikazane su za svaku grupu na Grafiku 5. Možemo videti da ispitanici iz klastera visoke shizotipije manifestuju najizraženiju sklonost ka apsorpciji, dok je ova osobina u najmanjoj meri prisutna kod ispitanika iz klastera niske shizotipije. Ispodprosečna apsorpcija registrovana je kod klastera socijalnog povlačenja, a blago nadprosečna kod klastera neobičnih iskustava. Pošto nas je interesovalo koje tačno grupe se međusobno statistički značajno razlikuju, sproveden je post hoc Sheffe-ov test, čiji rezultati su prikazani na Grafiku 5. Možemo videti da se kod klastera neobičnih iskustava registruje statistički značajno veća sklonost ka apsorpciji u odnosu na klaster niske shizotipije, $p < .01$, a istovremeno značajno manja tendencija ka apsorpciji u poređenju sa klasterom visoke shizotipije, $p < .05$. Kod klastera visoke shizotipije registruju se statistički značajne razlike u odnosu na sva tri preostala klastera. Ostale razlike nisu se pokazale kao statistički značajne.



Grafik 5. Aritmetičke sredine za klasterne na normalizovanim i standardizovanim skorovima upitnika TAS i Sheffe post hoc test. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

2.9.2.7. Ispitivanje razlika između klastera na emocionalnom, socijalnom i psihološkom blagostanju

Iako su u slučaju emocionalnog blagostanja i nakon normalizovanja skorova Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovi ostali statistički značajni (Prilog 6), skjunis i kurtosis nalazili su se u adekvatnim granicama koje odgovaraju normalnoj distribuciji (Prilog 5), te smo se odlučili za primenu parametrijskih metoda. Imajući u vidu činjenicu da između socijalnog, emocionalnog i psihološkog blagostanja postoje značajne pozitivne korelacije (Prilog 11) sprovedena je MANOVA. Box's M test, kojim je prethodno testirana međugrupna ekvivalentnost matrica kovarijansi, pokazao se kao statistički neznačajan, Box's $M = 19.90$, $F(18, 109724.47) = 1.07$, $p = .375$, te je ovaj važan preduslov za primenu MANOVA-e ispunjen. Dobijen je statistički značajan multivarijantni F test, $F(9, 426.055) = 4.21$, $p < .001$, Wilks' $\Lambda = .81$, $\eta_p^2 = .07$, što znači

da su na opštem nivou registrovane značajne razlike između klastera na dimenzijama blagostanja. Dalje nas je interesovalo na kojim tačno dimenzijama blagostanja postoje značajne razlike između klastera. U cilju odgovora na ovo pitanje, sproveden je niz jednosmernih ANOVA, za svaku dimenziju blagostanja posebno. Prethodno je testirana pretpostavka o jednakosti varijanse greške između grupa. Leveneov test jednakosti varijanse greške pokazao se kao statistički neznačajn za sve tri dimenzije blagostanja (Prilog 12), čime je potvrđen uslov za sprovodeće ANOVA-e. U Tabeli 18 možemo videti da se klasteri statistički značajno razlikuju na dimenziji emocionalnog, $F(3, 177) = 8.53$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .13$ i psihološkog blagostanja, $F(3, 177) = 9.25$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .14$, dok se grupe ne razlikuju na značajnom nivou prema izraženosti socijalnog blagostanja, $F(3, 177) = 2.12$, $p = .10$, $\eta_p^2 = .04$.

Tabela 18

Prikaz jednosmernih ANOVA za tri dimenzije upitnika MHC-SF

Zavisne varijable	Suma kvadrata	Stepeni slobode	Prosečni kvadrati	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
Emocionalno blagostanje	21.25	3, 177	7.08	8.53	.00	.13
Socijalno blagostanje	6.12	3, 177	2.04	2.12	.10	.04
Psihološko blagostanje	23.69	3, 177	7.90	9.25	.00	.14

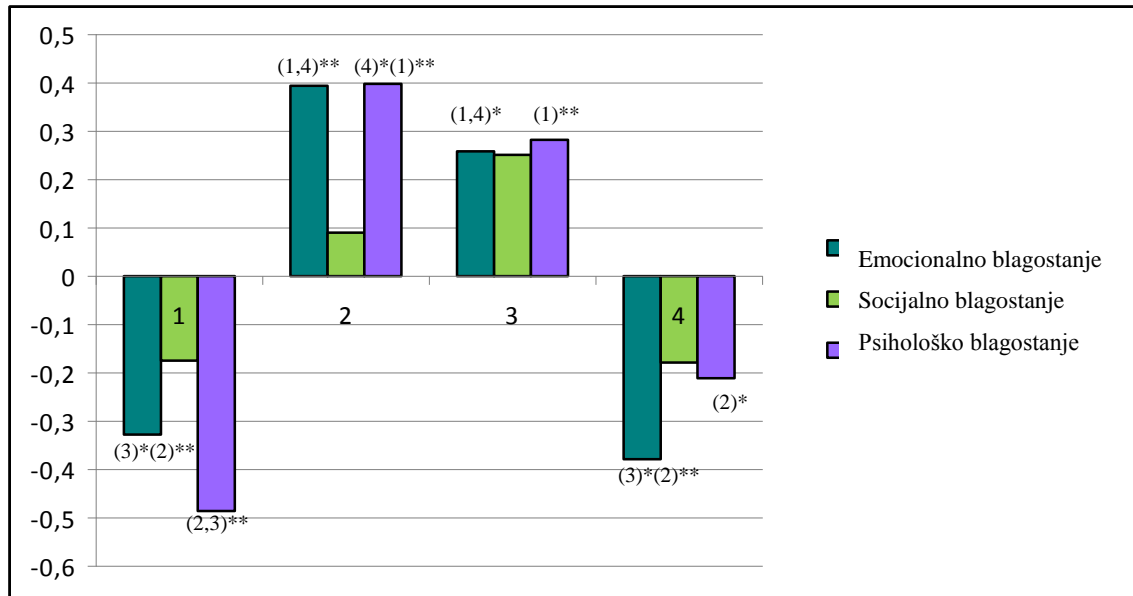
Dalje, želeli smo da saznamo koje tačno grupe se međusobno statistički značajno razlikuju na dimenzijama blagostanja, te je sproveden Sheffe-ov post hoc test čiji rezultati su prikazani na Grafiku 6, zajedno sa aritmetičkim sredinama normalizovanih i standardizovanih skorova na dimenzijama upitnika MHC-SF.

Emocionalno blagostanje. Klaster niske shizotipije manifestuje najizraženije emocionalno blagostanje; ispitanici iz ovog klastera na statistički značajnom nivou izveštavaju o većem emocionalnom blagostanju nego subjekti iz klastera socijalnog povlačenja i klastera visoke shizotipije. Slična je situacija i u slučaju klastera neobičnih iskustava – ovi ispitanici ostvaruju statistički značajno izraženije emocionalno blagostanje u poređenju osobama iz klastera socijalnog povlačenja, $p = .02$ i visoke shizotipije, $p = .01$. Razlike u nivou emocionalnog blagostanja između klastera niske

shizotipije i klastera neobičnih iskustava, te između klastera socijalnog povlačenja i visoke shizotipije nisu statistički značajne.

Socijalno blagostanje. Kao što na Grafiku 6 možemo videti, klaster neobičnih iskustava ostvaruje najviše postignuće na meri socijalnog blagostanja, dok klasteri visoke shizotipije i socijalnog povlačenja imaju najmanje izraženo socijalno blagostanje. Međutim, četiri klastera se ne razlikuju statistički značajno prema izraženosti ove dimenzije.

Psihološko blagostanje. Na Grafiku 6 vidimo da najviše skorove na ovoj dimenziji ostvaruje klaster niske shizotipije, a najniže manifestuje klaster socijalnog povlačenja. Klaster neobičnih iskustava ostvaruje statistički značano bolje rezultate na meri psihološkog blagostanja u odnosu na klaster socijalnog povlačenja, $p = .001$, međutim razlike u odnosu na klaster niske i visoke shizotipije nisu statistički značajne. Klaster niske shizotipije manifestuje statistički značajno izraženije psihološko blagostanje u poređenju sa klasterom socijalnog povlačenja i klasterom visoke shizotipije. Ostale razlike među klasterima nisu se pokazale kao statistički značajne.



Grafik 6. Aritmetičke sredine za klustere na normalizovanim i standardizovanim skorovima upitnika MHC-SF i Sheffe post hoc test. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

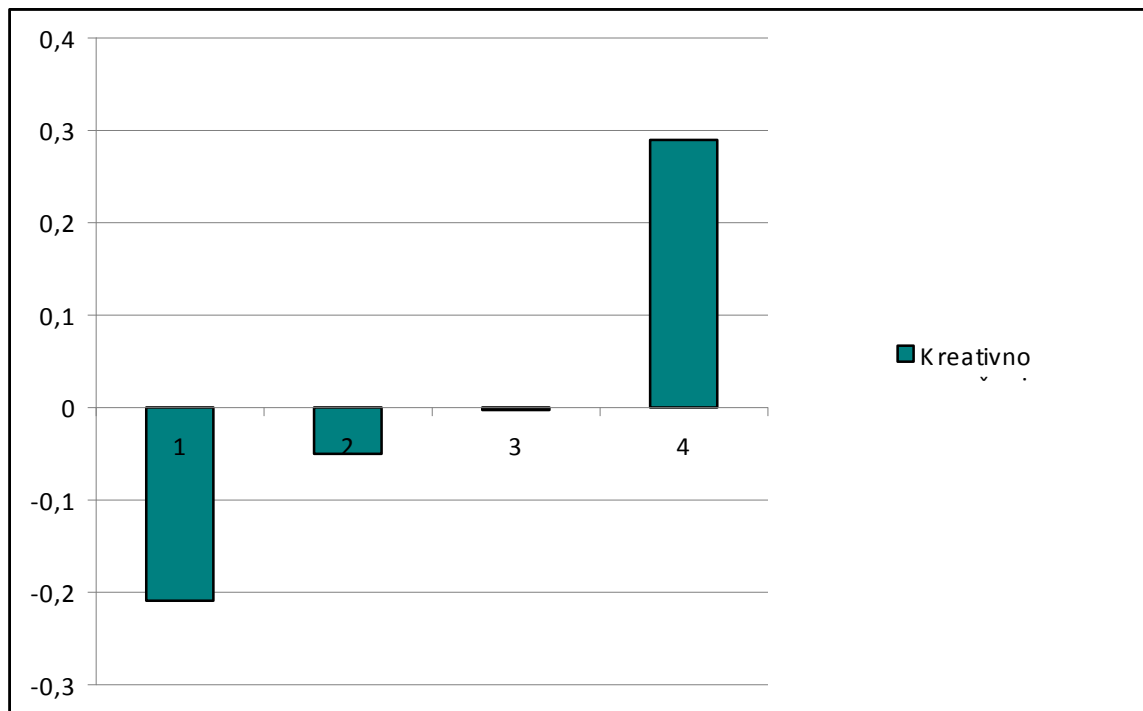
* $p < .05$, ** $p < .01$.

Dobijene nalaze možemo rezimirati sledećom opservacijom: klaster neobičnih iskustava manifestuje nadprosečnu izraženost sve tri dimenzije blagostanja i ni na jednoj od dimenzija ne razlikuje se statistički značajno u odnosu na klaster niske shizotipije. Ovaj podatak nam govori o tome da ispitanici koji spadaju u klaster neobičnih iskustava pokazuju sličan nivo emocionalnog, socijalnog i psihološkog blagostanja kao i ispitanici kod kojih shizotipija nije izražena. Sa druge strane, klaster neobičnih iskustava na meri emocionalnog blagostanja postiže statistički značajno više rezultate u poređenju sa klasterima socijalnog povlačenja i visoke shizotipije, a na psihološkom blagostanju ostvaruje značajno više skorove u odnosu na klaster socijalnog povlačenja.

2.9.2.8. Ispitivanje razlika između klastera na kreativnom ponašanju

Pošto su nakon normalizacije skorova na Biografskom inventaru kreativnog ponašanja uslovi u pogledu normalnosti distribucije bili ispunjeni, kako prema kriterijumima skjunis i kurtosis, tako i prema Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk

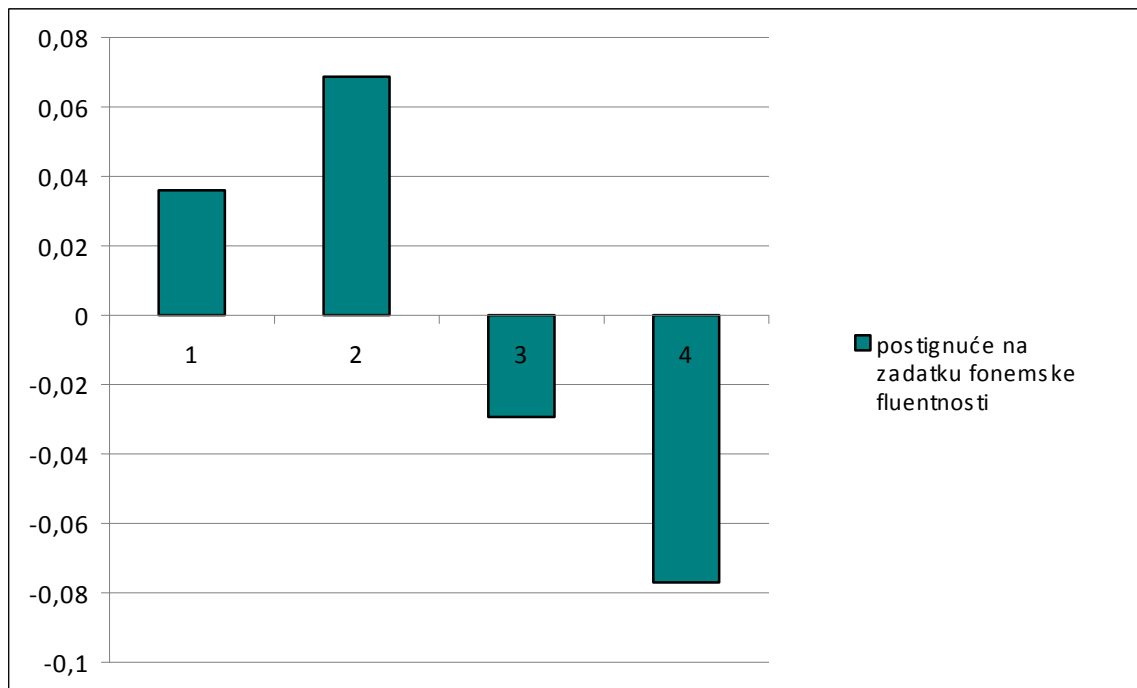
testovima (Prilog 5 i Prilog 6), odlučili smo se za primenu parametrijskog pristupa. Da bismo proverili da li postoje statistički značajne razlike između grupa u tendenciji ka kreativnom ponašanju, sprovedena je jednosmerna ANOVA. Prethodno je testirana pretpostavka o jednakosti varijanse greške između grupa. Leveneov test se nije pokazao kao statistički značajan, $F(3,177) = .87, p = .46$, što znači da je ovaj uslov ispunjen, te smo prešli na sprovođenje ANOVA-e. Nisu dobijene statistički značajne razlike između klastera prema izraženosti tendencije ka kreativnom ponašanju, $F(3, 177) = 2.02, p = .11, \eta_p^2 = .03$. Premda razlike između klastera nisu statistički značajne, na Grafiku 7 možemo videti da ispitanici iz klastera visoke shizotipije manifestuju najizraženiju sklonost ka kreativnom ponašanju, ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja najmanju, a oni iz klastera niske shizotipije i neobičnih iskustava pokazuju prosečnu sklonost ka kreativnim aktivnostima u svakodnevnom životu.



Grafik 7. Aritmetičke sredine za klasterne na normalizovanim i standardizovanim skorovima upitnika BICB. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

2.9.2.9. Ispitivanje razlika između klastera na zadatku fonemske fluentnosti

Statistička analiza za ovu varijablu sprovedena je na ukupnom skorom koji su ispitanici ostvarili na zadatku fonemske fluentnosti, dakle ukupno za sva tri slova²⁹. Nakon transformacije skorova, Shapiro-Wilk test pokazao je da se distribucija ove varijable može smatrati normalnom (Prilog 6). Sledeći korak odnosio se na procenu homogenosti varijanse. Leveneov test pokazao je da uslov koji se tiče homogenosti varijanse nije prekršen, $F(3, 177) = .02, p = 1.00$, te smo prešli na sprovođenje jednosmerne ANOVA-e. Nisu dobijene statistički značajne razlike između grupa po pitanju fonemske fluentnosti, $F(3, 177) = .19, p = .90, \eta_p^2 = .003$. Kao što se na Grafiku 8 može primetiti, razlike između klastera na ovoj varijabli su zaista veoma male.



Grafik 8. Aritmetičke sredine za klastera na normalizovanim i standardizovanim skorovima na zadatku fonemske fluentnosti. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

²⁹Analiza izvedena na zasebnim skorovima za svako od tri slova otkrila je da se grupe nisu značajno razlikovale prema postignuću ni u jednom slučaju pa smo se, u cilju konciznosti izlaganja rezultata, odlučili da prezentujemo nalaze dobijene na ukupnom skorom.

2.9.2.10. Ispitivanje razlika između klastera na Brojevima unapred i Brojevima unazad sa VITI-a

Premda je i nakon normalizacije skorova na suptestovima Brojevi unapred i Brojevi unazad Shapiro-Wilk test ostao statistički značajan (Prilog 6), možemo videti da se vrednosti skjunis i kurtosis kreću u adekvatnim granicama, koje ukazuju na to da normalnost distribucija varijabli nije grubo distorzirana (Prilog 5). U sledećem koraku ispitivali smo važne pretpostavke za sprovođenje parametrijskih statističkih procedura - homogenost kovarijansi i varijansi greške između grupa. Dok sa jedne strane pokazatelji indikuju međugrupnu jednakost opserviranih matrica kovarijansi, Box's $M = 14.87$, $F(9, 352724.49) = 1.62$, $p = .10$, što predstavlja ispunjenje uslova za sprovođenje multivarijatnog testa, dotle Leveneov test homogenosti varijanse greške (Prilog 13) sugeriše da u slučaju Brojeva unazad ovaj uslov nije ispunjen, $F(3, 177) = 3.07$, $p = .03$, što znači da je sprovođenje parametrijskih tehnika dovedeno u pitanje. Premda je analiza varijanse robustna na kršenje zahteva koji se tiče normalnosti distribucije, usled toga što po nekoliko osnova postoji kompromitovanost uslova za sprovođenje parametrijskih procedura, opredelili smo se da, radi dodatne verifikacije naših rezultata, podatke analiziramo kako parametrijskim, tako i neparametrijskim pristupom.

Pošto se u literaturi često navodi da Brojevi unapred i Brojevi unazad zahvataju suštinski različite kognitivne funkcije, umesto kompozitnog skora analizirali smo postignuće na ova dva zadatka odvojeno. Kako između postignuća na dva zadatka postoji statistički značajna pozitivna korelacija, $r = .46$, $p < .001$, odlučili smo se za primenu MANOVA-e³⁰. Dobijen je značajan multivarijatni F test, $F(6, 352) = 2.27$, $p = .04$, Wilks' $\Lambda = .93$, $\eta_p^2 = .04$, što znači da su na opštem nivou registrovane statistički značajne razlike između klastera na suptestu Brojevi.

Kako bismo utvrdili na kojim tačno zadacima postoje statistički značajne razlike između grupa, sprovedene su dve jednosmerne ANOVA-e. Na osnovu Tabele 19 možemo videti da se klasteri statistički značajno razlikuju na Brojevima unapred, $F(3,$

³⁰S obzirom na to da je MANOVA robustan model kada je u pitanju kršenje uslova koji se tiče normalnosti, pogotovo kada je veličina uzorka po grupi veća od 30 ipak smo se odlučili za sprovođenje ove analize, usled veće statističke moći parametrijskih tehnika.

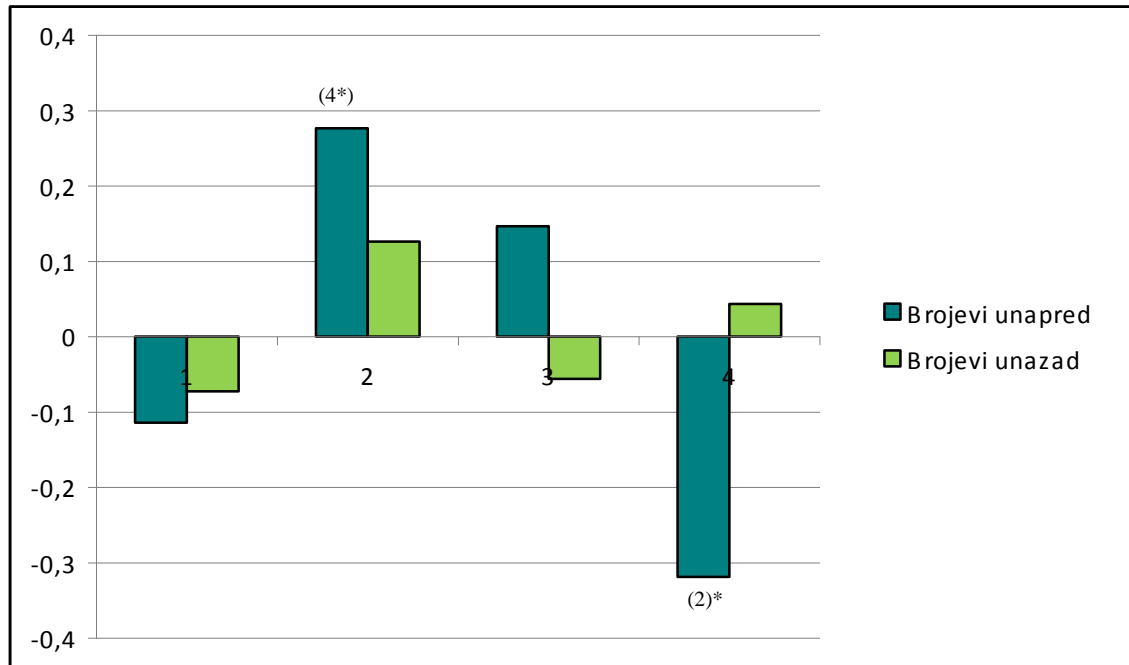
177) = 3.51, $p = .02$, $\eta_p^2 = .06$, dok na Brojevima unazad nisu registrovane statistički značajne razlike, $F(3, 177) = 0.42$, $p = .74$, $\eta_p^2 = .01$.

Tabela 19

Jednosmerne ANOVA-e za postignuće na suptestovima Brojevi unapred i Brojevi unazad

Zavisne varijable	Suma kvadrata	Stepeni slobode	Prosečni kvadrati	F	p	η_p^2
Brojevi unapred	9.42	3, 177	3.14	3.51	.02	.06
Brojevi unazad	1.17	3, 177	.39	.42	.74	.01

Dalje, interesovalo nas je koje grupe se međusobno statistički značajno razlikuju prema postignuću na zadatku Brojevi unapred, te je sproveden post hoc Sheffe test. Kao što na Grafiku 9 možemo videti, klaster niske shizotipije ostvaruje najbolje postignuće na zadatku Brojevi unapred, a potom slede klaster neobičnih iskustava sa iznadprosečnim i klaster socijalnog povlačenja sa ispodprosečnim rezultatima. Klaster visoke shizotipije manifestuje najlošije postignuće na Brojevima unapred, pri čemu se statistički značajno razlikuje u odnosu na klaster niske shizotipije, $p = .04$. Ostale razlike između klastera nisu statistički značajne.



Grafik 9. Aritmetičke sredine za klasterne na normalizovanim i standardizovanim skorovima na suprestu Brojevi i Sheffe post hoc test. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

* $p < .05$.

Imajući u vidu delimičnu kompromitovanost uslova za primenu parametrijskih metoda, opredelili smo se za dodatnu primenu neparametrijskog Kruskal-Wallis testa za nezavisne uzorke. Rezultati potvrđuju nalaze dobijene primenom MANOVA-e i sugerišu da je u slučaju Brojeva unapred potrebno odbaciti nultu hipotezu, jer su se razlike između grupa pokazale kao statistički značajne, $H(3) = 12.20$, $p = .01$, sa prosečnim rangom 83.32 za klaster socijalnog povlačenja, 106.59 za klaster niske shizotipije, 100.54 za klaster neobičnih iskustava i 72.48 za klaster visoke shizotipije. Nisu registrovane statistički značajne razlike između grupa u postignuću na zadatku Brojevi unazad, $H(3) = 1.99$, $p = .575$).

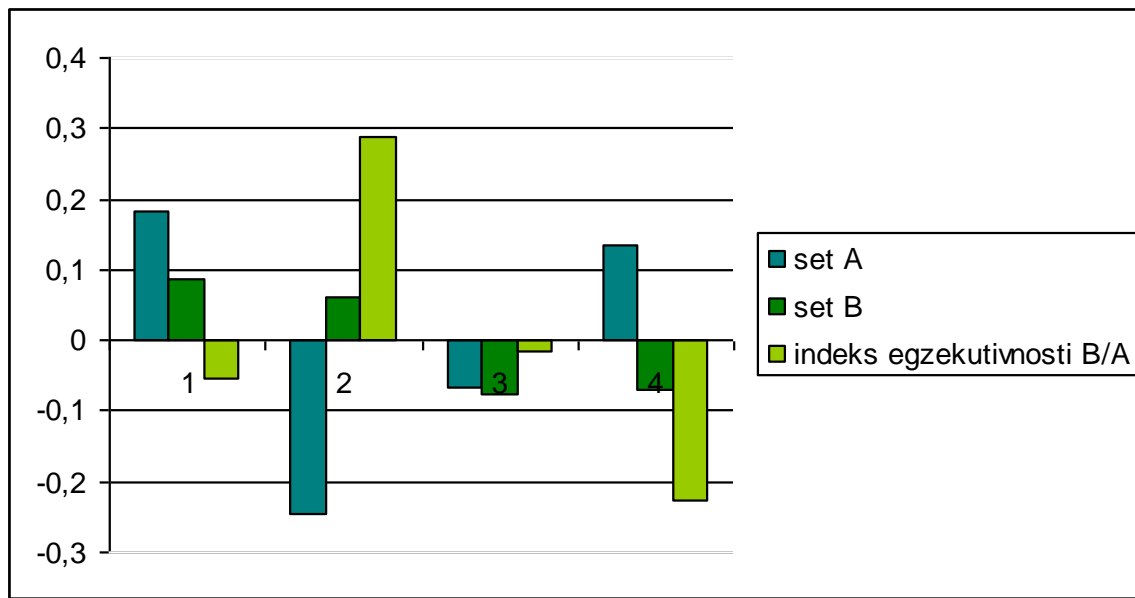
2.9.2.11. Ispitivanje razlika između klastera na testu pravljenja traga

Nakon normalizacije skorova sa TMT-a možemo videti da se parametri skjunis i kurtosis kreću u opsegu koji implicira odsustvo značajnog odstupanja od normalnosti

(Prilog 5), što je potvrđeno i testovima Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk koji se ni za jednu od varijabli nisu pokazali kao statistički značajni (Prilog 6). Stoga smo se odlučili za parametrijske tehnike. Interesovalo nas je da li postoje značajne razlike između klastera shizotipije u postignuću na setu A, setu B i prema indeksu egzekutivnih funkcija (indeks egzekutivnosti izražen je kao količnik B/A ³¹). U cilju odgovora na ova pitanja primenjena je MANOVA gde je nezavisna varijabla bila pripadnost klasteru, a zavisne varijable, između kojih su detektovane umerene do visoke korelacije (Prilog 14), činili su normalizovani skorovi za set A, set B i indeks egzekutivnosti izražen kao B/A . Testirana je hipoteza o jednakosti matrica kovarijansi između grupa i premda je Box's M test značajan na nivou $\alpha < .01$, $\text{Box's } M(18, 109724.47) = 37.86, p = .006$, može se reći da je ipak ispunjen uslov o jednakosti matrica kovarijansi jer je ovaj test visoko senzitivna pa se kao indikativan α nivo značajnosti uzima vrednost od .001 (Tabachnick & Fidell, 2001). MANOVA je pokazala da se grupe međusobno ne razlikuju statistički značajno prema uspešnosti na TMT-u, $F(9, 426.06) = 1.48, p = .15$, Wilks' $\Lambda = .93, \eta_p^2 = .03$.

Pošto nije dobijen statistički značajan multivarijantni F test, nisu sprovedene univarijantne ANOVA-e u cilju utvrđivanja razlika na pojedinačnim varijablama. Na Grafiku 10 prikazane su aritmetičke sredine klastera za svaku meru postignuća na TMT-u. Možemo videti da je ispitanicima iz klastera niske shizotipije trebalo najmanje vremena za završetak serije A, dok su najlošiju performansu pokazali ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja, a potom i iz klastera generalno visoke shizotipije. Kada je u pitanju set B grupe su poprilično ujednačene prema postignuću. Razmatrajući indeks egzekutivnosti, koji govori o kognitivnoj efikasnosti, na Grafiku 10 možemo jasno videti da klaster niske shizotipije pokazuje najveću efikasnost na planu egzekutivnih funkcija, dok klaster visoke shizotipije manifestuje indikatore egzekutivne disfunkcije.

³¹ Prema rezultatima nekih istraživanja mera B/A predstavlja najbolji TMT indeks egzekutivnosti (Arbuthnott & Frank, 2000), koji najpre zahvata suštinu „kognitivne fleksibilnosti“ pri čemu se kontrolišu intrasubjektivni faktori varijabilnosti (Lamberty, Putnam, Chatel, Bieliauskas, & Adams, 1994).



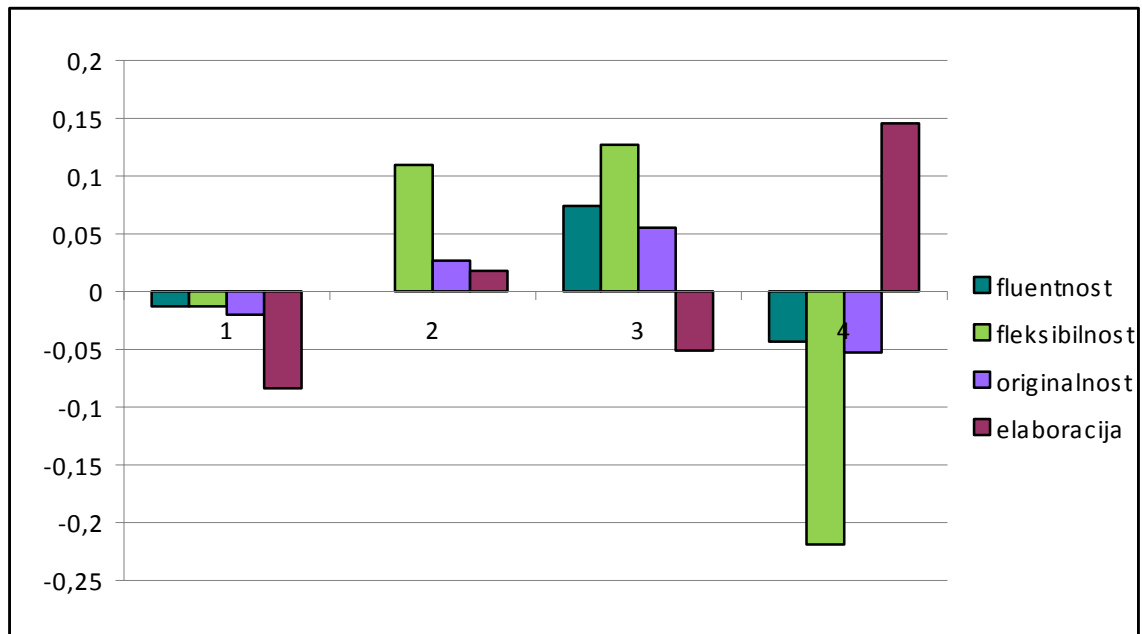
Grafik 10. Aritmetičke sredine za klasterne na normalizovanim i standardizovanim skorovima na TMT-u. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

2.9.2.12. Ispitivanje razlika između klastera na zadacima divergentne produkcije

Posmatrajući vrednosti skjunis i kurtosis (Prilog 5), kao i rezultate Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testova (Prilog 6), možemo videti da su uslovi normalnosti distribucija svih varijabli koje se odnose na divergentnu produkciju ispunjeni, te su primenjene parametrijske statističke procedure. Kako bismo utvrdili da li postoje značajne razlike između klastera prema uspešnosti na zadacima divergentne produkcije, primenjena je MANOVA, usled registrovanih umerenih do visokih korelacija između varijabli koje reflektuju različite aspekte divergentnog mišljenja (Prilog 15). Nezavisna varijabla je bila pripadnost klasterima formiranim na osnovu shizotipalnih dimenzija, a zavisne varijable bile su indikatori postignuća na dva zadatka divergentne produkcije, izraženi kao fluentnost, fleksibilnost, originalnost i elaboracija. Prethodno je testiran uslov koji se odnosi na jednakost matrica kovarijansi između grupa. Na osnovu vrednosti Box's M testa (Box's $M(108, 69065.36) = 155.71, p = .01$) može se zaključiti da je ovaj uslov ispunjen, te je sprovedena MANOVA. Multivarijantni F test nije se pokazao kao statistički značajan, $F(24, 493.65) = 0.81, p = .73, \text{Wilks' } \Lambda = .895, \eta_p^2 = .04$, što nam

govori da, generalno gledano, nisu registrovane razlike između klastera prema uspešnosti na indikatorima divergentnog mišljenja na zadacima upotrebe stvari i alternativnih znakova. S obzirom na to, nisu sprovedene jednosmerne ANOVA-e za svaku zavisnu varijablu, niti post hoc testovi.

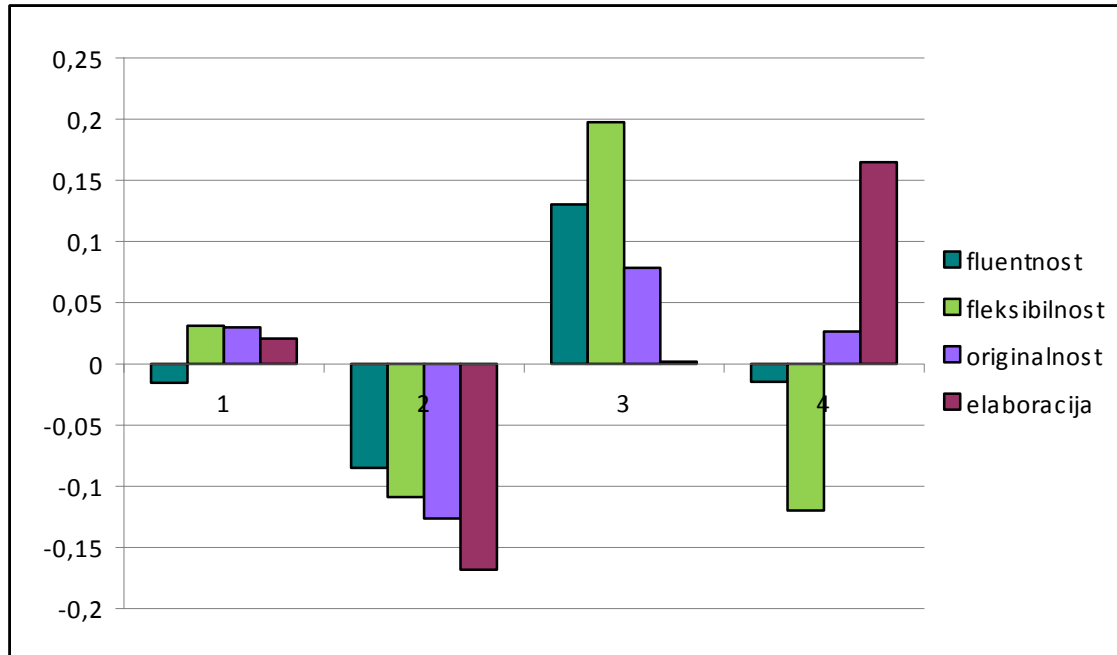
Pa ipak, iako nisu registrovane značajne razlike između klastera, ukratko ćemo prokomentarisati Grafik 11, gde su za zadatak upotrebe stvari, prema klasterima, prikazane prosečne vrednosti normalizovanih i standardizovanih skorova za svaki kriterijum. Možemo videti da se fluentnost i originalnost kreću oko prosečne vrednosti, u slučaju gotovo svih klastera. Najmaju fleksibilnost manifestuje klaster visoke shizotipije, a najizraženija fleksibilnost registrovana je kod klastera neobičnih iskustava i niske shizotipije. Ono što je dodatno interesantno jeste da je elaboracija najizraženija kod klastera visoke shizotipije.



Grafik 11. Aritmetičke sredine za klastera na normalizovanim i standardizovanim skorovima na kriterijumima zadatka upotrebe stvari. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

Kada je u pitanju postignuće na zadatku alternativnih znakova, na Grafiku 12 možemo videti da klaster neobičnih iskustava ostvaruje nadprosečne rezultate na

fluentnosti, fleksibilnosti i originalnosti, a prosečne na elaboraciji. Sa druge strane, klaster niske shizotipije ostvaruje ispodprosečne skorove na svim dimenzijama. Klaster socijalnog povlačenja postiže prosečne rezultate na svim dimenzijama, a klaster visoke shizotipije ostvaruje prosečno postignuće na fluentnosti i originalnosti, ispodprosečno na fleksibilnosti i nadprosečno na elaboraciji.



Grafik 12. Aritmetičke sredine za klaster na normalizovanim i standardizovanim skorovima na kriterijumima zadatka alternativnih znakova. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

2.9.2.13. Ispitivanje razlika između klastera na meta-kognitivnim uverenjima

U finalnu statističku obradu koja se odnosi na ovaj segment istraživanja ušli su samo oni ispitanici koji do sada nisu bili direktnije upoznati sa zadatkom „magične“ kugle. Dva ispitanika navela su tačan princip po kom zadatak funkcioniše, a jedan ispitanik je već radio zadatak i imao pretpostavku (premda ne u potpunosti tačnu) o tome kako zadatak radi. Usled toga, ovi ispitanici ($N = 3$) radili su zadatak sa kartama, ali ipak nisu ušli u finalnu analizu, kako bi se predupredio uticaj prethodnog znanja na formiranje

meta-kognicija u vezi sa istraživačkom situacijom. Tokom izrade zadatka, nekoliko ispitanika je pogrešilo u procesu računanja, pa je delovalo da „magična“ kugla nije uspešno „pogodila“ simbol. Imajući u vidu da je usled ove okolnosti efekat zadatka bio umanjen, radi dodatne kontrole, svi ispitanici koji su pogrešili u procesu računanja ($N = 10$) isključeni su iz analize. U finalnu statističku obradu ušlo je, dakle, 168 ispitanika.

Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovi, kao i neke vrednosti skjunis i kurtosis pokazuju nam da se skorovi na određenom broju varijabli za ispitivanje meta-kognicija ne raspedeljuju po principima normalne distribucije (Tabela 8 i Prilog 4). Situacija ostaje ista čak i nakon transformacije skorova pomoću Blom-ove formule (Prilog 5 i Prilog 6). Imajući to u vidu, odlučili smo se za primenu neparametrijskog pristupa, odnosno Kruskal-Wallis H testa, kao neparametrijske alternative za analizu varijanse. Nezavisna varijabla bila je pripadnost klasteru, a odgovori ispitanika na skalama procene meta-kognitivnih uverenja predstavljali su zavisne varijable. U Tabeli 20 prikazane su vrednosti Kruskal-Wallis H testa, stepeni slobode i nivoi značajnosti za svaku od zavisnih varijabli.

Na osnovu dobijenih rezultata možemo videti da se grupe značajno razlikuju prema tome u kojoj meri je iskustvo percipirano kao neobično, $H(3) = 8.20$, $p = .04$, u kojoj meri bi ispitanici bili spremni da iskustvo naprosto prihvate bez upuštanja u njega, $H(3) = 8.70$, $p = .03$ i do kog nivoa bi brinuli u vezi sa iskustvom, $H(3) = 13.75$, $p = .003$. Marginalno značajne razlike prisutne su po pitanju internalizujuće-normalizujuće procene da je dati doživljaj deo normalog ljudskog iskustva, $H(3) = 7.11$, $p = .07$ i spremnosti ispitanika da se što više upuštaju i uživljavaju u data iskustva, $H(3) = 6.94$, $p = .07$.

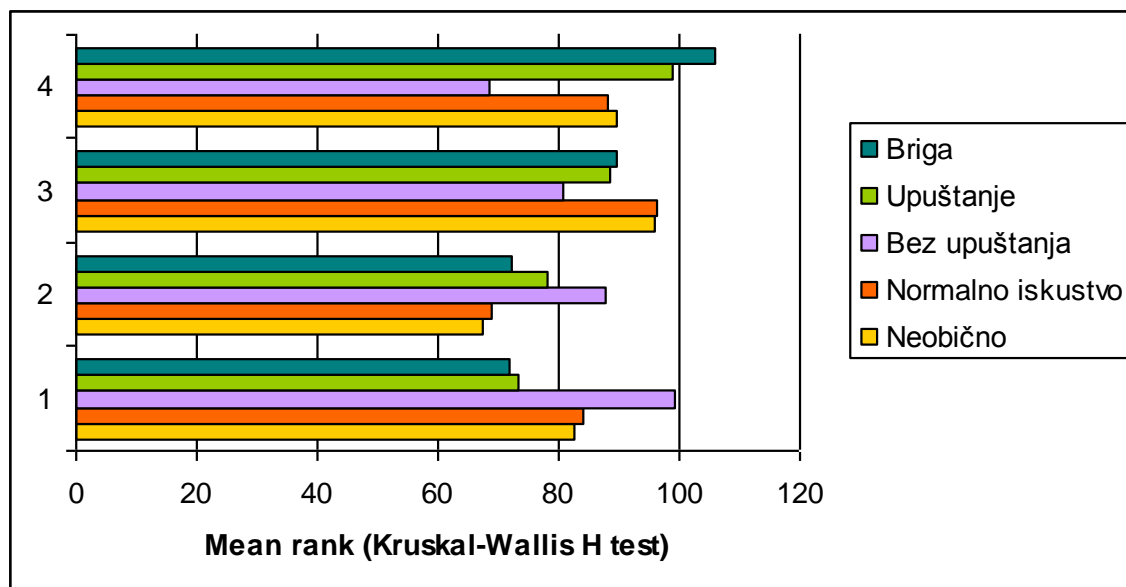
Tabela 20

Kruskal-Wallis H test za meta-kognitivne varijable

VARIJABLE	H	Stepeni slobode	p
Iskustvo je bilo neobično	8.20	3	,04
Iskustvo je bilo zanimljivo	6.21	3	,10
Iskustvo je bilo stresno	5,74	3	,13
Iskustvo je bilo preteće	2,81	3	,42
Matematička zagovnetka, deo istraživanja	3,13	3	,37
Deo normalnog ljudskog iskustva i doživljaja	7.11	3	,07
Postoji neko ko je umešan u ovo.	4,94	3	,18

Kompjuter može da čita misli.	3,83	3	,28
Ovo je urađeno namerno, da učini da izgledam glupo.	,21	3	,98
Ovo je deo mnogo veće zavere.	3,73	3	,29
To znači da sa mnom nešto nije u redu.	2,57	3	,46
Pustio/la bih da iskustvo dođe i prođe, bez upuštanja.	8,70	3	,03
Traži/la bih neko razumno objašnjenje.	,02	3	1,00
Izbegavao/la bih da mislim o tome.	,92	3	,82
Kontrolisao/la bih ta iskustva	3,23	3	,36
Upuštao/la bih se što više u ta iskustva.	6,94	3	,07
Brinuo/la bih u vezi sa tim doživljajima.	13,75	3	,003
Verovao/la bih da će mi neko/nešto ponuditi objašnjenje.	,65	3	,89
Odustao/la bih.	4,40	3	,22

Na Grafiku 13 prikazani su prosečni rangovi za sve značajne i marginalno značajne meta-kognitivne procene i odgovore. Možemo videti da su osobe iz klastera visoke shizotipije najviše sklone brizi i ruminacijama u vezi sa neobičnim iskustvom, dok je to u najmanjoj meri slučaj kod klastera niske shizotipije i socijalnog povlačenja. Ispitanici iz klastera visoke shizotipije u najvećoj meri bi se upuštali u doživljavanje neobičnog iskustva, dok je to u najmanjoj meri slučaj kod ispitanika iz klastera socijalnog povlačenja. Naprotiv, ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja u najvećoj meri bi dopustili da budu u kontaktu sa neobičnim iskustvom, bez prevelikog upuštanja, dok bi ispitanici iz klastera visoke shizotipije u najmanjoj meri bili na to spremni. Ispitanici iz klastera neobičnih iskustava u najvećoj meri smatraju da je neobičan doživljaj deo normalnog ljudskog iskustva, dok se sa ovim stavom najmanje slažu ispitanici iz klastera niske shizotipije. Ista je situacija i sa tim u kojoj meri je dato iskustvo doista doživljeno kao neobično.



Grafik 13. Prosečni rangovi klastera za meta-kognitivne varijable na kojima su registrovane značajne i marginalno značajne razlike. 1 = klaster socijalnog povlačenja, 2 = klaster niske shizotipije, 3 = klaster neobičnih iskustava, 4 = klaster visoke shizotipije.

3. DISKUSIJA

Cilj ovog istraživanja bio je da se ispituju različiti tipovi shizotipalnih obrazaca u nekliničkoj populaciji, kako bi se detektovala ona grupa ispitanika koja bi prema svojim odlikama u najvećoj meri mogla odgovarati sklopu benigne shizotipije. Dalji ciljevi ovog istraživačkog poduhvata odnosili su se na eksploraciju sredinskih, personoloških, kognitivnih i meta-kognitivnih činilaca kao potencijalno značajnih korelata koji imaju važnu ulogu u adaptivnim karakteristikama zdrave shizotipije. Preciznije, dalji ciljevi rada odnosili su se na utvrđivanje eventualnih razlika između različitih klastera shizotipije i klastera niske shizotipije po pitanju pomenutih varijabli, kako bi se registrovale potencijalno važne determinante benigne shizotipije i time pružio doprinos proširivanju dosadašnjih saznanja u vezi sa ovim konstruktom. U poglavlju koje je pred nama, detaljno ćemo prodiskutovati dobijene rezultate za sve analizirane varijable, te

izložiti opšta zapažanja, generalne zaključke i smernice za buduća istraživanja u ovoj oblasti.

3.1. Tipovi ličnosti u prostoru različitih dimenzija shizotipije

Kao što je već pomenuto, u studiji Williamsa (1994), koja je sprovedena na studentskoj populaciji, ekstrahovana su četiri klastera: 1) niska shizotipija; 2) visoka pozitivna shizotipija; 3) visoka negativna shizotipija i 4) visoka i negativna i pozitivna shizotipija. Ovo četvoroklastersko rešenje replicirano je i u studiji Loughlanda & Williamsa (1997), a druga istraživanja dobila su takođe slične nalaze (Barrantes-Vidal et al., 2010; Goulding, 2005; Suhr & Spitznagel, 2001). Istraživanje koje su sproveli Barrantes-Vidal i saradnici (2010) posebno je značajno, jer je pomenuto četvoroklastersko rešenje dobijeno na veoma velikom uzorku univerzitetskih studenata.

Pošli smo od pretpostavke da će se, u skladu sa rezultatima dosadašnjih studija, i u našem istraživanju izdvojiti četiri klastera na opštoj populaciji: klaster niske, pozitivne, negativne i visoke shizotipije. Rezultati dvoetape kros-validacione klaster analize podržali su našu početnu pretpostavku. Naime, rezultati statističke analize pokazali su da se najprihvatljivijim solucijama mogu smatrati petoklastersko i četvoroklastersko rešenje. Kako su se u slučaju opcije sa pet klastera javile redundantne grupe (klaster niske shizotipije koji podrazumeva skorove ispod proseka na svim dimenzijama i klaster prosečne shizotipije kod kog se skorovi na sve tri dimenzije kreću oko proseka), odlučili smo se za „elegantnije“ rešenje sa četiri klastera. Ipak, mišljenja smo da i petoklastersko rešenje ima veliku vrednost utoliko što nam svedoči o dimenzionalnosti konstrukta shizotipije. Stoga je rešenje sa pet klastera prikazano u Prilogu 1. Rezultati našeg istraživanja su, dakle, pružili jaku empirijsku podršku četvoroklasterskom rešenju koje je dobijano u nizu drugih studija (Goulding, 2004, 2005; Loughland & Williams, 1997; Simmonds, 2003; Simmonds-Moore & Holt, 2007; Suhr & Spitznagel, 2001; Williams, 1994). Ukratko ćemo prokomentarisati četvoroklastersko rešenje koje je dobijeno u našem istraživanju.

Klaster socijalnog povlačenja odlikuje se nadprosečno izraženom interpersonalnom dimenzijom koja podrazumeva poteškoće na planu socijalnog funkcionisanja, socijalnu anksioznost i oskudan/zaravnjen afekat, dok se ostale dimenzije nalaze oko proseka. Ova grupa u najvećoj meri odgovara klasteru negativne shizotipije koji se dobija u drugim istraživanjima.

Klaster niske shizotipije kod kog su skorovi na sve tri dimenzije slabo izraženi (nalaze se ispod proseka), odgovara klasteru niske shizotipije registrovanom i u drugim srodnim istraživanjima iz ove oblasti. Osobe iz ovog klastera karakteriše izražena tendencija ka socijalnim interakcijama, jasnoća i organizovanost na planu mišljenja i ponašanja, te percipiranje realiteta bez upliva neobičnih iskustava i magijskog mišljenja.

Klaster neobičnih iskustava odlikuje se blago nadprosečnim skorom na kognitivno-perceptivnoj dimenziji (tendencija ka neobičnim iskustvima poput pseudo halucinacija, sklonost ka interpretativnosti i magijskom mišljenju), uz prosečne rezultate na ostalim dimenzijama. Ova grupa najpribližnije odgovara klasteru pozitivne shizotipije koji se dobija u drugim istraživanjima i za koji se smatra da reprezentuje sklop benigne shizotipije.

Klaster visoke shizotipije karakterišu izrazito nadprosečni skorovi na sve tri shizotipalne dimenzije (dakle prisutna je i izražena dimenzija dezorganizovanosti koja podrazumeva ekscentričan/čudan govor i ponašanje). Ova grupa ispitanika odgovara klasteru visoke shizotipije koji je detektovan u drugim srodnim istraživanjima, a verovatno i samom konceptu, kriterijumima i punom sindromu shizotipije.

Naši rezultati potvrdili su da je na nivou nekliničke populacije moguće registrovati različite klastere shizotipije, od kojih jedan najpribližnije odgovara onom profilu koji se u literaturi naziva benignom shizotipijom (Jackson, 1997). Međutim, na osnovu čega možemo sa većim stepenom sigurnosti znati da se zaista radi o tzv. zdravoj formi shizotipije? Da bismo dobili odgovor na ovo pitanje, neophodno je bilo validirati klastere na osnovu niza biografskih, personoloških, kognitivnih i meta-kognitivnih varijabli. Očekivali smo da će ispitanici iz klastera neobičnih iskustava u većoj meri nego pripadnici drugih shizotipalnih kalstera manifestovati odlike koje se mogu povezati sa mentalnim zdravljem ili kvalitetnim nivoom funkcionisanja. Stoga smo ispitivali razlike

između klastera shizotipije na širokom dijapazonu različitih varijabli, a rezultati koje smo dobili biće detaljno diskutovani u narednim redovima.

3.2. Benigna shizotipija, demografski i biografski podaci

Afektivna vezanost. Teorija afektivne vezanosti govori o univerzalnoj ljudskoj potrebi za formiranjem bliskih emocionalnih odnosa koji predstavljaju esencijalnu komponentu zdravog funkcionisanja individue. Iako se istraživanja do sada, koliko nam je poznato, nisu bavila proučavanjem odnosa između benigne shizotipije i obrazaca afektivne vezanosti, postoje malobrojni radovi koji su na opštem nivou izučavali odnos između shizotipije i stilova afektivnog vezivanja. Te studije su pokazale da je siguran obrazac povezan sa niskom negativnom i niskom pozitivnom dimenzijom shizotipije, dok izbegavajući i anksiozni obrasci koreliraju sa visoko izraženom pozitivnom i negativnom dimenzijom shizotipije (Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge 2006; Meins et al., 2008; Wilson & Constanzo, 1996). Pošto se dosadašnja istraživanja nisu sistematski bavila eksploracijom odnosa benigne shizotipije i stilova afektivnog vezivanja, našu hipotezu formirali smo na osnovu nalaza koji ukazuju na to da je zdrava forma shizotipije povezana sa indikatorima blagostanja (Goulding, 2004) i adekvatne adaptiranosti (Mohr & Claridge, 2015) čiji korelat je i obrazac sigurne afektivne vezanosti. Sigurna afektivna vezanost pokazala se kao značajan činilac ublažavanja simptoma distresa usled povezanosti sa primanjem i pružanjem zdrave i kvalitetne socijalne podrške (Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992). Stoga smo pošli od pretpostavke da će kod osoba koje pripadaju klasteru neobičnih iskustava dominirati siguran stil afektivne vezanosti, kao što se to očekuje i kod osoba koje nemaju izražene shizotipalne odlike. Sa druge strane, u skladu sa rezultatima dosadašnjih istraživanja, pretpostavili smo da će kod individua sa karakteristikama socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije u većoj meri biti zastupljeno izveštavanje o nesigurnim obrascima afektivne vezanosti. Naši rezultati potvrdili su istraživačku hipotezu od koje smo pošli. Nalazi su otkrili da osobe iz klastera benigne i niske shizotipije zaista u signifikantno većoj meri manifestuju tendenciju ka sigurnom obrascu afektivne vezanosti, dok je ova tendencija kod socijalno izolovanog klastera i klastera generalno visoke shizotipije zastupljena vidno slabije. Na osnovu naših

rezultata možemo pretpostaviti da osobe iz klastera neobičnih iskustava, kao i ispitanici iz klastera niske shizotipije, najverovatnije manifestuju odlike karakteristične za individue sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti: imaju adekvatno samopoštovanje, na konstruktivan način traže socijalnu podršku i sposobni su da dele svoja osećanja sa drugima. Ako krenemo još jedan korak dalje, mogli bismo pretpostaviti da su osobe iz klastera neobičnih iskustava, verovatno, poput i osoba sa niskom shizotipijom, tokom detinjstva percipirale svoje roditelje kao responsivne na svoje potrebe, dostupne i pristupačne. S obzirom na to da naš nacrt odgovara studiji preseka, nemoguće je tvrditi da između stila afektivne vezanosti i specifičnog sklopa izraženosti shizotipalnih crta postoji kauzalna relacija, ali možemo reći da ove dve varijable značajno umereno pozitivno koreliraju. Ovde je važno primetiti da bi benigne manifestacije shizotipije mogle biti fenotipska konsekvencija koja se javlja u odsustvu patogenih sredinskih faktora ili prisustva protektivnih činilaca, poput sigurnog obrasca afektivne vezanosti ili drugih faktora kao što je visoka kognitivna/emocionalna inteligencija (Mason, 2014). Pa ipak, potrebno je biti oprezan pri donošenju zaključaja o odnosu između shizotipije i stilova afektivne vezanosti, jer je u našem istraživanju podatak o obrascu afektivne vezanosti meren samo pomoću jednog pitanja sa višestrukim izborom. Postoje specijalno razvijeni upitnici za merenje stilova afektivne vezanosti koji su daleko senzitivniji i sofisticiraniji, te se u budućim istraživanjima preporučuje uvođenje kompleksnijih mera ove varijable.

Hereditet. Pokazano je da osobe koje imaju poremećaj ličnosti iz shizotipalnog spektra udružene sa porodičnom istorijom psihičkih poremećaja ostvaruju povišene skorove na negativnim shizotipalnim simptomima, dok su osobe sa istim poremećajima, ali bez porodične anamneze, manifestovale izraženije skorove na pozitivnim dimenzijama shizotipije i impulsivnom antikonformizmu (Thaker et al., 1993). Ovi rezultati ukazuju na moguću povezanost između negativnih simptoma shizotipije i nasledne komponente. Dalje, Maier i saradnici (2002) zaključuju da su negativni, ali ne i pozitivni aspekti shizotipije povezani sa etiologijom shizofrenije i težom kliničkom slikom poremećaja. Imajući u vidu navedene nalaze, očekivali smo da će osobe koje postižu povišene skorove na Interpersonalnoj dimenziji, a to su pripadnici klastera socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije, u najvećoj meri izveštavati o prisustvu psihičkih tegoba u okviru porodice. Preciznije, pošli smo od pretpostavke da će individue iz klastera

neobičnih iskustava navoditi manje podataka vezanih za hereditarnu dispoziciju u poređenju sa klasterima socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster niske shizotipije. Ono što su naši rezultati pokazali, jeste da ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije u najvećem broju izveštavaju o hereditarnoj dispoziciji u odnosu na sva tri preostala klastera. Ispitanici iz klastera neobičnih iskustava, kao i oni iz klastera niske shizotipije, zaista u signifikanto manjoj meri izveštavaju o hereditetu, u odnosu na subjekte iz klastera generalno visoke shizotipije, te je ovaj deo naše hipoteze jasno potvrđen. Ono što, međutim, nismo prepostavili jeste da će i ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja u niskom procentu izveštavati o hereditetu, kao što je to slučaj i kod osoba iz klastera benigne i niske shizotipije. Naši rezultati govore o tome da je nasledna komponenta najizraženija u slučaju kada su sve dimenzije shizotipije nadprosečno izražene, dok Interpersonalna dimenzija sama po sebi (koja je bliska negativnim shizotipalnim simptomima) nije pokazala povezanost sa hereditarnim opterećenjem. Moguće je da samostalna izraženost Interpersonalne dimenzije u opštoj populaciji nije nužno vezana za shizotipiju, već da ovi indikatori zapravo više spadaju u spektar introverzije i socijalne anksioznosti, koje nemaju hereditarnu konekciju sa shizofrenijom. Nalazi koje smo dobili u skladu su sa rezultatima studije Chapman-a i saradnika (1994) u kojoj je pokazano da je verovatnoća za razvoj psihotičnog poremećaja znatno veća ukoliko su kod osobe istovremeno izraženi i pozitivni i negativni simptomi shizotipije.

Obraćanje za psihološku pomoć. Pokazano je da osobe sa izraženom shizotipijom iz nekliničke populacije manifestuju manje životnog zadovoljstva i povišen nivo negativnog afektiviteta (Abbott et al., 2012), te da izveštavaju o slabijem kvalitetu života i većem doživljaju distresa (Barrantes-Vidal et al., 2010; Cohen & Davis, 2009). Sa druge strane, osobe koje manifestuju samo izraženu pozitivnu dimenziju shizotipije (tzv. benigna forma shizotipije) pokazuju isti nivo mentalnog zdravlja i blagostanja kao i ispitanici sa nisko ili prosečno izraženom shizotipijom (Tabak & Weisman de Mamani, 2013; Tuchman, 2012). Stoga smo pošli od pretpostavke da će u grupi benigne shizotipije biti registrovana značajno manja učestalost obraćanja za pomoć stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja u poređenju sa klasterima negativne i visoke shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster niske shizotipije. Naši rezultati nisu potvrdili hipotezu od koje smo

pošli. Naime, nisu registrovane statistički značajne razlike između grupa u odnosu na to u kojoj meri su se ispitanici obraćali stručnjacima radi psihološke podrške. Šta nam dobijeni rezultati govore? Iako osobe koje spadaju u klaster socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije manifestuju povišen nivo psihopatoloških simptoma, te snižen doživljaj blagostanja (kao što su naši rezultati pokazali, a o čemu će više reći biti kasnije), ove osobe se ipak ne obraćaju za psihološku pomoć češće od onih koje nemaju takve tegobe. Razlozi za to mogu biti brojni. Pre svega, najverovatnije objašnjenje je da ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije, upravo usled povećane tendencije ka socijalnoj izolaciji, ne koriste veštine kojima bi sebi obezbedili psihološku pomoć. Umesto proaktivnog pristupa usmerenog ka rešavanju problema, ovi ispitanici se povlače i pasivni su. Sa druge strane, moguće je da značajnu ulogu u ovakvim rezultatima ima i tzv. „društvena stigma“ koja se još uvek vezuje za odlazak kod psihologa ili psihijatra. Podršku za ove naše pretpostavke pronalazimo u teorijskim koncepcijama i istraživanjima Cramer-a (1999). Iako o faktorima koji leže u podlozi ovakvih rezultata možemo najpre samo da spekuliseemo, ono što je sasvim izvesno jeste činjenica da se mladi koji imaju različite psihičke tegobe, udružene sa niskim doživljajem blagostanja, ne obraćaju za pomoć stručnjacima. Ovaj nalaz je od veoma velikog značaja jer ukazuje na jedan latentni problem koji potencijalno doprinosi neblagovremenom prepoznavanju i tretiranju tegoba iz shizotipnog spektra, te njihovoj eventualnoj tranziciji ka ozbiljnijim mentalnim poremećajima. Stoga se praktične implikacije naših rezultata odnose pre svega na neophodnost ohrabrivanja mladih ljudi da potraže stručnu pomoć, na što transparentniju dostupnost relevantnih informacija o mogućostima podrške i apelovanje na širu društvenu javnost, koja je i dalje obremenjena „stigmom“ vezanom za traženje stručne i profesionalne psihološke podrške. O tome da stigmatizacija i diskriminacija osoba koje imaju psihičke tegobe i dalje predstavljaju izrazito relevantne probleme savremenog društva diskutuju u svom radu Milačić-Vidojević i Dragojević (2011).

Neprijatna emocionalna iskustva i traumatski doživljaji. Istraživanja su pokazala da su simptomi shizotipije, između ostalog, povezani sa doživljajem psihološke traume tokom detinjstva (Lovatt et al., 2010; Steel et al., 2009) ili sa razvodom roditelja (Anglin et al., 2008). Pošto se benigna forma shizotipije vezuje za prisustvo indikatora dobrog mentalnog zdravlja i adekvatnog funkcionisanja (Goulding, 2004; Mohr & Claridge,

2015; Tabak & Weisman de Mamani, 2013; Tuchman, 2012) pošli smo od hipoteze da će osobe koje pripadaju grupi benigne shizotipije manifestovati značajno manje negativnih emocionalnih iskustava iz perioda detinjstva i traumatskih iskustava, u odnosu na klaster socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster niske shizotipije. Rezultati koje smo dobili delom potvrđuju našu početnu hipotezu, a delom ne. Ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije izveštavaju o slabijoj prihvaćenosti u okviru veće vršnjačke grupe u poređenju sa ispitanicima iz klastera benigne i niske shizotipije. Ovi ispitanici pre su bili prihvaćeni u manjoj grupi vršnjaka, a jedan deo njih bio je izolovan, distanciran, odbačen ili čak maltretiran. Sličan, ali nešto blaži trend primećuje se i kod ispitanika iz klastera socijalnog povlačenja. Dalje, ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije u značajno većem procentu nego osobe iz klastera benigne i niske shizotipije, navode da su ponekad ili često bili maltretirani od strane nekoga van porodice. Isti, samo nešto blaži trend primećuje se i kod ispitanika iz klastera socijalnog povlačenja. Ovi nalazi u skladu su sa našom početnom hipotezom kojom se pretpostavlja da će osobe iz klastera generalno visoke shizotipije i socijalnog povlačenja izveštavati o više neprijatnih iskustava tokom detinjstva, u poređenju sa klasterima benigne i niske shizotipije. Nisu, međutim, dobijene značajne razlike između klastera kada je u pitanju učestalost svađa u porodici, loš uticaj na samopoštovanje od strane ukućana, iskustvo traumatskih događaja, odrastanje sa oba roditelja ili ne, percepcija vaspitnog prisutupa majke i oca, niti prisustvovanje maltretiranju drugog ukućana u porodici. Poprilično je iznenađujuće da se razlike na ovim varijablama, koje deluju kao veoma relevantni činioci kasnijih psihopatoloških manifestacija, nisu pokazale kao statistički značajne. Kako objasniti ovakve nalaze? Jedna od mogućih eksplanatornih opcija bila bi da ovakvi sredinski uticaji u manjoj meri koreliraju sa simptomima iz shizotipalnog spektra, jer su od potencijalno većeg značaja dispozicioni činioci poput genetskih, bioloških ili personoloških faktora, koji osobu čine podložnom za razvoj određenih oblika ponašanja, mišljenja i osećanja. Na koji način onda interpretirati razlike na planu uključenosti u socijalne interakcije tokom detinjstva i u vezi sa maltretiranjem od strane vršnjaka? Moguće je da odgovor na ovo pitanje takođe leži u personološkim činiocima poput tendencije ka socijalnoj introverziji, anhedoniji, socijalnom povlačenju i izolaciji. Ako na trenutak zastanemo, lako ćemo se prisetiti da su neke od čestih karakteristika

viktimizovane dece u kontekstu bulinga upravo lošije socijalne kompetencije, odsustvo adekvatnih socijalnih veština za rešavanje problema, uz negativne kognicije vezane za self (Cook, Williams, Guerra, Kim, & Sadek, 2010). Naši rezultati ukazuju na to da je prihvaćenost od strane vršnjaka najviše kompromitovana u slučaju osoba kod kojih se javlja udruženost kako negativnih, tako i pozitivnih shizotipalnih simptoma. Stoga nije teško pretpostaviti da činioci iz domena individualnih razlika koji boje psihološka iskustva ovih individua „neobičnošću“ i „izolovanošću“ igraju značajnu ulogu u formiranju socijalnih interakcija. Čini se da personološke varijable imaju značajnu ulogu u formiranju interpersonalnih relacija u kontekstu afektivnog vezivanja i statusa u okviru vršnjačke grupe i u slučaju ispitanika iz klastera socijalnog povlačenja. Ovaj deo naših rezultata govori nam o tome da je slabiji nivo socijalnog funkcionisanja kod osoba sa shizotipalnim karakteristikama moguće pratiti unazad sve do perioda detinjstva.

Alkohol, duvan i psihoaktivne supstance. Istraživanja su pokazala da česta upotreba kanabisa korelira kako sa pozitivnim, tako i sa negativnim subkliničkim psihotičnim doživljajima koji nisu direktna posledica konzumiranja marihuane (Skinner et al., 2011). Generalno, mnogobrojne studije potvrdile su pozitivnu korelaciju između shizotipije i upotrebe marihuane (Barkus & Lewis, 2008; Cohen et al., 2011; Compton et al., 2009; Esterberg et al., 2009). Dalje, u drugim studijama pronađeno je da osobe sa izraženom shizotipijom manifestuju različita štetna ponašanja kao što su pušenje i konzumiranje psihoaktivnih supstanci (Williams et al., 1996). Imajući u vidu sve ove nalaze, pošli smo od pretpostavke da će klaster neobičnih iskustava pokazati veću tendenciju ka upotrebi psihoaktivnih supstanci, duvana i alkohola u poređenju sa klasterom niske shizotipije, ali ne i u odnosu na klaster socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije. Kada je reč o drogama, u Prilogu 7 možemo videti da je uticaj socijalno poželjnog odgovaranja u odnosu na ovo pitanje bio veoma izražen, jer je izuzetno mali broj osoba uopšte odgovorio potvrdno na pitanje o konzumiranju psihoaktivnih supstanci, verovatno usled bojazni od potencijalnih negativnih posledica u vidu nedovoljne anonimnosti i zaštite privatnosti podataka. Iz ovog razloga adekvatne analize nisu mogle da se upotrebe. Što se tiče konzumiranja alkohola, nisu dobijene statistički značajne razlike između klastera. Ispostavilo se da, nezavisno od pripadnosti klasteru, visok procenat mladih povremeno ili često konzumira alkohol, te se čini da je

ova pojava među mladima kod nas generalno poprilično rasprostranjena. Međutim, kada je u pitanju konzumiranje cigareta, dobijeni su veoma interesantni rezultati. Naime, pokazalo se da ispitanici koji spadaju u klaster generalno visoke shizotipije statistički značajno češće konzumiraju cigarete u odnosu na ostale klasterne. Zanimljivo je da je najveća frekvencija osoba koje konzumiraju cigarete zabeležena u klasteru generalno visoke shizotipije, ali ne i u okviru klastera socijalnog povlačenja i benigne shizotipije. Na koji način možemo objasniti ove rezultate? Uz neophodan oprez prilikom izvođenja paralela, osvrnimo se za trenutak na empirijsku građu u vezi sa relacijom između psihotičnih poremećaja i konzumiranja cigareta. Različite studije su potvrdile da je prevalenca pušenja među pacijentima sa shizofrenijom značajno viša nego u opštoj populaciji, ali i u odnosu na pacijente sa drugim psihijatrijskim dijagnozama (Goff, Henderson, & Amico, 1992; Gopaldaswamy & Morgan, 1986; Hughes, Hatsukami, Mitchell, & Dahlgren, 1986; Kelly & McCreadie, 1999; de Leon et al., 1995; Masterson & O'Shea, 1984). Visoka frekvencija konzumiranja cigareta među osobama sa shizofrenijom sada je već dobro poznata karakteristika ove populacije (McCloughen, 2003). Kod osoba sa dijagnozom shizofrenije deficit dopamina u prefrontalnim kortikalnim regijama doprinosi manifestaciji negativnih simptoma poremećaja kao što su socijalno povlačenje i apatija, dok povećana dopaminska aktivnost u mezolimbicnoj regiji mozga rezultira u javljanju pozitivnih simptoma kao što su halucinacije i sumanute ideje (van Dongen, 1999). Smatra se da su neuroleptici efikasni u tretiranju pozitivnih simptoma shizofrenije upravo usled njihove mogućnosti da blokiraju dopaminske receptore (Lohr & Flynn, 1992). Međutim, upravo zbog toga, efikasnost ovih lekova uglavnom izostaje kada je u pitanju tretiranje negativnih simptoma shizofrenije (McCloughen, 2003). Stoga jedna od biološki orijentisanih hipoteza o objašnjenju registrovane relacije između shizofrenije i konzumiranja cigareta polazi od tvrdnje da nikotin, putem povećanog oslobađanja dopamina, deluje kao privremeni fiziološki antagonist negativnim simptomima shizofrenije (McCloughen, 2003). Iako je u slučaju našeg istraživanja reč o osobama sa izraženim shizotipalnim crtama, a ne shizofrenim poremećajem, pa je neophodno biti oprezan u postavljanju analogije, ipak se možemo zapitati kako to da onda, ukoliko bi ova hipoteza bila tačna, u klasteru generalno visoke shizotipije nije registrovana niža izraženost negativnih shizotipalnih simptoma? Drugo

plauzibilno objašnjenje korelacije između shizofrenije i pušenja odnosi se na hipotezu o senzornom procesiranju. Naime, poznato je da osobe sa shizofrenijom imaju različite poteškoće na planu održavanja pažnje i selektivnog procesiranja senzornih informacija (Adler et al., 1998). Lyon (1999) objašnjava da deficit u inhibitornom sistemu doprinosi poremećaju kod osoba sa shizofrenijom prilikom filtriranja distraktora u vidu buke ili zvukova koji se nalaze u okruženju i time vodi ka poremećaju na planu pažnje i procesiranja senzornih stimulusa. Postoje pretpostavke prema kojima nikotin može delimično da otkloni deficite na planu pažnje i senzornog procesiranja povezane sa shizofrenijom (Dalack & Meador-Woodruff, 1996; Leonard et al., 1996; Ziedonis & George, 1997). Adler, Hoffer, Wiser i Freedman (1993) zaključili su da konzumiranje nikotina može privremeno da normalizuje poremećaj na planu auditornog senzornog filtriranja informacija kod osoba sa dijagnozom shizofrenije. Ovi autori predlažu dva moguća objašnjenja za dati efekat: desenzitizacija nikotinskih holinergičkih (acetilholinskih) receptora ili ubrzan metabolizam nikotina. Ako bi ubrzan metabolizam nikotina bio odgovoran za opadanje efikasnosti dejstva nikotina tokom vremena, onda bi ponovljena i učestala upotreba cigareta neutralisala efekat ubrzanog metabolisanja i produkovala dugotrajnije poželjne efekte. Međutim, pošto je obrazac pušenja kod osoba sa dijagnozom shizofrenije repetitivan, a efekti nikotina u vidu poboljšanja pažnje i auditornog senzornog filtriranja su kratkotrajni, čini se da ipak dolazi do desenzitizacije. Adler i saradnici potvrđuju da se najbrža nikotinska desenzitizacija odvija u porodici nikotinskih receptora $\alpha 7$, koji su ujedno identifikovani i kao odgovorni za deficit pri auditornom senzornom filtriranju koje se javlja kod shizofrenije (Adler et al., 1998). U svetlu ovih podataka, a uz neophodan oprez kada je u pitanju postavljanje paralela između populacije osoba sa dijagnozom shizofrenog poremećaja i ispitanika sa izraženim shizotipalnim karakteristikama, prodiskutovaćemo rezultate koji su dobijeni u našem istraživanju. Kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije registrovana je najveća hereditarna opterećenost, što bi mogao biti indikator eventualne vulnerabilnosti za kasniji razvoj psihotičnih poremećaja. Kod istih ispitanika registrovano je aktuelno premorbidno lošije postignuće na suptestu Brojevi unapred u poređenju sa klasterom niske shizotipije. Poznato je da suptest Brojevi meri pažnju (Matović, 1997), pri čemu se Brojevi unapred smatraju merom pažnje, kratkoročne auditorne memorije, reprodukcije i

verbalne ekspresije (Hale et al., 2002). Sagledavajući naše dobijene rezultate koji ukazuju na vulnerabilnost u vidu hereditarne opterećenosti ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije, te činjenicu da ovi ispitanici premorbidno pokazuju deficit na planu pažnje i kratkoročne memorije, čini se da bi hipoteza prema kojoj konzumiranje cigareta eventualno dovodi do kratkoročnih pozitivnih efekata na planu pažnje i senzornog procesiranja, bila u ovom kontekstu smisljena. Ponovo se ispostavlja da udruženo i istovremeno javljanje pozitivnih i negativnih shizotipalnih karakteristika deluje kao veći marker vulnerabilnosti i rizika za javljanje različitih maladaptivnih odlika i ponašanja među kojima je i pušenje, što nije slučaj kada se javljaju najpre samo pozitivne, pa čak i samo interpersonalne odlike shizotipije.

Spiritualnost. Kako bismo što bolje razumeli fenomen duhovnosti u kontekstu shizotipije i savremenog društva, vodili smo računa o tome da u zapadnoj tradiciji religioznost mahom obuhvata konvencionalni, kolektivno usvojeni sistem verovanja u odnosu na metafizička poimanja, dok spiritualnost obično podrazumeva bilo koju vrstu lične, pretežno individualistički orijentisane samo-transcendencije kojoj je pojedinac posvećen (Roehlkepartain, King, Wagener, & Benson, 2006). Osim toga, u naše istraživanje uključili smo i koncept sekularne duhovnosti koji je sve više zastupljen u savremenom društvu, a fokusira se na univerzalne humanističke vrednosti i ljudski potencijal za lični rast, ali bez religioznog okvira (Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf, & Saunders, 1988). Ovakva klasifikacija duhovnih orijentacija važna je iz razloga što se poslednjih godina registruje sve više ljudi koji se ne izjašnjavaju kao religiozni u konvencionalnom smislu, ali izjavljuju da im je spiritualnost važna tema (Granqvist, Ivarsson, Broberg, & Hagekull, 2007). Jedna od često proučavanih formi individualizovanog pristupa spiritualnosti, obuhvaćena pod terminom „New Age“, odnosi se na širok spektar verovanja i praksi koje uglavnom podrazumevaju kombinaciju ezoterije, astrologije, nekih izdanaka humanističke psihologije, te elemenata istočnjačkih filozofija i tradicija u „zapadnjačkom“ kontekstu (Singer & Nievod, 2003). Osvrnuvši se na odnos između duhovnosti i shizotipije, rezultati prethodnih studija ukazuju na to da se pozitivni aspekti shizotipije preklapaju sa sklonošću ka mističnim stanjima, (Chadwick, 1992; Greenberg et al., 1992), intenzivnim religioznim fenomenima/doživljajima (Jackson & Fulford, 1997) i vantelesnim iskustvima (McCreery & Claridge, 1995).

Shodno tome, u našem istraživanju pošli smo od pretpostavke da će ispitanici iz klastera neobičnih iskustava manifestovati veću tendenciju ka spiritualnosti i religioznosti u poređenju sa učesnicima iz klastera niske shizotipije i socijalnog povlačenja kod kojih nisu povišeni skorovi na kognitivno-perceptivnoj dimenziji. Nismo očekivali upadljive razlike između klastera benigne i klastera generalno visoke shizotipije, pošto je u slučaju obe ove grupe pozitivna dimenzija shizotipije izražena. Već na osnovu inicijalnog pogleda na rezultate koje smo dobili, možemo opaziti da ispitanici generalno, nezavisno od klastera, u najvećoj meri preferiraju sekularnu orijentaciju. Ovakav nalaz u skladu je sa efektom sekularizacije koja je karakteristična za moderno zapadno društvo, u kome postoji prostor za negovanje sloboda po pitanju religijskog stava i opredeljenja. Dalje, dobijeni su intrigantni nalazi u vezi sa odnosom shizotipije i različitih tipova duhovnosti. Ispostavilo se da je naša polazna hipoteza mahom potvrđena u smislu da, u poređenju sa klasterima niske shizotipije i socijalnog povlačenja, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava u najvećoj meri preferiraju tradicionalne i konvencionalne oblike religioznosti. Ovaj rezultat u skladu je i sa nekim ranijim nalazima koji izveštavaju o korelaciji između pozitivnih shizotipalnih simptoma i sklonosti ka intenzivnim religioznim doživljajima (Jackson & Fulford, 1997). Interesantno je da osobe iz klastera neobičnih iskustava u većoj meri preferiraju konvencionalnu religioznost nego ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije. Sa druge strane, ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije u poređenju sa ostalim klasterima u najvećoj meri preferiraju alternativne i manje konvencionalne forme spiritualnosti, što je takođe u skladu kako sa našom polaznom hipotezom, tako i sa rezultatima drugih istraživanja koja govore o tome da se izraženi pozitivni aspekti shizotipije preklapaju sa sklonošću ka mističnim stanjima (Chadwick, 1992; Greenberg et al., 1992), pa i sa vantelesnim fenomenima (McCreery & Claridge, 1995). Postoji mogućnost da osobe iz klastera visoke shizotipije svojom tendencijom ka alternativnim formama duhovnosti pokušavaju da pronađu strukturu i objašnjenje za svoje neobične unutrašnje doživljaje, ili pak da nadkompenzuju socijalni deficit ili poboljšaju sliku o sebi, kroz isticanje svoje posebnosti. U prilog našoj inicijalnoj hipotezi ide i podatak da ispitanici iz klastera generalno visoke i benigne shizotipije imaju, uopšteno gledano, manju sklonost ka sekularnoj i materijalnoj orijentaciji u poređenju sa ispitanicima iz klastera niske shizotipije i klastera socijalnog povlačenja kod kojih

pozitivne shizotipalne crte nisu izražene. Naš nalaz ukazuje na to da postoji signifikantna korelacija između shizotipije i sklonosti ka religioznoj/spiritualnoj orijentaciji i u skladu je sa rezultatima drugih studija koje govore o tome da pozitivna shizotipalna dimenzija u najvećoj meri korelira sa ovakvim doživljajima. Ovde ćemo samo ukratko navesti da je u istraživanju koje su sproveli Unterrainer i Lewis (2014) kanonička korelaciona analiza otkrila dva različita tipa odnosa između shizotipije i spiritualnosti. Sa jedne strane, otkrivena je globalna negativna povezanost između svih aspekata shizotipije i doživljaja spiritualne izolacije i očajanja. Sa druge strane, otkrivena je pozitivna korelacija između kognitivno-perceptivne dimenzije shizotipije i spiritualne povezanosti. Ova relacija između kognitivno-perceptivnog faktora i tendencije ka duhovnosti i religioznosti registrovana je i u našem istraživanju - očigledno je da ispitanici iz oba klastera kod kojih postoji izražena pozitivna dimenzija shizotipije imaju izraženiju potrebu za religiozno-spiritualnom orijentacijom u odnosu na preostala dva klastera. Međutim, zbog čega ispitanici iz klastera neobičnih iskustava imaju veću sklonost ka konvencionalnim religijskim formama, dok osobe iz klastera generalo visoke shizotipije imaju veću tendenciju ka alternativnim oblicima spiritualnosti i kako objasniti ovaj nalaz? Neka dosadašnja istraživanja pokazala su da je tendencija ka religioznosti povezana sa boljim kvalitetom života (Kaczonowski, 1989; Landis, 1996), doživljajem životne svrhe (Donahue, 1985), mentalnim zdravljem i blagostanjem (Ventis, 1995). Stoga se čini da nešto veća frekvencija usmerenosti ka religioznosti od strane osoba iz klastera neobičnih iskustava dodatno ide u prilog eventualnoj relaciji između benigne shizotipije i mentalnog zdravlja. Ovaj nalaz nam sa druge strane može ukazivati i na prisustvo socijalne adaptiranosti ispitanika iz klastera neobičnih iskustava, jer konvencionalna religioznost može biti manifestacija socijalnog učenja kroz usvajanje opšteprihvaćenih društvenih obrazaca. U ovom kontekstu važno je spomenuti i nalaz koji govori o tome da ispitanici koji ostvaruju visoke skorove na merama paranormalnih iskustava i povezani su sa alternativnim profilom duhovnosti (kao što su verovanje u psi fenomene, reinkarnaciju, astrologiju i td.), ispoljavaju mnogo više psihopatoloških simptoma u poređenju sa osobama koje ostvaruju povišene rezultate na faktoru tradicionalnih paranormalnih uverenja, poput verovanja u postojanje đavola, raja i pakla, veštičarenje i sl. (Houran et al., 2001), za koja je takođe verovatnije da su rezultat socijalnog učenja pre

nego psihopatoloških tendencija. Dalje, pronađeno je da ispitanici iz grupe novih religijskih pokreta, odnosno neo-druidske orijentacije, postižu više skorove na merama depresije u poređenju sa hrišćanima, ali ne i u odnosu na nereligiozne ispitanike (Day & Peters, 1999). Ono što je posebno interesantno jesu nalazi koji otkrivaju da alternativne forme spiritualnosti, poput onih obuhvaćenih „New Age“ pristupom, korespondiraju sa izveštavanjem o doživljaju nedovoljno senzitivnog roditeljskog tretmana (Granqvist & Hagenkull, 2001). Prema hipotezi korespondencije koju je ponudio Kirkpatrick (2005) osobe sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti formiraće relaciju sa „predstavom božanstva“ koje je viđeno kao brižno i puno ljubavi, dok osobe sa nesigurnim obrascem ili neće formirati relaciju sa „predstavom božanstva“ ili će ono biti percipirano kao distancirano. Ova hipoteza podržana je kros-kulturnom studijom koja je pokazala da je „slika boga“ okarakterisana kao brižna i blagonaklona u kulturama u kojima je roditeljstvo toplo i prihvatajuće, dok je „predstava boga“ kao distanciranog više zastupljena u kulturama za koje je karakterističan odbacujući roditeljski stil (Rohner, 1986). U istraživanju Granqvista i saradnika (2007) pokazalo se da je, u skladu sa hipotezom korespondencije, procena roditelja kao prihvatajućih, responsivnih i punih ljubavi, povezana sa socijalno prihvaćenom religioznošću. Sa druge strane, autori pronalaze da iskustva sa roditeljima koji su doživljeni kao nesenzitivni i odbacujući koreliraju sa alternativnim oblicima spiritualnosti, okarakterisanim kao New Age. Naši rezultati delimično su u skladu sa ovim nalazima jer se ispostavilo da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava u većoj meri ispoljavaju odlike karakteristične za siguran obrazac afektivne vezanosti i u većem broju preferiraju konvencionalnu religioznost, dok osobe iz klastera generalno visoke shizotipije izveštavaju o većoj zastupljenosti nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti, uz istovremeno veću sklonost ka alternativnim oblicima duhovnosti.

Rezime rezultata o demografskim i biografskim podacima. Na kraju ćemo ukratko sumirati nalaze dobijene u vezi sa biografskim podacima, radi jasnijeg razumevanja i celovitije slike o diskutovanim rezultatima. Naime, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava, poput ispitanika iz klastera niske shizotipije manifestuju veću tendenciju ka izveštavanju o sigurnom obrascu afektivne vezanosti, dok osobe iz klastera

generalno visoke shizotipije i socijalnog polačenja u većoj meri izveštavaju o prisustvu nesigurnih obrazaca. Hereditarna dispozicija u najvećoj meri je izražena kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije. Ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije takođe izveštavaju o slabijoj prihvaćenosti u okviru veće vršnjačke grupe u poređenju sa ispitanicima iz klastera benigne i niske shizotipije. Dalje, ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije u značajno većem procentu nego osobe iz klastera neobičnih iskustava i niske shizotipije, navode da su ponekad ili često bili maltretirani od strane nekoga van porodice. Isti, ali nešto blaži trend primećuje se i kod ispitanika iz klastera socijalnog povlačenja. Zanimljivo je da se u klasteru generalno visoke shizotipije registruje značajno povišena frekvencija osoba koje puše, što nije bio slučaj sa ostalim klasterima. Konačno, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava u najvećoj meri preferiraju tradicionalne i konvencionalne oblike religioznosti, a ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije u poređenju sa ostalim klasterima u najvećem broju preferiraju alternativne i manje konvencionalne forme spiritualnosti.

Na osnovu datih rezultata, možemo jasno uočiti da se kod klastera generalno visoke shizotipije registruje najviše nepovoljnih indikatora i potencijalnih faktora vulnerabilnosti – veća tendencija ka nesigurnim stilovima afektivne vezanosti, prisustvo herediteta u porodici, slabija prihvaćenost u okviru veće vršnjačke grupe, iskustvo maltretiranja od strane osoba van porodice i veća zastupljenost konzumiranja cigareta. Kod klastera socijalnog povlačenja takođe se registruje veća tendencija ka nesigurnim obrascima afektivne vezanosti, uz blaži trend slabije prihvaćenosti u sklopu vršnjačke grupe i iskustva maltretiranja van porodice. Ispitanici iz klastera neobičnih iskustava, sa druge strane, bliski su ispitanicima iz klastera niske shizotipije prema svim navedenim varijablama, uz manifestaciju veće sklonosti ka religioznosti. Izgleda da varijable povezane sa dispozicionim karakteristikama (hereditarni potencijal) i pojedini sredinski faktori koji su do neke mere u potencijalnoj sprezi sa personološkim karakteristikama (obrazac afektivne vezanosti koji se ostvaruje kroz interakciju sa roditeljima, prihvaćenost i tretman u okviru vršnjačke grupe i socijalnog okruženja) predstavljaju važnije korelate shizotipalnih manifestacija, nego „čistiji“ sredinski faktori, kao što su npr. učestalost svađa u porodici, loš uticaj na samopoštovanje od strane ukućana, iskustvo

traumatskih događaja, prisustvo oba roditelja tokom odrastanja, percipirani vaspitni prisutap majke i oca, ili prisustvovanje maltretiranju drugog ukućana u porodici.

3.3. Benigna shizotipija i psihopatološki simptomi

Shizotipija se, posebno u kliničkom kontekstu, smatra patološkim stanjem (Mohr & Claridge, 2015). Pokazano je da osobe koje postižu visoke skorove na merama shizotipije imaju povećan rizik za razvoj psihoze (Chapman et al., 1994; Gooding et al., 2005). U opštoj populaciji, shizotipalne crte ličnosti obično koreliraju sa slabijim životnim zadovoljstvom i povišenim negativnim afektivitetom (Abbott et al., 2012; Mohr & Claridge, 2015). Druge studije takođe su potvrdile povezanost između izraženih shizotipalnih crta i većeg nivoa distresa, slabijeg kvaliteta života i lošijeg funkcionisanja na socijalnom, profesionalnom i edukativnom planu (Barrantes-Vidal et al., 2010; Cohen & Davis, 2009). Iako su se dosadašnja istraživanja bavila generalnim odnosom shizotipije i psihopatoloških simptoma, veoma je malo empirijske građe koja u fokusu ima relaciju benigne shizotipije i psihopatoloških simptoma, a pogotovo onih izvan psihotičnog spektra. Kako bi se status konstrukta benigne shizotipije zaista mogao validirati, odnosno da bi se proverilo da li je ovakav sklop shizotipalnih manifestacija doista „zdrav“, neophodno je proveriti odnos ovog konstrukta kako sa indikatorima mentalnog zdravlja, tako i sa psihopatološkim simptomima. Stoga smo se u našem radu fokusirali na istraživanje pozicije benigne shizotipije kako u okvirima psihopatologije, o čemu ćemo diskutovati u ovom poglavlju, tako i u kontekstu blagostanja.

U istraživanju koje su sproveli Barrantes-Vidal, Ros-Morente i Kwapil (2009) pokazalo se da pozitivna dimenzija shizotipije značajno pozitivno korelira sa zloupotrebom droga i alkohola, kao i sa simptomima depresije i manije/hipomanije. Neka istraživanja su pokazala da, kada se negativan afekat drži pod kontrolom, slabije zadovoljstvo životom u najvećoj meri korelira sa negativnim i dezorganizovanim simptomima shizotipije, ali ne i sa pozitivnim (Abbott & Byrne, 2012; Abbott et al., 2012; Cohen & Davis, 2009). Takođe, pokazano je da, premda sve tri dimenzije shizotipije koreliraju sa manjim kvalitetom života, ova povezanost je najizraženija za negativnu dimenziju shizotipije, posebno kada je u pitanju socijalna aktivnost (Cohen &

Davis, 2009). U jednom drugom istraživanju, selektovane su tri grupe ispitanika: subjekti sa negativnim simptomima, sa pozitivnim simptomima i osobe bez izraženih shizotipalnih indikatora (Horan, Brown, & Blanchard, 2007). Ovo istraživanje pokazalo je da je grupa ispitanika sa izraženom negativnom dimenzijom shizotipije bila posebno podložna stresu, iz čega proizilazi da su negativni aspekti shizotipije u većoj meri skopčani sa manjim životnim kvalitetom, slabijim funkcionisanjem i nižim blagostanjem. Usled navedenih rezultata, u našem istraživanju pošli smo od hipoteze prema kojoj će pripadnici klastera neobičnih iskustava, kod kojih je izražena samo pozitivna dimenzija, manifestovati statistički značajno manje psihopatoloških simptoma, u odnosu na grupe generalno visoke shizotipije i socijalnog povlačenja, ali ne i u odnosu na klaster niske shizotipije.

Naši rezultati su pokazali da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava zaista ostvaruju statistički značajno manje simptoma u odnosu na klaster generalno visoke shizotipije, pa je ovaj deo naše početne pretpostavke potvrđen. Međutim ispostavilo se da ispitanici koji pripadaju klasteru neobičnih iskustava istovremeno manifestuju i značajno više simptoma u poređenju sa klasterom niske shizotipije, te u ovom segmentu naša istraživačka hipoteza nije potvrđena. Pošto nisu dobijene statistički značajne razlike između klastera neobičnih iskustava i klastera socijalnog povlačenja, naša hipoteza ni u ovom delu nije potvrđena. Klaster generalno visoke shizotipije manifestuje najviše psihopatoloških simptoma i značajno se razlikuje u odnosu na sve ostale klasterne. Isti nalazi se dobijaju i kada se hereditarna dispozicija drži pod kontrolom. Naši rezultati pokazali su da ispitanici iz sva tri shizotipalna klastera manifestuju u značajnoj meri više psihopatoloških simptoma iz nepsihotičnog spektra nego ispitanici iz klastera niske shizotipije. Ovaj podatak govori nam o tome da ispitanici koji uopšte nemaju izražene shizotipalne crte imaju zapravo najmanje psihičkih tegoba, što je u skladu sa rezultatima i nekih drugih istraživanja (Holt et al., 2008). Interesantno je, međutim, da naši nalazi ukazuju i na to da veći broj simptoma ne mora nužno da implicuje loše mentalno zdravlje (naime, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ostvaruju povišene rezultate na merama blagostanja). Dalje, naši rezultati takođe su u skladu sa nalazima drugih studija kojima je demonstrirano da je u okviru četvoroklasterkog rešenja (koje je replicirano i u našem istraživanju) mešoviti klaster, odnosno klaster visoke shizotipije, najdevijantniji po

pitanju skoro svih aspekata psihopatologije koji su u studiji uzeti u obzir (Barrantes-Vidal et al., 2010). Na slične rezultate iz pozicije mera blagostanja ukazuju i druga istraživanja (Chapman et al., 1994; Holt et al., 2008). Otuda je očekivan podatak da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ostvaruju signifikantno manje simptoma na merama psihopatologije u poređenju sa klasterom generalno visoke shizotipije. Nalaz koji je interesantan i pomalo neočekivan jeste da se klaster neobičnih iskustava ne razlikuje značajno po izraženosti psihopatoloških simptoma u poređenju sa klasterom socijalnog povlačenja. Zbog čega je ovaj rezultat neočekivan? Već smo spomenuli nalaze istraživanja koji ukazuju na to da su negativni aspekti shizotipije u većoj meri skopčani sa simptomima distresa, lošijim kvalitetom života, slabijim funkcionisanjem i manjim blagostanjem, nego što je to slučaj kod osoba sa pozitivnim shizotipalnim crtama (Abbott & Byrne, 2012; Abbott et al., 2012; Cohen & Davis, 2009; Horan et al., 2007). Usled toga, očekivali smo da će ispitanici koji spadaju u klaster socijalnog povlačenja manifestovati i značajno više nepsihotičnih psihopatoloških simptoma nego osobe iz klastera neobičnih iskustava. Međutim, naše istraživanje je pokazalo da nisu negativni simptomi shizotipije sami po sebi ti koji su skopčani sa najvišim nivoom psihopatoloških simptoma iz nepsihotičnog spektra, već da je to udruženo javljanje pozitivne, negativne i dezorganizovane dimenzije shizotipije. Čini se da, tek kada su sve tri dimenzije shizotipije visoko izražene, postoji najveća šansa za javljanje naglašenih psihopatoloških simptoma i izvan psihotičnog spektra. Naši rezultati koji govore da ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije imaju najviše psihopatoloških simptoma, odnosno da su najvulnerabilniji, u skladu su sa nalazom Chapmana i saradnika (1994) koji su utvrdili da je javljanje psihotične dekompenzacije najverovatnije ukoliko kod ispitanika postoji istovremeno prisustvo kako pozitivnih, tako i negativnih shizotipalnih crta.

Rezime rezultata o psihopatološkim simptomima. Rezultate koje smo dobili možemo sumirati zaključkom da se psihopatološki simptomi u najmanjoj meri javljaju kod onih osoba koje ne manifestuju nikakve shizotipalne karakteristike, te da je simultano prisustvo pozitivnih, negativnih i dezorganizovanih odlika shizotipije povezano sa izraženijim psihopatološkim simptomima iz nepsihotičnog spektra, nego što je to slučaj kod subjekata koji imaju izraženu samo pozitivnu ili samo negativnu

dimenziju shizotipije. Ispitanici iz klastera neobičnih iskustava manifestuju manje psihopatoloških nepsihotičnih simptoma u odnosu na učesnike iz klastera generalno visoke shizotipije, te ovaj nalaz govori o manjoj psihopatološkoj obremenjenosti profila benigne shizotipije u odnosu na „mešoviti“ profil.

3.4. Benigna shizotipija i osobine ličnosti

Iz perspektive savremenih istraživanja shizotipije, potrebno je da se fokusiramo kako na njene potencijalno disfunkcionalne indikatore, tako i na eventualne benefite (Mohr & Claridge, 2015). Dosadašnje studije bavile su se odnosom između različitih dimenzija shizotipije (npr. pozitivne i negativne) i nepatoloških osobina ličnosti. Neka od ovih istraživanja pronašla su da negativni simptomi pozitivno koreliraju sa Neuroticizmom, a negativno sa Ekstraverzijom, Otvorenošću ka iskustvu i Prijatnošću. Pozitivni simptomi shizotipije ostvarili su značajnu pozitivnu korelaciju sa Neuroticizmom i Otvorenošću ka iskustvu, a negativnu korelaciju sa Prijatnošću (Ross et al., 2002). Ono što još uvek međutim, koliko nam je poznato, nije istraživano jeste odnos između različitih klastera shizotipije (sa posebnim akcentom na profil benigne shizotipije) i osobina normalne ličnosti, poput onih iz modela Velikih pet. Stoga je veoma važan istraživački zadatak proveriti da li postoje razlike između ekstrahovanih klastera shizotipije po pitanju nepatoloških osobina ličnosti i koje od tih osobina (i na kakav način) određuju profil benigne shizotipije.

Ekstraverzija. U našem istraživanju pošli smo od pretpostavke da će ispitanici iz klastera neobičnih iskustava biti značajno ekstrovertniji u poređenju sa ispitanicima iz klastera negativne i generalno visoke shizotipije, dok nismo očekivali razlike u odnosu na klaster niske shizotipije. Ovakvu pretpostavku formirali smo na osnovu rezultata dosadašnjih studija koje su pokazale da se sklopovi ličnosti koje karakteriše shizoidna struktura (koja podrazumeva izraženo prisustvo negativnih shizotipalnih simptoma) mogu povezati sa niskim nivoima Ekstraverzije (Blais, 1997; Cloninger & Svrakic, 1994; Coolidge et al., 1994; Costa & McCrae, 1990; Hyer et al., 1994; Trull, 1992; Wiggins & Pincus, 1989; Yeung et al., 1993). U drugom istraživanju pokazano je da faktor introvertne anhedonije negativno korelira sa Ekstraverzijom (Asai et al., 2011). Poznato

je da negativna dimenzija shizotipije podrazumeva anhedoniju, odsustvo bliskih socijalnih relacija, tendenciju ka socijalnoj izolaciji, tendenciju ka „samotnjačkim“ aktivnostima i nedostatak bliskih prijatelja od poverenja. Sa druge strane, moguće je da osobe iz klastera neobičnih iskustava (upravo usled odsustva ovih negativnih shizotipalnih odlika) manifestuju veću ekstravertnost, što ujedno i doprinosi njihovom boljem funkcionisanju. Otuda smo pretpostavili da bi ispitanici koji pripadaju klasterima socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije, kod kojih je prisustvo negativne dimenzije izraženo, trebali ostvarivati značajno niže skorove na meri Ekstraverzije nego subjekti iz klastera benigne i niske shizotipije, između kojih nismo očekivali razlike na ovoj varijabli. Rezultati koje smo dobili potvrdili su našu početnu hipotezu: ispitanici koji spadaju u klaster neobičnih iskustava u statistički značajnoj meri su ekstravertniji u odnosu na ispitanike iz klastera socijalnog povlačenja i klastera generalno visoke shizotipije. Nisu dobijene razlike u nivou ekstraverzije između klastera benigne i klastera niske shizotipije, te je naša istraživačka hipoteza i u ovom segmentu potvrđena. Poznato je da ekstraverzija značajno pozitivno korelira sa doživljajem sreće (Argyle & Lu, 1990; Hills & Argyle, 2001), pozitivnim, ali ne i negativnim afektivitetom (Diener, Sandvik, Pavot, & Fujita, 1992; Emmons & Diener, 1986) i većim blagostanjem (Diener et al., 1992). Ovi rezultati idu u prilog tome da bi benigna shizotipija zaista mogla biti zdrava manifestacija individualnih varijacija usled toga što bi visoki nivoi ekstraverzije mogli doprineti većem subjektivnom blagostanju kroz povišen nivo doživljaja sreće i generalno, pozitivnog afektiviteta kod ovih individua.

Neuroticizam. Dosadašnja istraživanja pokazala su da se faktor neobičnih iskustava i introvertne anhedonije mogu povezati sa visokim Neuroticizmom (Asai et al., 2011). U drugom istraživanju takođe se pokazalo da, kako pozitivni, tako i negativni shizotipalni simptomi značajno pozitivno koreliraju sa Neuroticizmom (Ross et al., 2002). Na osnovu longitudinalnih studija znamo da visoko izražen Neuroticizam predstavlja značajan prediktor kasnijeg razvoja anksioznih i depresivnih poremećaja, psihotičnih poremećaja i shizofrenije, javljanja zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i indikatora nespecificovanog distresa (Jeronimus, Kotov, Riese, & Ormel, 2016). Dalje, visok Neuroticizam pokazao se kao faktor koji je značajno povezan sa poremećajima raspoloženja, poput depresije i bipolarnog poremećaja, anksioznih poremećaja, te sa

shizofrenijom i shizoafektivnim poremećajima (Jeronimus et al., 2016). Neuroticizam se pokazao kao značajan faktor i u slučaju poremećaja ličnosti (Ormel et al., 2013). Imajući u vidu ove nalaze, može se reći da je Neuroticizam korelat širokog spektra mentalnih poremećaja. Stoga smo u našem istraživanju prepostavili da će subjekti iz klastera neobičnih iskustava manifestovati statistički značajno niži Neuroticizam u poređenju sa klasterima generalno visoke shizotipije i socijalnog povlačenja. Našu hipotezu zasnovali smo na predpostavci da, ukoliko je benigna shizotipija zaista zdrava varijacija ljudskih iskustava, ispitanici sa ovakvim odlikama trebalo bi da manifestuju niži nivo Neuroticizma u poređenju sa ostalim shizotipalnim grupama. Sa druge strane, nismo očekivali značajne razlike između klastera neobičnih iskustava i klastera niske shizotipije po pitanju izraženosti Neuroticizma. Rezultati dobijeni u našem istraživanju pokazali su da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava zaista ostvaruju statistički značajno niže skorove na meri Neuroticizma u odnosu na osobe iz klastera generalno visoke shizotipije, kao i da se ne razlikuju značajno u odnosu na ispitanike iz klastera niske shizotipije, te je ovaj deo naše početne hipoteze potvrđen. Nisu međutim dobijene statistički značajne razlike između klastera neobičnih iskustava i klastera socijalnog povlačenja, kao što je to očekivano. Naši rezultati demonstrirali su da najniže skorove na neuroticizmu manifestuju ispitanici iz klastera niske shizotipije, a odmah potom osobe koje pripadaju klasteru neobičnih iskustava. Subjekti iz klastera socijalnog povlačenja ostvaruju nešto više skorove na Neuroticizmu, dok najviše skorove imaju subjekti iz klastera generalno visoke shizotipije. Ovi nalazi ukazuju na to da, u slučaju udruženog javljanja pozitivne, negativne i dezorganizovane dimenzije shizotipije, dolazi do najizraženijeg prisustva anksioznosti, zabrinutosti, besa, krivice, disfornog raspoloženja, emocionalne nestabilnosti i negativnog afektiviteta uopšte. Kao i u slučaju psihopatoloških simptoma, i ovde se ispostavilo da mešovita izraženost shizotipalnih odlika nosi sa sobom najviše sklonosti ka neprijatnim emocionalnim iskustvima. Sa druge strane, pojedinačno izražena pozitivna ili negativna dimenzija shizotipije povezana je sa manjom emocionalnom nestabilnošću, pri čemu klaster socijalnog povlačenja ostvaruje značajno više skorove na meri Neuroticizma u odnosu na klaster niske shizotipije, dok se klaster neobičnih iskustava ne razlikuje u poređenju sa klasterom niske shizotipije. Iako se klaster neobičnih iskustava i klaster socijalnog povlačenja međusobno ne razlikuju značajno,

vidimo da se osobe iz klastera neobičnih iskustava ipak nalaze „rame uz rame“ sa ispitanicima iz klastera niske shizotipije, koji manifestuju najveću emocionalnu stabilnost u celom uzorku. Ovaj podatak ide u prilog tome da je benigna shizotipija zaista u signifikantnoj meri oslobođena konekcije sa negativnim afektivitetom, što je kvalifikuje za konstrukt povezan sa zdravim opsegom varijacija ljudskih iskustava koja se nalaze izvan psihopatološkog spektra.

Prijatnost. Neka istraživanja govore nam da interpersonalni i kognitivno-perceptivni simptomi shizotipije negativno koreliraju sa Prijatnošću (Ross et al., 2002). Dalje, pronađeno je da su osobe koje ostvaruju visoko postignuće na meri Prijatnosti emocionalno responsivnije u socijalnim situacijama (Tobin, Graziano, Vanman, & Tassinary, 2000). Deca koja su prijatnija imaju tendenciju da istovremeno budu i senzitivnija na potrebe drugih, a samim tim imaju i manju šansu da iskuse socijalno odbacivnije (Bierman, 2003). Imajući u vidu podatak da je Prijatnost blisko povezana sa emocionalnom senzitivnošću i responsivnošću u socijalnim situacijama, pretpostavili smo da će ispitanici koji spadaju u klaster socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije ostvariti najniže rezultate na ovoj dimenziji (usled toga što su negativni indikatori shizotipije izraženi kod oba ova klastera). Pošli smo od hipoteze prema kojoj će osobe iz klastera benigne shizotipije ostvariti veće skorove na meri Prijatnosti u poređenju sa ispitanicima iz klastera generalno visoke shizotipije i socijalnog povlačenja, ali ovakve razlike nisu bile očekivane u odnosu na klaster niske shizotipije. Naši rezultati pokazali su interesantan nalaz; naime ispitanici iz klastera neobičnih iskustava manifestuju najizraženiju prijatnost, čak i u odnosu na klaster niske shizotipije, premda ova razlika nije statistički značajna. Hipoteza od koje smo pošli u potpunosti je potvrđena; kao što smo i pretpostavili, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ostvaruju statistički značajno više rezultate na dimenziji Prijatnosti u poređenju sa pripadnicima klastera socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije. Takođe, kao što je i očekivano, nisu registrovane značajne razlike između klastera benigne i niske shizotipije prema izraženosti ove dimenzije ličnosti. Dobijeni rezultati pokazali su da ispitanike iz klastera neobičnih iskustava odlikuje visoka saradljivost, empatičnost, sklonost ka altruizmu, saosećajnost, toplina, iskrenost i skromnost. Pošto je Prijatnost korelat prosocijalnog ponašanja (Penner, Fritzsche, Craiger, & Freifeld, 1995), emocionalne

responsivnosti u socijalnim situacijama (Tobin et al., 2000) i primene konfliktno-izbegavajućih taktika u komunikaciji (Jensen-Campbell & Graziano, 2001), moglo bi se pretpostaviti da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava poseduju dobre socijalne veštine i dispozicije za adekvatno funkcionisanje na planu interpersonalnih odnosa, što je svakako važna odlika mentalnog zdravlja. Ovi rezultati idu u prilog ideji o tzv. „srećnom shizotipu“ (Goulding, 2004; 2005; McCreery & Claridge, 2002).

Savesnost. Ova dimenzija ličnosti odnosi se na tendenciju ka planiranju aktivnosti, samodisciplini i organizovanosti. Rezultati nekih studija pokazali su da faktor kognitivne dezorganizacije značajno negativno korelira sa dimenzijom Savesnosti (Asai et al., 2011). Očekivali smo da će pripadnici klastera neobičnih iskustava ostvariti statistički značajno više skorove na dimenziji Savesnosti u poređenju sa ispitanicima iz klastera generalno visoke shizotipije, ali ovakve razlike nismo očekivali u odnosu na klaster niske shizotipije i klaster socijalnog povlačenja. Naši rezultati pokazali su da ispitanici iz klastera benigne i niske shizotipije marginalno značajno pokazuju veću Savesnost u poređenju sa ispitanicima iz klastera visoke shizotipije. Druge razlike između klastera nisu se pokazale kao značajne. Rezultat koji smo dobili delimično potvrđuje našu početnu hipotezu. Pretpostavka od koje smo pošli potvrđena je utoliko što ispitanici iz klastera neobičnih iskustava zaista pokazuju veću savesnost u odnosu na osobe iz klastera generalno visoke shizotipije, dok nikakve razlike nisu registrovane u poređenju sa klasterom niske shizotipije. Međutim, naša hipoteza je potvrđena samo delimično, upravo zbog toga što su registrovane razlike tek marginalno statistički značajne. Na ovom mestu, možemo se zapitati kako to da razlike između klastera nisu ostvarile jaču statističku značajnost? Moguće je da odgovor na dato pitanje leži u činjenici što je naše istraživanje sprovedeno na ispitanicima iz studentske populacije koji možda ipak manifestuju blaže forme dimenzije dezorganizovanosti, nego ispitanici bez akademskih postignuća. Imajući u vidu da smo kod ispitanika iz klastera neobičnih iskustava registrovali izraženu tendenciju ka Savesnosti koja se smatra adaptivnom osobinom kada je u pitanju akademsko i profesionalno postignuće (Higgins, Peterson, Lee, & Pihl, 2007), možemo smatrati da je u pitanju još jedan od indikatora „zdravih“ odlika ovih ispitanika.

Otvorenost ka iskustvu. Istraživanja ukazuju na to da je visoka Otvorenost ka iskustvu odlika shizotipalnog poremećaja ličnosti (Piedmont, Sherman, Sherman, Dy-

Liacco, & Williams, 2009). Preciznije, pokazano je da visoko izraženi pozitivni simptomi shizotipije koreliraju sa povišenim nivoima Otvorenosti, dok su negativne shizotipalne crte povezane sa niskim nivoom Otvorenosti ka iskustvu (Ross et al., 2002). Imajući u vidu navedene nalaze, očekivali smo da će ispitanici iz klastera neobičnih iskustava, usled izražene pozitivne dimenzije, ostvariti značajno veću Otvorenost ka iskustvu u poređenju sa ispitanicima iz klastera niske shizotipije i klastera socijalnog povlačenja, kod kog preovladava negativna dimenzija. Nismo međutim očekivali razlike u odnosu na klaster generalno visoke shizotipije, gde je takođe izražena pozitivna dimenzija. Naši rezultati pokazali su da najizraženiju Otvorenost ka iskustvu ostvaruje klaster generalno visoke shizotipije, klaster niske i benigne shizotipije postižu prosečne skorove, a klaster socijalnog povlačenja ostvaruje najniže postignuće na ovoj dimenziji. Naša hipoteza potvrđena je u smislu da nema značajnih razlika u Otvorenosti ka iskustvu između klastera neobičnih iskustava i klastera generalno visoke shizotipije. Međutim, pretpostavka od koje smo pošli nije potvrđena u delu u kom smo očekivali da će klaster neobičnih iskustava pokazati veću Otvorenost u poređenju sa klasterom niske shizotipije i klasterom socijalnog povlačenja – ove razlike naprosto se nisu ispostavile kao statistički značajne. Kada je u pitanju ova dimenzija ličnosti, jedina razlika koja se pokazala kao značajna, premda marginalno, jeste razlika između klastera generalno visoke shizotipije i klastera socijalnog povlačenja. Razlika između ova dva klastera u skladu je sa rezultatima dosadašnjih istraživanja koja pokazuju da je niska Otvorenost ka iskustvu povezana sa negativnom dimenzijom shizotipije (Ross et al., 2002), a visoka Otvorenost sa pozitivnim shizotipalnim odlikama. Međutim, kako to da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava nisu pokazali veću Otvorenost u odnosu na ispitanike iz klastera niske shizotipije i klastera socijalnog povlačenja? Čini se da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ipak funkcionišu u okviru uobičajenog opsega Otvorenosti ka iskustvu (bez značajnih odstupanja ka nadproseku), što ih čini vrlo bliskim ispitanicima iz grupe niske shizotipije. Iako ove osobe imaju optimalnu/prosečnu dozu Otvorenosti, ipak su u većoj meri sklone konformizmu i funkcionisanju u uobičajenim okvirima, nego što je to slučaj kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije. Čini se da je za veću sklonost ka imaginaciji, fantaziji, estetskom senzibilitetu, okrenutosti ka unutrašnjim doživljajima, te za izraženiju preferenciju ka različitosti i radoznalost potrebno da kognitivno-perceptivna

dimenzija shizotipije bude izražena u veoma visokoj meri, kao što je to slučaj kod našeg klastera generalno visoke shizotipije. Ispitanici koji spadaju u ovaj „mešoviti“ klaster pokazuju najveću tendenciju ka nekonvencionalnosti.

Rezime rezultata o osobinama ličnosti. Na kraju ćemo ukratko sumirati rezultate koji se odnose na relaciju između benigne shizotipije i dimenzija ličnosti. Generalno gledano, naši nalazi su pokazali da je prema pet merenih dimenzija ličnosti klaster neobičnih iskustava najbliži klasteru niske shizotipije. Oba klastera odlikuju se iznadprosečnom Ekstraverzijom i Savesnošću, prosečnom Otvorenošću ka iskustvu i ispodprosečnim Neuroticizmom. Klaster benigne shizotipije manifestuje nadprosečnu, a klaster niske shizotipije prosečnu Prijatnost, premda ova razlika nije značajna. Kada se svi dobijeni podaci sagledaju zajedno, vidimo da su klaster benigne i niske shizotipije veoma bliski po svojim profilima na Velikih pet dimenzija ličnosti, dok klaster socijalnog povlačenja i klaster generalno visoke shizotipije u većoj meri imaju više osobina koje teže ka ekstremima. Činjenica da je klaster neobičnih iskustava po profilu nepatoloških dimenzija ličnosti najsličniji neshizotipalnom klasteru, ide u prilog tome da bi benigna shizotipija zaista mogla biti forma zdrave varijacije ljudskih iskustava u populaciji.

3.5. Benigna shizotipija i apsorpcija

Apsorpcija predstavlja dispoziciju ličnosti koja, između ostalog, podrazumeva sklonost ka mentalnoj imaginaciji, sposobnost prizivanja sugestivnih slika, kros-modalna iskustva poput sinestezije, apsorpciju u mislima i maštanju, „živa“ sećanja iz prošlosti, doživljaje epizoda proširene svesti i izmenjenih stanja svesti (Glisky et al., 1991). Istraživanja su pokazala da apsorpcija značajno pozitivno korelira sa Otvorenošću ka iskustvu, posebno sa nekim njenim facetama (Glisky et al., 1991; Phares & Chaplin, 1997). Neki autori (Thalbourne & Houran, 2000) smatraju da su shizotipija, sklonost ka fantaziji, apsorpcija, kreativnost i sklonost ka doživljavanju paranormalnih iskustava, zapravo sve manifestacije šireg konstrukta, tj. crte – transliminalnosti (eng. „transliminality“). Pomenuti autori ovu širu crtu definišu kao tendenciju psihološkog sadržaja da prelazi prag unutar ili izvan svesti (Thalbourne & Houran, 2000). Pošto

kognitivno-perceptivna dimenzija, koja se u velikoj meri može povezati sa opisanim konstruktom transliminalnosti, predstavlja ključno obeležje klastera neobičnih iskustava, pošli smo od pretpostavke prema kojoj će klaster neobičnih iskustava manifestovati značajno veću sklonost ka apsorpciji u odnosu na klaster niske shizotipije i klaster socijalnog povlačenja. Nisu međutim bile očekivane značajne razlike u sklonosti ka apsorpciji između klastera benigne i klastera generalno visoke shizotipije, jer je kod obe ove grupe prisutna kognitivno-perceptivna komponenta. Naša početna hipoteza potvrđena je u onom segmentu koji se odnosio na predviđanje značajnih razlika između klastera benigne i niske shizotipije. Naime, ispitanici koji spadaju u klaster neobičnih iskustava doista ostvaruju statistički značajno veću sklonost ka apsorpciji nego što je to slučaj sa osobama iz klastera niske shizotipije. Sa druge strane, nisu dobijene statistički značajne razlike u apsorpciji između klastera neobičnih iskustava i klastera socijalnog povlačenja, kao što je bilo očekivano. Takođe, klaster neobičnih iskustava ostvaruje statistički značajno manju izraženost tendencije ka apsorpciji u odnosu na klaster generalno visoke shizotipije, što takođe nismo očekivali. Na koji način možemo interpretirati dobijene rezultate? Pre svega, vidimo da je apsorpcija nešto po čemu se kako klaster benigne, tako i klaster generalno visoke shizotipije jasno razlikuju u odnosu na klaster niske shizotipije. Na osnovu toga, moglo bi se pretpostaviti da je tendencija ka apsorpciji najpre skopčana sa prisustvom izražene kognitivno-perceptivne dimenzije shizotipije. Međutim, kod klastera generalno visoke shizotipije, gde je kognitivno-perceptivna dimenzija posebno visoka, tendencija ka apsorpciji doseže svoj maksimum. Za razliku od Otvorenosti ka iskustvu koja je kod klastera niske shizotipije prosečno izražena, a kod klastera socijalnog povlačenja izražena u najmanjoj meri, možemo videti da apsorpcija svoj minimum dostiže kod klastera niske shizotipije, a ne kod klastera socijalnog povlačenja. Takođe, sklonost ka apsorpciji registruje se u znatno izraženijoj meri kod klastera generalno visoke shizotipije nego što je to slučaj sa Otvorenošću ka iskustvu. Ovi podaci pružaju nam nekoliko važnih informacija. Pre svega, uočava se jasna distinkcija između konstrukta apsorpcije i Otvorenosti ka iskustvu, za koje bi se, na prvi pogled, moglo pomisliti da su delimično redundantni usled toga što se među njima često registruje značajna pozitivna korelacija (Glisky et al., 1991). Međutim, u prilog tome da se radi o dva suštinski različita konstrukta govori činjenica da se oni zapravo poprilično različito

„ponašaju“, odnosno manifestuju u okviru različitih klastera našeg uzorka. Stoga iako postoji značajna pozitivna povezanost između Otvorenosti i apsorpcije, može se reći da su u ovi konstrukti po svojoj prirodi ipak različiti. I dok je Otvorenost ka iskustvu osobina ličnosti koja je u prosečnim nivoima karakteristična i za osobe bez shizotipalnih odlika, dotle to sa apsorpcijom nije slučaj. Apсорpcija, čini se, predstavlja dispoziciju ličnosti blisko povezanu sa obrascem funkcionisanja koji zaista podrazumeva „prelaženje praga“ uobičajenih mentalnih doživljaja, što ide u prilog hipotezi Thalbourne-a i Hourana (2000). Dok Otvorenost ka iskustvu predstavlja neklinički potencijal ličnosti koji je u prosečnoj meri zastupljen i kod ispitanika bez odlika iz shizotipalnog spektra, dotle deluje da apсорpcija zalazi u domen mentalnog funkcionisanja koji bi se mogao povezati sa konceptom „granica uma“ (eng. boundaries of the mind) koji je formulisan od strane Ernest-a Hartman-a (1989). Hartmanov koncept granica uma polazi od pretpostavke da osobe sa veoma „slabim granicama“ imaju poteškoće u razlikovanju sopstvenog doživljaja selfa od okruženja, te ove osobe posledično mogu imati poteškoća u diferenciranju realnosti od imaginacije (Harrison & Singer, 2013-2014). Sa druge strane, „jasne granice“ odnosile bi se na osobe koje ne pokazuju visoku reaktivnost na sadržaje iz okruženja i koje postavljaju jasno razgraničenje između realnosti i fantazije (Harrison & Singer, 2013-2014). U prilog ideji da konstrukt apсорpcije može biti blisko povezan sa konceptom „granica uma“ govori i naš nalaz da ispitanici iz klastera niske shizotipije i socijalnog povlačenja, koji nemaju izraženu kognitivno-perceptivnu dimenziju, ostvaruju ispodprosečne skorove na meri apсорpcije. Postoje i istraživanja koja ukazuju na to da osobe sa shizotipalnim i graničnim poremećajem ličnosti imaju tendenciju ka slabijim granicama uma, dok individue sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem imaju jače granice (Hartmann, Rosen, & Rand, 1998). Takođe, pokazano je da bavljenje praksama kao što su joga, reiki³², astrologija i proricanje budućnosti pozitivno korelira sa slabim granicama, kao i sa merama shizotipije i magijskog mišljenja (Farias et al., 2005). Moguće je da su neki zajednički faktori, poput doživljaja povezanosti sa drugima i okruženjem, hipersenzitivnosti i sklonosti ka neuobičajenom asocijativnom toku (što su između ostalog i sadržaji pozitivne dimenzije shizotipije) posebno odgovorni za ovu

³² Reiki je oblik alternativne medicine razvijen 1922. godine od strane budiste iz Japana po imenu Mikao Usui. Reiki se smatra i spiritualnom praksom koja se koristi za tretman fizičkih, emocionalnih i mentalnih poremećaja.

uočenu korelaciju, a ujedno i za specifičnu različitost u izraženosti apsorpcije prema klasterima shizotipije koja je registrovana u našem istraživanju.

Rezime rezultata o apsorpciji. Na kraju, možemo zaključiti da apsorpcija predstavlja varijablu prema čijem većem prisustvu se klaster neobičnih iskustava statistički značajno razlikuje u odnosu na klaster niske shizotipije. U pitanju je, dakle, jedna posebna specifičnost i dispozicija ličnosti koja je zastupljena kod ispitanika iz klastera neobičnih iskustava, a podrazumeva kapacitet za prepuštanje mentalnoj imaginaciji, fantaziji, „živim“ mentalnim slikama i sećanjima, kros-modalnim iskustvima i izmenjenim/proširenim stanjima svesti, a koja nije zastupljena kod klastera niske shizotipije. Ovaj potencijal ličnosti je u najvećoj meri izražen kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije, što nam govori o jednoj unikatnoj dispoziciji ličnosti koja je karakteristična za osobe sa shizotipalnim karakteristikama, a posebno ukoliko su to odlike iz domena kognitivno-perceptivne dimenzije. Kakve reperkusije ovi zaključci imaju na model benigne shizotipije? Jesu li ovi kapaciteti ličnosti odraz tendencije ka mentalnom zdravlju ili pak podložnosti psihopatološkim doživljajima? Čini se da bi umereno izraženo prisustvo ove osobine ličnosti moglo biti stimulatивно i obogaćujuće, ali ako se ono javlja udruženo sa podložnošću za razvoj različitih psihopatoloških stanja, moguće je da bi moglo prerasti u određenu vrstu gubitka povezanosti sa realitetom, odnosno u preokupiranost imaginativnim sadržajima, što bi svakako predstavljalo put ka disfunkcionalnosti.

3.6. Benigna shizotipija i mentalno zdravlje

Prilikom razmatranja odnosa između shizotipije i mentalnog zdravlja, uočljivo je da neke studije povezuju kognitivno-perceptivnu dimenziju shizotipije sa prijatnim i obogaćujućim mentalnim doživljajima (Mohr & Claridge, 2015). Iako je u našem radu bilo već dosta reči o ovim istraživanjima, ovde ćemo se samo ukratko podsetiti pojedinih nalaza kako bismo što detaljnije obradili ovu temu, jer ona ujedno predstavlja i ključni element našeg istraživanja. U jednom istraživanju prilikom kog su ispitanici bili izloženi kontekstu koji je stimulisao doživljavanje izmenjenih stanja svesti, oni koji su ostvarivali

visoke skorove na pozitivnoj dimenziji shizotipije izveštavali su o višem nivou izmenjenih perceptivnih iskustava i vizuelne imaginacije, u odnosu na osobe sa niskim skorovima na pozitivnoj dimenziji shizotipije (Rock, Abbott, Childargushi, & Kiehne, 2008). Ovi autori naglašavaju da određeni stimulativni konteksti, poput recimo šamanizma³³, mogu biti povezani sa poboljšanom mogućnošću samoizlečenja, što ukazuje na to da pozitivna dimenzija shizotipije u adekvatnom kontekstu može biti korisna (Rock et al., 2008). Dalje, pokazano je da osobe koje imaju neka neobična uverenja, kao što je verovanje u lečenje verom (eng. faith healing), spiritualna bića (poput anđela) i ekstrasenzornu percepciju (ESP), te smatraju ove koncepte značajnim u svojim životima, navode da ova uverenja imaju pozitivan efekat u smislu poboljšanja njihovog razumevanja sveta i sebe samih (Boden & Berenbaum, 2004). Takođe, osobe sa izraženom pozitivnom dimenzijom shizotipije i niskim nivoom kognitivne dezorganizovanosti procenjuju paranormalna iskustva i doživljaje kao prijatne (Schofield & Claridge, 2007). Sa druge strane, visoko izražena negativna dimenzija shizotipije i kognitivna dezorganizovanost, povezane su sa subjektivnom evaluacijom paranormalnih iskustava kao stresnih (Schofield & Claridge, 2007). U istraživanju u kom je primenjena analiza latentnih profila na uzorku od preko 400 studenata, dobijeno je da grupa osoba koje postižu visoke skorove na pozitivnoj dimenziji shizotipije (uz prosečne ili niske rezultate na negativnoj dimenziji i kognitivnoj dezorganizovanosti) manifestuju dobro subjektivno i psihološko blagostanje, slično individuama bez shizotipalnih karakteristika (Tabak & Weisman de Mamani, 2013). Isto istraživanje takođe pronalazi da osobe kod kojih je izražena samo pozitivna dimenzija shizotipije manifestuju značajno bolje mentalno zdravlje od ispitanika čijim profilima dominiraju negativna i dezorganizovana obeležja (Tabak & Weisman de Mamani, 2013). Navedene studije ukazuju na to da negativna dimenzija shizotipije može biti povezana sa nižim blagostanjem i lošijim statusom mentalnog zdravlja, dok visoko izražena pozitivna dimenzija shizotipije, pogotovo u odsustvu negativnih simptoma i kognitivne dezorganizacije, može reflektovati tzv. zdravu, odnosno benignu shizotipiju. Karakteristike zdrave shizotipije ogledaju se u sposobnosti individue da na konstruktivan način integriše svoja iskustva i

³³ Šamanizam je praksa u kojoj tokom rituala određena osoba, tj. šaman postiže izmenjeno stanje svesti u cilju interakcije sa „svetom duhova“ i usmeravanja transcendentnih energija u ljudski svet (Hoppal, 1987). Mirča Elijade definiše ovaj pojam kao „tehniku religijske ekstaze“ (Elijade, 1990).

uverenja u smislen i koherentan kognitivni okvir (Mohr & Claridge, 2015), dok se čini da kognitivna dezorganizacija i simptomatologija iz negativnog spektra predstavljaju prepreku ka integraciji iskustava individue, a posebno onih neobičnih. Imajući u vidu rezultate navedenih istraživanja, pošli smo od pretpostavke da će ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ostvariti statistički značajno bolje rezultate na merama mentalnog zdravlja, u poređenju sa profilima socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije, dok razlike na ovim varijablama nisu bile očekivane u odnosu na klaster niske shizotipije. Smatrali smo da će klaster niske shizotipije manifestovati dobro mentalno zdravlje, a da će mu prema izraženosti korelata mentalnog zdravlja, klaster neobičnih iskustava biti relativno blizak.

Emocionalno blagostanje. Naši rezultati pokazali su da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava imaju statistički značajno bolje emocionalno blagostanje u odnosu na osobe iz klastera socijalnog povlačenja i klastera generalno visoke shizotipije. Razlike prema nivou emocionalnog blagostanje između klastera benigne i niske shizotipije nisu se pokazale kao statistički značajne. Kada je u pitanju emocionalno blagostanje, možemo videti da je naša istraživačka hipoteza u potpunosti potvrđena. Ovaj nalaz direktno ide u prilog podršci modela benigne shizotipije i koncepta „srećnog shizotipa“ (Goulding, 2004; 2005; McCreery & Claridge, 2002).

Socijalno blagostanje. Interesantno je da po pitanju socijalnog blagostanja uopšte nisu dobijene statistički značajne razlike između klastera. Takođe, zanimljivo je to što klaster neobičnih iskustava ostvaruje najviše skorove na ovoj meri (čak više i od klastera niske shizotipije, premda ova razlika nije statistički značajna). Činjenicu da nisu dobijene značajne razlike između grupa na ovoj dimenziji najpre možemo objasniti opštim faktorima socijalnog konteksta u kom je sprovedeno naše istraživanje. Čini se da je eksterni uticaj nepovoljnih socio-ekonomskih faktora toliko jak, da individualne razlike po ovom pitanju ne mogu da dođu do izražaja. Sa druge strane, deluje da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ipak pokazuju određenu dozu „optimistične percepcije“ po ovom pitanju (setimo se da upravo ovi ispitanici ostvaruju najviše skorove i na skali Prijatnosti), ali ova tendencija ne dostiže nivo statističke značajnosti usled upliva objektivnih spoljašnjih faktora, kao što su „socijalna kriza“ i regresija socijalnog razvoja. Međutim, moguće je da ovaj nalaz možda barem delimično ide u prilog ideji o „srećnom

shizotipu“ (Goulding, 2004; 2005; McCreery & Claridge, 2002) jer ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ipak postižu najviše skorove na dimenziji socijalnog blagostanja. Na posletku, možemo reći da naša početna hipoteza nije potvrđena kada je u pitanju socijalno blagostanje, a prilikom tumačenja dobijenih rezultata, neophodno je uzeti u obzir socijalni konteksti istraživanja čije objektivne manjkavosti odnose prevagu nad subjektivnim procenama ispitanika.

Psihološko blagostanje. Rezultati su pokazali da klaster neobičnih iskustava manifestuje statistički značajno bolje psihološko blagostanje u odnosu na klaster socijalnog povlačenja, te je ovaj segment naše istraživačke hipoteze potvrđen. Dalje, nisu registrovane signifikantne razlike između klastera benigne i niske shizotipije na ovoj dimenziji blagostanja, što je takođe u skladu sa našim očekivanjima. Međutim, razlike između klastera benigne i klastera generalno visoke shizotipije takođe se nisu ispostavile kao statistički značajne, što nije u skladu sa našom početnom pretpostavkom. Iako klaster generalno visoke shizotipije ostvaruje ispodprosečne rezultate na sve tri mere blagostanja, čini se da je kod ovih ispitanika emocionalno blagostanje kompromitovano u još većoj meri nego što je to slučaj sa psihološkim blagostanjem. To bi se, sa jedne strane moglo objasniti prisustvom izražene negativne dimenzije, koja podrazumeva smanjen doživljaj prijatnih emocionalnih stanja, a sa druge strane, simultanom izraženošću pozitivne dimenzije, koja potencijalno do neke mere ipak pruža ovim ispitanicima veći doživljaj autonomije i „posebnosti“, te ih usmerava ka bavljenju apstraktnijim temama kao što su životni smisao i tome slično. Svakako, ovaj nalaz je veoma interesantan jer možemo primetiti da odstupa od nekih dosadašnjih rezultata (Chapman, et al., 1994; Holt et al., 2008), koji su pokazali da je psihički status u najvećoj meri kompromitovan kod one grupe ispitanika kod koje se javljaju povišeni skorovi na više različitih dimenzija shizotipije. Iako smo ovo zapažanje potvrdili kada su u pitanju psihopatološki simptomi, čini se da, kada se radi o blagostanju, klaster socijalnog povlačenja (verovatno usled dominante anhedonije i težnje ka socijalnoj izolaciji) ima najlošiji status. Premda dobijeni nalazi samo delimično potvrđuju našu početnu pretpostavku, oni svakako govore u prilog tome da klaster neobičnih iskustava ne podrazumeva deficite na planu psihološkog blagostanja.

Rezime rezultata o blagostanju. Generalno gledano, možemo primetiti da osobe koje uopšte nemaju izražene shizotipalne odlike ipak postižu najviše skorove na merama emocionalnog i psihološkog blagostanja, što je u potpunosti u skladu i sa rezultatima istraživanja Holt i saradnika (2008). Dakle, čini se da je za emocionalno i psihološko blagostanje najoportunije nemati izražene nikakve shizotipalne crte. Međutim, naši rezultati su pokazali da nema statistički značajnih razlika između klastera niske i klastera neobičnih iskustava ni na jednoj od dimenzija blagostanja, što jasno govori o tome da su ova dva klastera vrlo bliska prema izraženosti indikatora mentalnog zdravlja. Moglo bi se reći da je to ujedno verovatno i ključan rezultat našeg istraživanja, iz razloga što direktno ide u prilog modelu benigne shizotipije. Podsećanja radi, ovaj model postulira da osobe sa visokom sklonošću ka nekim neobičnim iskustvima, u osnovi mogu imati adekvatno mentalno zdravlje. Takođe, primećeno je da klaster neobičnih iskustava ima značajno bolje emocionalno blagostanje u odnosu na preostala dva shizotipalna klastera i bolje psihološko blagostanje u odnosu na klaster socijalnog povlačenja (koji istovremeno ima i najlošije rezultate na merama blagostanja). Svi ovi nalazi u skladu su sa rezultatima ranije pominjanog istraživanja u kom je primenjena analiza latentnih profila (Tabak & Weisman de Mamani, 2013; Tuchman, 2012). Ovi autori su takođe pokazali da osobe koje spadaju u profil benigne shizotipije manifestuju značajno bolje mentalno zdravlje od ispitanika čijim profilima dominiraju negativna i dezorganizovana obeležja shizotipije. Rezultati koje smo dobili govore u prilog pretpostavci da pozitivni aspekti shizotipije mogu biti prisutni i kod mentalno zdravih osoba (Claridge, 1997; McCreery & Claridge, 2002). Iako na osnovu ranije diskutovanih rezultata vidimo da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava ostvaruju značajno više psihopatoloških simptoma nego osobe iz klastera niske shizotipije, vidimo da, kada je reč o blagostanju, razlika između ove dve grupe nema. Ako se ovde setimo definicije Svetske zdravstvene organizacije, koja nas uči da zdravlje ne podrazumeva samo odsustvo poremećaja, već da je ono stanje kompletnog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja (WHO, 1948), onda se možemo složiti da klaster neobičnih iskustava, imajući manje psihopatoloških simptoma i više emocionalnog blagostanja u odnosu na klaster generalno visoke shizotipije, te više emocionalnog i psihološkog blagostanja u poređenju sa klasterom socijalnog povlačenja, predstavlja mentalno „najzdraviji“ varijetet od svih registrovanih shizotipalnih grupa.

Ovaj podatak kvalifikuje ispitanike iz klastera neobičnih iskustava kao nosioce shizotipalnog sklopa koji u najmanjoj meri remeti blagostanje ispitanika. Ovde ćemo se podsetiti da na sličan način Goulding (2005) pronalazi da ispitanici koji izveštavaju o paranormalnim iskustvima, ali ostvaruju niske skorove na ostalim shizotipalnim dimenzijama, imaju viši doživljaj koherentnosti u odnosu na preostale dve grupe koje karakterišu povišeni skorovi na subskalama introvertne anhedonije i dezorganiovanosti (pa čak i u odnosu na klaster niske shizotipije). Isti autor u svom drugom istraživanju (Goulding, 2004) pronalazi da studenti koji ostvaruju visoke skorove na dimenziji neobičnih iskustava, imaju sličan doživljaj koherentnosti kao i klaster niske shizotipije sa niskim skorovima na svim supskalama shizotipije. Obe ove grupe ostvarile su značajno više skorove na meri doživljaja koherentnosti, u odnosu na grupu koju karakterišu povišeni skorovi na dimenzijama introvertne anhedonije i dezorganizovanosti. Rezultati ova dva istraživanja sugerišu da postoji mogućnost da osobe sa neobičnim iskustvima iz spektra pozitivne shizotipalne dimenzije, funkcionišu psihološki adekvatno. Rezultati našeg istraživanja u velikoj meri su u skladu sa ovim nalazima, kao i sa zapažanjem da su iskustva iz spektra pozitivne shizotipije negativno povezana sa mentalnim zdravljem samo za individue kod kojih su (istovremeno) izraženi negativni i dezorganizovani aspekti shizotipije (Tuchman, 2012). Veoma slično, kao što je to slučaj i u istraživanju Holt i saradnika (2008), mi smo takođe dobili rezultat prema kom posle klastera niske shizotipije najbolje skorove na merama mentalnog zdravlja ostvaruje klaster neobičnih iskustava. Naš nalaz stoga jasno podržava ideju o tzv. „srećnom shizotipu“ (Goulding, 2004; 2005; McCreery & Claridge, 2002).

3.7. Benigna shizotipija i kreativno ponašanje

Može se reći da već dugo vremena traje naučna debata o odnosu između kreativnosti i psihopatologije, sa posebnim akcentom na psihotične i afektivne poremećaje (Sass, 2001; Schulberg, 2000-2001). Povezanost između kreativnosti i shizotipije potvrđena je u brojnim istraživanjima (Barrantes-Vidal, 2004; Batey & Furnham, 2008; Claridge & McDonald, 2009; Glazer, 2009; Weinstein & Graves, 2001). Ispostavilo se da je posebno pozitivna dimenzija shizotipije povezana sa kreativnošću,

pogotovo u profesijama umetničke orijentacije (Claridge & Blakey, 2009; Fink, Slamar-Halbedl, Unterrainer, & Weiss, 2012). Batey i Furnham (2008) izveštavaju da postignuće na inventaru kreativnog ponašanja ostvaruje značajnu nisku pozitivnu korelaciju sa dimenzijama neobičnih iskustava i impulsivnog nonkonformizma, merenih upitnikom O-LIFE. U skladu sa navedenim rezultatima krenuli smo od pretpostavke da ćemo slične rezultate dobiti i u našem istraživanju. Tako smo pošli od hipoteze da će ispitanici iz klastera neobičnih iskustava manifestovati statistički značajno veću tendenciju ka kreativnom ponašanju u odnosu na klaster socijalnog povlačenja, pa i u odnosu na klaster niske shizotipije, dok nismo očekivali značajne razlike na ovoj varijabli između klastera benigne i generalno visoke shizotipije (jer je pozitivna dimenzija koja se povezuje sa kreativnošću izražena kod oba ova klastera). Iako na osnovu dobijenih rezultata možemo videti da klaster generalno visoke shizotipije pokazuje najveću sklonost ka kreativnim interesovanjima, klaster socijalnog povlačenja najmanju, a klasteri niske i benigne shizotipije prosečnu tendenciju ka baljenju kreativnim aktivnostima, razlike između grupa nisu statistički značajne, odakle proizilazi da naša hipoteza nije potvrđena. Takođe, naši rezultati nisu u skladu sa brojnim dosadašnjim nalazima koji izveštavaju o povezanosti između shizotipije (posebno njene pozitivne dimenzije) i korelata kreativnosti (Batey & Furnham, 2008; Burch, Pavelis et al., 2006; Green & Williams, 1999; O'Reilly et al., 2001; Schuldberg, 2000–2001). Pred nama se sada postavlja pitanje kako objasniti ovu diskrepancu između nalaza drugih studija i naših rezultata? Iako smo uočili tendenciju da su kreativne aktivnosti kod osoba sa generalno visokom shizotipijom zastupljene u najvećoj meri, a kod osoba sklonih socijalnom povlačenju u najmanjoj, moguće je da shizotipija ipak nije na toliko direktan način povezana sa bihevioralnim manifestacijama kreativnih interesovanja³⁴. Moglo bi se pretpostaviti da možda zapravo određene crte ličnosti, poput Otvorenosti ka iskustvu (ili nekih drugih osobina) ostvaruju direktniju i jaču vezu sa kreativnim ponašanjem i interesovanjima, nego što je to shizotipija. U interpretaciji dobijenih rezultata poslužićemo se i pretpostavkom O'Reillya i saradnika (2001) koji izostanak jasne veze između mera divergentnog mišljenja i shizotipije objašnjavaju mogućnošću da je divergentno mišljenje pre povezano sa

³⁴ Ili bi pak možda intenzitet kreativnih interesovanja (npr. količina vremena provedena u kreativnoj aktivnosti) bio adekvatnija mera za ispitivanje relacije sa shizotipijom, naspram širine kreativnih interesovanja koju meri upitnik BICB.

psihoticizmom, kao osobinom ličnosti (Eysenck & Eysenck, 1976), nego sa konceptom shizotipije čije poreklo je ipak više kliničke prirode. Kako bismo validirali pretpostavku da je kreativno ponašanje možda direktnije povezano sa nekliničkim osobinama ličnosti nego sa shizotipijom, proverili smo korelacije između kreativnog ponašanja i Velikih pet osobina ličnosti, apsorpcije i tri dimenzije shizotipije. I zaista, pokazalo se da kreativno ponašanje najvišu pozitivnu korelaciju ostvaruje sa Otvorenošću ka iskustvu, $r = .45, p < .001$, zatim sa apsorpcijom, $r = .36, p < .001$, a tek onda sa kognitivno-perceptivnom dimenzijom shizotipije, $r = .19, p < .05$, dimenzijom dezorganizovanosti, $r = .18, p < .05$ i na posletku sa Ekstraverzijom, $r = .16, p < .05$. Otuda se čini da je veza između shizotipije, posebno njene pozitivne dimenzije i različitih aspekata kreativnosti, koja se registruje u drugim studijama, pre indirektno nego direktne prirode (najpre usled deljene varijanse sa sklonošću ka apsorpciji koja u našem istraživanju iznosi 23%). U prilog ovom zaključku idu i rezultati hijerarhijske regresione analize koju smo sprovedi kako bismo dodatno validirali naše pretpostavke. Ispostavilo se da su u prvom koraku sve tri dimenzije shizotipije bile značajni prediktori kreativnog ponašanja. Kada je u sledećem koraku uključena apsorpcija koja je u ovoj etapi bila najjači prediktor, „opstao“ je samo interpersonalni faktor (u negativnom smeru). Sa uvođenjem Velikih pet dimenzija ličnosti, sve dimenzije shizotipije prestale su značajno da predviđaju kreativno ponašanje, a kao jedini značajni prediktori ispostavili su se Otvorenost ka iskustvu (koja je ujedno i najubedljiviji prediktor kreativnog ponašanja), zatim apsorpcija i marginalno značajno Ekstraverzija. Naši rezultati nisu porvrdili jednu od pretpostavki O'Reilly-a i saradnika (2001) – da shizotipalne crte igraju ulogu u spremnosti/motivaciji individue da se bave kreativnim aktivnostima. Koliko možemo videti, to su najpre Otvorenost ka iskustvu, a zatim i apsorpcija.

Rezime rezultata o kreativnom ponašanju. Ukratko, naše nalaze možemo sumirati rečima da nema statistički značajnih razlika između klastera prema tome u kojoj meri ispitanici manifestuju kreativna ponašanja u svakodnevnom životu. Na osnovu naših rezultata, možemo videti da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava i klastera generalno visoke shizotipije nemaju značajno veću sklonost ka kreativnim aktivnostima u poređenju sa klasterom niske shizotipije i klasterom socijalnog povlačenja. Ovaj nalaz ukazuje na to

da relacija između shizotipije i korelata kreativnosti verovatno nije toliko jaka i direktna, kao što se to do sada smatralo na osnovu rezultata drugih istraživanja. Naši nalazi nas dalje upućuju na zaključak da nisu shizotipalne crte, već osobine poput Otvorenosti ka iskustvu i apsorpcije, te koje igraju važnu ulogu u motivacionim aspektima bavljenja kreativnim aktivnostima.

3.8. Benigna shizotipija i divergentno mišljenje

Kako bismo detaljnije ispitali odnos između različitih shizotipalnih obrazaca i kreativnosti, pozabavili smo se pitanjem da li između ekstrahovanih klastera postoje značajne razlike po pitanju postignuća na zadacima divergentnog mišljenja. Neke studije su pokazale da pozitivna dimenzija shizotipije značajno predviđa postignuće na merama divergentnog mišljenja (Green & Williams, 1999; O'Reilly et al., 2001). Takođe, kada su poređene grupe visoko i nisko kreativnih individua, pronađeno je da kreativci imaju povišene skorove na dimenziji neobičnih iskustava (Burch, Pavelis et al., 2006; O'Reilly et al., 2001). I dok su Cox i Leon (1999) pronašli pozitivnu korelaciju između korelata kreativnosti i negativne dimenzije shizotipije, veći broj autora pronalazi negativnu povezanost između introvertne anhedonije i mera divergentne produkcije (Dinn et al., 2002; Schulberg 2000-2001; Tsakanikos & Claridge, 2005). Osim toga, pokazano je da profil benigne shizotipije manifestuje povišenu kreativnost (Tabak & Weisman de Mamani, 2013). Stoga smo pošli od hipoteze da će klaster neobičnih iskustava ostvariti statistički značajno bolje postignuće na merama divergentne produkcije u poređenju sa klasterima negativne i niske shizotipije. Nismo očekivali razlike između klastera benigne i klastera generalno visoke shizotipije, jer je kod oba ova klastera prisutna kognitivno-perceptivna dimenzija, koja se najčešće povezuje sa kreativnim potencijalom. Međutim, naši rezultati su pokazali relativno iznenađujući podatak: nisu registrovane nikakve značajne razlike između četiri klastera ni na jednom kriterijumu oba zadatka divergentnog mišljenja. Razlike između klastera prema različitim kriterijumima mera divergentne produkcije veoma su male, te stoga ovde nećemo detaljno komentarisati postignuće svakog klastera ponaosob. Pa ipak, podvučićemo jedno zapažanje koje se tiče postignuća ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije na zadacima divergentnog

mišljenja. Iz grafičkih prikaza (Grafik 11 i Grafik 12) možemo uočiti pravilnost da u slučaju oba zadatka osobe iz ovog klastera manifestuju sniženu fleksibilnost i povišenu elaboraciju u mišljenju, dok se fluentnost i originalnost u oba zadatka nalaze oko proseka. Moguće je da ovaj registrovani obrazac u mišljenju ipak donekle reflektuje nagoveštaj dispozicije za disfunkcionalni kognitivni stil koji se može sresti u razvijenoj formi psihotičnih poremećaja (rigidnost i preterana elaboracija sumanutih sadržaja), pre nego kreativni potencijal. Pokazano je da ni jedan, pa čak ni benigni shizotipalni sklop nije povezan sa značajno boljom performansom na zadacima divergentnog mišljenja. Kako je moguće da naši rezultati nisu pronašli ovu, čini se sada već dobro dokumentovanu vezu između shizotipije i divergentnog mišljenja? Najpovršnije objašnjenje moglo bi se odnositi na veličinu uzorka, manjkavost zadataka divergentne produkcije kao indikatora autentične kreativnosti ili pak neadekvatnost primenjenih mera shizotipije. Možemo se takođe zapitati da li bismo drugačije rezultate dobili da smo u istraživanje uključili i studente umetnički orijentisanih studijskih grupa, poput studenata sa Akademije umetnosti. Međutim, poznato je da su neka od drugih istraživanja koja potvrđuju korelaciju između kreativnosti i shizotipije sprovedena na još manjem uzorku (Batey & Furnham, 2008), da su i u drugim istraživanjima primenjivani veoma slični zadaci divergentne produkcije, te da je SPQ-BR instrument sa zadovoljavajućim metrijskim karakteristikama. Takođe, poznato je da su i neke druge studije koje pronalaze vezu između shizotipije i kreativnosti sprovedene na uzorcima koji nisu podrazumevali umetnički orijentisane ispitanike, pri čemu je naš uzorak obuhvatio veoma širok spektar društveno-humanističkih studijskih profila, uključujući čak i profil blizak umetničkom, kao što je književnost. Stoga ćemo pokušati da ponudimo neko plauzibilnije objašnjenje dobijenih nalaza. Da li postoji mogućnost da je, u stvari, veza između kreativnosti i shizotipije samo „mit“, nastao kao rezultat statističkih artefakta? Čini se intrigantnim pitanje da li bi shizotipija nastavila značajno da korelira sa kreativnošću čak i kada bi se uzeli u obzir neki drugi činioci, poput drugih osobina ličnosti, kognitivnih sposobnosti, motivacionih faktora i tome slično. Poznato nam je da su Miller i Tal (2007) pokušali u svom istraživanju da daju odgovor na pitanje koji su najmoćniji prediktori kreativnosti: shizotipija, Otvorenost ka iskustvu ili inteligencija. Ovi autori pošli su od pretpostavke da shizotipija možda prestaje da bude značajan prediktor kreativnosti kada se kontrolišu

druge nasledne karakteristike kao što su inteligencija i Otvorenost ka iskustvu iz modela Velikih pet. Istraživanje je sprovedeno na studentskom uzorku, a rezultati su pokazali da je faktor pozitivne shizotipije ostvario značajnu nisku pozitivnu korelaciju sa verbalnom i vizuelnom kreativnošću. Primećeno je takođe da pozitivna dimenzija shizotipije značajno pozitivno korelira sa Otvorenošću ka iskustvu. Kada je sprovedena multipla regresiona analiza, ispostavilo se da je zapravo crta Otvorenosti, a ne pozitivna shizotipija, faktor koji predviđa značajno kreativnost, a inteligencija se takođe ispostavila kao značajan prediktor (Miller & Tal, 2007). Da bismo proverili ovu pretpostavku, prema kojoj shizotipija nije na direktan način povezana sa uspešnošću na zadacima divergentnog mišljenja, već su to možda druge osobine ličnosti (a najverovatnije Otvorenost ka iskustvu), sproveli smo hijerarhijsku regresionu analizu. Kriterijska varijabla bio je ukupan skor na oba zadatka divergentne produkcije. U prvom koraku uvedene su tri dimenzije shizotipije, od kojih se ni jedna nije ispostavila kao značajan prediktor. U drugom koraku uveli smo apsorpciju, koja se takođe nije pokazala kao značajna. Na kraju, uvedeno je Velikih pet dimenzija ličnosti i tek u ovom koraku dobijen je značajan model. Kao jedini značajni prediktori divergentnog mišljenja ispostavili su se Otvorenost ka iskustvu (u pozitivnom smeru) i Prijatnost (u negativnom smeru). Kada imamo u vidu podatak da nije zapravo shizotipija ta koja značajno predviđa divergentno mišljenje, već su to pre dimenzije ličnosti iz modela Velikih pet, onda ne čudi nalaz da nisu pronađene značajne razlike između različitih shizotipalnih klastera na merama divergentnog mišljenja.

Naši rezultati su od značaja ne samo iz razloga što stavljaju znak pitanja na do sada opserviranu vezu između shizotipije i kreativnosti, već i iz razloga što oni ne podržavaju evolutivnu hipotezu shizofrenije i shizotipije. Neki savremeni modeli (Crow, 2000; Nettle & Clegg, 2006) pretpostavljaju da aleli koji se mogu povezati sa rizikom za razvoj poremećaja iz shizofrenog spektra i dalje opstaju u ljudskoj populaciji usled potencijalnih benefita u vidu kreativnosti (a time i reprodukcije) koja se sreće kod osoba sa blažim manifestacijama poremećaja u vidu shizotipije. Pretpostavlja se da nepsihotični shizotipalni rođaci osoba sa shizofrenijom kroz prednost u vidu kreativnosti pružaju „kontra-težu“ ozbiljnoj ceni u vidu smanjene reprodukcije kod osoba sa shizofrenijom (Avila et al., 2001; Haukka, Suvisaari, & Lönnqvist, 2003). Međutim, na osnovu rezultata

koje smo dobili, čini se da ovi modeli ipak nisu u stanju da ponude adekvatno objašnjenje prisustva shizofrenih poremećaja u populaciji, te da je potrebno tragati za alternativnim modelima.

Pa ipak, ne možemo, a da se ne zapitamo, koja bi onda bila specifičnost shizotipije, odnosno njen evolutivni benefit za ljudsku vrstu, ako to nije povećana kreativnost. Jedan od potencijalnih odgovora na ovo pitanje možda leži u ljudskom kapacitetu za transliminalnost (Thalbourne & Houran, 2000), odnosno sklonosti ka mističnim iskustvima i proširenim stanjima svesti, koja između ostalog, predstavljaju i komponente spiritualnih doživljaja (a sve je više zagovornika stanovišta da je i duhovna dimenzija važan aspekt psihološkog funkcionisanja čoveka, o čemu najpre svedoči transpersonalna psihologija). Možda „benefit“ koji shizotipija sa sobom nosi, leži u kapacitetu za apsorpciju koji, ukoliko je udružen sa drugim povoljnim faktorima, može voditi ka stimulirajućim i obogaćujućim unutrašnjim iskustvima, i kao što smo videli, može imati važnu ulogu u motivacionim aspektima za baljenje kreativnim sadržajima.

Rezime rezultata o divergentnom mišljenju. Ukratko, naši rezultati u ovom segmentu istraživanja ukazuju na to da povezanost između shizotipije i kreativnosti koja je opservirana u brojnim drugim istraživanjima najverovatnije može da se dovede u pitanje, te da interpretacije savremenih modela koji kroz benefite u vidu kreativnosti pokušavaju da objasne perzistentnost shizofrenije u populaciji, nisu dovoljne i da je potrebno okrenuti se ka drugim mogućim objašnjenjima ovog fenomena.

3.9. Benigna shizotipija i fonemska fluentnost

Kada je u pitanju odnos između shizotipije i verbalne fluentnosti u opštoj populaciji, neka istraživanja su pokazala da je negativna dimenzija shizotipije povezana sa smanjenom verbalnom fluentnošću, a pozitivna dimenzija sa povećanom fluentnošću (Tsakanikos & Claridge, 2005). Druga istraživanja su pak pronašla da ova pravilnost važi samo za one ispitanike čiji skorovi padaju jednu standardnu devijaciju iznad aritmetičke sredine na skali Introvertne anhedonije, odnosno Neobičnih iskustava (Tsakanikos & Claridge, 2005). Uzimajući u obzir ove nalaze, pretpostavili smo da će osobe koje

pripadaju klasteru neobičnih iskustava (usled izražene kognitivno-perceptivne dimenzije) ostvariti statistički značajno bolje postignuće na zadatku fonemske fluentnosti u odnosu na klastere negativne i niske shizotipije, dok nismo očekivali značajne razlike u poređenju sa klasterom generalno visoke shizotipije. Naši rezultati pokazali su, međutim, da nema statistički značajnih razlika prema uspešnosti na zadatku fonemske fluentnosti između četiri klastera. To znači da naša istraživačka hipoteza nije potvrđena. Kao što možemo videti, naši nalazi nisu u skladu sa rezultatima drugih istraživanja u kojima je registrovana povišena verbalna fluentnost kod osoba sa izraženom pozitivnom dimenzijom shizotipije (O'Reilly et al., 2001; Tsakanikos & Claridge, 2005; Weinstein & Graves, 2002). Rezultati koje smo dobili takođe nisu konzistentni ni sa nalazom da je kod ispitanika sa izraženom negativnom dimenzijom shizotipije registrovana smanjena verbalna fluentnost (Tsakanikos & Claridge, 2005). Ono što je dodatno interesantno jeste činjenica da naši nalazi nisu čak u saglasnosti ni sa istraživanjem autora Barrantes-Vidal i saradnika (2003) koji su se bavili neurokognitivnim, bihevioralnim i neurorazvojnim korelatima shizotipije, koristeći isto četvoroklastersko rešenje koje je dobijeno i u našem istraživanju. Ovi autori izveštavaju o tome da ispitanici iz klastera visoke shizotipije ostvaruju značajno sniženo postignuće na zadatku verbalne fluentnosti (FAS) koji je primenjen i u našem istraživanju. Iako je naše istraživanje sprovedeno na istom klasterском rešenju i sa istim instrumentom za merenje fonemske fluentnosti, ključna razlika postoji u uzorku ispitanika. Barrantes-Vidal i saradnici (2003) svoje istraživanje sprovedli su na većem uzorku (N= 270), a prosečna starost ispitanika iznosila je 13,4 godine. Najjednostavnije objašnjenje činjenice da nismo dobili značajne razlike između naših klastera na verbalnoj fluentnosti moglo bi biti to da je uzorak bio i suviše mali da bi se razlike mogle registrovati. Protiv-argument za ovo objašnjenje bio bi da se na našem uzorku ne naziru čak ni tendencije ka značajnosti razlika između klastera (razlike u postignuću na zadatku fonemske fluentnosti između grupa gotovo su zanemarljive). Drugi potencijalni argument mogli bismo potražiti u strukturi našeg uzorka i mogućnosti da je došlo do restrikcije opsega na ovoj, ali i na drugim varijablama koje podrazumevaju fluentnost. Osim što su u pitanju bili studenti (te je moguće očekivati da su naši ispitanici razvili svoje verbalne sposobnosti u većoj meri nego što je to slučaj kod ispitanika osnovno-školskog uzrasta), važno je napomenuti da većinu uzorka čine ispitanici sa

Filozofskog fakulteta, dakle većina učesnika bila je društveno-humanističke orijentacije. Tako se nameće potencijalna pretpostavka da ispitanici koji su odabrali studijske grupe poput književnosti, srpskog ili nekog stranog jezika, sociologije, filozofije, pedagogije, psihologije i td. imaju generalno gledano razvijenije verbalne sposobnosti, te se razlike u verbalnoj fluentnosti između klastera nisu ni mogle registrovati. Sledeće moguće objašnjenje bilo bi da se razlike u verbalnoj fluentnosti mogu registrovati samo u slučaju kada postignuće na dimenzijama pozitivne i negativne shizotipije pada jednu standardnu devijaciju iznad proseka, kao što su pokazali Tsakanikos i Claridge (2005). Na osnovu metodološke koncepcije našeg istraživanja, vidi se da su grupe ispitanika formirane na osnovu pripadnosti klasteru, a ne prema cut-off skorom postavljenom jednu standardnu devijaciju iznad aritmetičke sredine na pojedinim skalama shizotipije. Možda usled toga što nije vođeno računa o intenzitetu izraženosti shizotipalnih odlika nije bilo moguće ni registrovati signifikantne razlike između grupa prema fonemskoj fluentnosti. Protivargument za ovo objašnjenje, bio bi to što ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije postižu najekstremnije skorove na svim shizotipalnim dimenzijama, te bi se kod njih mogao očekivati barem nagoveštaj određenih devijacija na planu verbalne fluentnosti, a naši rezultati pokazuju da su registrovane razlike između klastera zaista trivijalne, te da se ne može govoriti čak ni o određenim tendencijama. Međutim, smatramo da je na ovom mestu važno prodiskutovati još jedno potencijalno objašnjenje naših nalaza. U svom članku, Tsakanikos i Claridge (2005) diskutuju o pitanju da li su nepravilnosti na planu verbalne fluentnosti, koje su registrovane u različitim istraživanjima, primarne ili sekundarne odlike psihoze. Na kognitivne abnormalnosti kod osoba sa shizofrenijom može se gledati ili kao na kognitivne endofenome, tj. primarna obeležja, što znači da su u pitanju kognitivni markeri koji posreduju između genetske dispozicije i kliničkih simptoma poremećaja, ili kao na epifenome psihotičnog poremećaja, tj. sekundarna obeležja koja nastaju kao nusfaktori faktora kao što su primena farmakoterapije i efekti hospitalizacije (Tsakanikos & Claridge, 2005). Mogućnost detekcije abnormalnosti na planu verbalne fluentnosti među ispitanicima iz opšte populacije sa visokim skorovima na merama shizotipije išla bi u prilog tome da se radi o endofenomu. Sa druge strane, odsustvo ovakvih razlika bilo bi više u skladu sa pretpostavkom da se radi o epifenomu (Tsakanikos & Claridge, 2005). Ukoliko se

osvrnemo na rezultate koje smo dobili kada su u pitanju različite druge biografske i personološke varijable, te psihopatološki status i indikatori mentalnog zdravlja, lako ćemo primetiti da ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije uglavnom pokazuju najmanje povoljne karakteristike i manifestuju obrazac odlika koji ukazuje na to da se radi o najvulnerabilnijoj grupi shizotipalnih ispitanika. Nije li onda neobično to što u slučaju fonemske fluentnosti čak ni kod tih ispitanika, kod kojih su već registrovani mnogi potencijalni psihopatološki indikatori ili korelati vulnerabilnosti, nisu primetne barem indikacije o mogućim devijacijama vezanim za performansu na ovom zadatku? Čini se da rezultati koje smo mi dobili zapravo idu u prilog pretpostavci da su kognitivne abnormalnosti kod osoba sa već razvijenim psihotičnim poremećajem zapravo sekundarne odlike, nastale kao posledica farmakoterapije, efekta hospitalizacije ili pak samih psihopatoloških procesa usled poremećaja. Dodatnu podršku za ovakvo stanovište pronalazimo u rezultatima onih studija koje nisu pronašle značajne razlike u fonemskoj fluentnosti između grupa koje postižu niske, umerene i visoke skorove na pozitivnim i negativnim dimenzijama shizotipije u okviru zdrave populacije (Dinn et al., 2002).

3.10. Benigna shizotipija i radna memorija

Neka od dosadašnjih istraživanja ukazuju na to da kognitivni deficiti vezani za memoriju predstavljaju jednu od ključnih odlika shizofenije (Lee & Park, 2005; Park & Holzman, 1992). Takođe, blaži deficiti na polju radne memorije mogu se registrovati i kod individua sa shizotipalnim odlikama, odnosno sa visokim nivoima pozitivnih (Park et al., 1995) i negativnih simptoma shizotipije (Tallent & Gooding, 1999). Za merenje kapaciteta radne memorije u našem istraživanju primenili smo suptest Brojevi sa VITI-a (Berger et al., 1994). Smatra se da ovaj suptest meri kapacitet radne memorije, pažnju, auditivno procesiranje i sposobnost mentalne manipulacije (Groth-Marnat, 2009; Reynolds, 1997; Sattler & Ryan, 2009). Međutim, radi jasnije interpretacije rezultata koje smo dobili, važno je naglasiti da Brojevi unapred više mere jednostavnu pažnju, dok Brojevi unazad u većoj meri zahvataju radnu memoriju (Cullum & Larrabee, 2010). Kako se pozitivni i negativni simptomi shizotipije povezuju sa anomalijama na planu memorije, pri čemu smo pretpostavili da će klaster neobičnih iskustava pokazati najmanje

abnormalnosti od svih shizotipalnih klastera, krenuli smo od hipoteze prema kojoj će ispitanici koji spadaju u klaster neobičnih iskustava ostvariti statistički značajno bolje postignuće na zadacima koji mere raspon kratkoročnog pamećenja u odnosu na klaster negativne i generalno visoke shizotipije. Razlike u odnosu na klaster niske shizotipije nismo očekivali. Naši rezultati otkrili su da istraživačka hipoteza od koje smo pošli mahom nije potvrđena. Ona se ispostavila kao tačna samo u segmentu gde je pronađeno da se klaster neobičnih iskustava ne razlikuje od klastera niske shizotipije kako na Brojevima unapred, tako ni na Brojevima unazad. Iako u poređenju sa klasterom generalno visoke shizotipije i klasterom socijalnog povlačenja ispitanici iz grupe benigne shizotipije manifestuju nešto bolje postignuće na Brojevima unapred, ove razlike se nisu pokazale kao statistički značajne. Jedina razlika koja se ispostavila kao statistički značajna jeste razlika između klastera niske i klastera generalno visoke shizotipije na zadatku Brojevi unapred. Konkretnije, ispitanici koje odlikuju visoki skorovi na svim dimenzijama shizotipije imaju najlošije postignuće na planu pažnje i kratkoročne auditivne memorije. Čini se da izolovano javljanje samo pozitivne ili samo negativne dimenzije shizotipije nije nužno povezano sa kompromitovanim funkcionisanjem na planu pažnje, ali to izgleda nije slučaj kada se različite dimenzije shizotipije jave udruženo. Ono što takođe u značajnoj meri može uticati na slabije postignuće kada je u pitanju kapacitet pažnje kod ispitanika iz klastera visoke shizotipije jeste i nadprosečna izraženost dimenzije Dezorganizovanosti. Što se tiče postignuća na zadatku Brojevi unazad, razlike između grupa nisu značajne; najbolje rezultate ostvaruje klaster niske shizotipije, dok se postignuće ostalih klastera na ovom zadatku kreće oko proseka. Poprilično iznenađuje činjenica da, kada je u pitanju radna memorija, tj. postignuće na zadatku Brojevi unazad (koji je ujedno i kompleksniji) nisu registrovane statistički značajne razlike između klastera generalno visoke shizotipije i klastera niske shizotipije, niti u odnosu na ostale klasterne. Čak i sam klaster generalno visoke shizotipije ostvaruje vidljivo bolje postignuće na zadatku Brojevi unazad nego na Brojevima unapred, što deluje pomalo paradoksalno. Ako je pažnja potrebna za uspešnu performansu na oba zadatka sa Brojevima, kako to da su ovi ispitanici ipak uspešniji na težem zadatku? Jedno od mogućih objašnjenja ovakvog rezultata moglo bi se potražiti u staroj Rapaportovoj tezi, da mentalno zdrave osobe i one sa neurotskim odlikama ostvaruju lošije postignuće na

suptestu Brojevi, dok osobe sa simptomima iz shizofrenog spektra umeju čak da imaju povišenje na ovom suptestu. Poznato je da je jedna od osnovnih funkcija Brojeva unapred „zagrevanje“ pre Brojeva unazad (Cullum & Larrabee, 2010). Ako se prisetimo da ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije ostvaruju najviše skorove na meri Neuroticizma (čak veće skorove i od osoba iz klastera socijalnog povlačenja), jedno od mogućih objašnjenja bio bi upliv anksioznosti, koja se, kako rad na zadatku odmiče, umanjuje do Brojeva unazad. Međutim, možemo ponuditi i alternativnu interpretaciju naših rezultata. Već je rečeno da Brojevi unapred najpre mere pažnju. Na osnovu naših rezultata čini se da kod najvulnerabilnije grupe – klastera generalno visoke shizotipije, možemo registrovati kognitivni deficit na planu pažnje koji bi se, s obzirom na to da je detektovan u okviru nekliničke populacije, mogao okarakterisati kao endofenomen – kognitivni marker koji bi mogao ukazati na eventualnu vulnerabilnost za kasniji razvoj poremećaja. Ovaj naš rezultat je u skladu sa nalazima drugih autora koji su pokazali da osobe sa shizotipalnim karakteristikama (ali bez shizofrenije) imaju kontinuirani deficit na planu pažnje (Gooding, Matts, & Rollman, 2006). Rezultati koje smo dobili u skladu su i sa nalazima studije koja je pokazala da se kod rođaka prvog stepena osoba sa shizofrenijom (siblinzi i deca) registruju deficiti na planu selektivne i fokusirane pažnje (Klemm, Schmidt, Knappe, & Blanz, 2006), što su autori interpretirali kao indikator genetske vulnerabilnosti za shizofreniju. Podsetimo se da su naši rezultati takođe otkrili da ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije imaju signifikantno povišen hereditet i da manifestuju veću zastupljenost konzumiranja cigareta. Simultano prisustvo većeg hereditarnog opterećenja i deficita na planu pažnje kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije potencijalno ukazuje na mogućnost da je zaista u pitanju indikator genetske vulnerabilnosti za razvoj psihotičnog poremećaja. Nalaz koji se tiče deficita na planu pažnje u skladu je takođe i sa već opisanom hipotezom prema kojoj konzumiranje cigareta eventualno dovodi do kratkoročnih pozitivnih efekata u smislu poboljšanja pažnje i senzornog procesiranja. Moguće je da ove individue, usled perzistentnih poteškoća na planu pažnje, koje se potencijalno ogledaju i u izraženoj dimenziji dezorganizovanosti, posežu za konzumiranjem cigareta. Upotreba duvana se verovatno dalje dodatno održava kratkoročnim efektima poboljšanja funkcija pažnje i procesiranja informacija. Sa druge strane, čini se da su deficiti koji se tiču radne memorije više

epifenomen, odnosno sekundarna obeležja poremećaja. Ono što je izvesno, jeste činjenica da klaster generalno visoke shizotipije jedini pokazuje značajno lošije postignuće od klastera niske shizotipije, što još jednom potvrđuje naše zapažanje, da se radi o grupi ispitanika čije funkcionisanje je u najvećoj meri kompromitovano.

Rezime rezultata o radnoj memoriji. Naši nalazi samo su jednim delom u skladu sa drugim istraživanjima koja su registrovala kognitivne deficite kod ispitanika sa shizotipalnim odlikama. Pokazali smo da individue kod kojih se kognitivno-perceptivni indikatori shizotipije javljaju udruženo sa interpersonalnim povlačenjem (koje ujedno imaju i najveće hereditarno opterećenje), manifestuju najveće deficite na planu pažnje. Sa druge strane, ispitanici iz klastera neobičnih iskustava, te klastera socijalnog povlačenja, ne razlikuju se značajno od klastera niske shizotipije, što implicira da je za kognitivnu performansu manje kompromitujuće ukoliko su pozitivna ili negativna dimenzija shizotipije zastupljene individualno, nego udruženo. Naši rezultati koji se tiču radne memorije, većinom nisu u saglasnosti sa drugim studijama, jer se prema našim nalazima čini da se više radi o sekundarnim, nego o primarnim karakteristikama poremećaja.

3.11. Benigna shizotipija i egzekutivne funkcije

U jednom istraživanju (Gooding et al., 1999) pokazano je da osobe koje imaju izražene shizotipalne odlike ličnosti ostvaruju slabije postignuće na Wisconsin-ovom testu sortiranja karata - WCST-u zbog otežane inhibitorne kontrole i problema radne memorije. Autori su ovaj nalaz interpretirali u svetlu zaključka da obrazac slabijeg postignuća na WCST-u može biti indikator vulnerabilnosti za razvoj shizofrenog poremećaja i da je to manifestacija koja postoji i pre nego što se poremećaj razvije. Do ovog zaključka autori su došli na osnovu činjenice što je istraživanje sprovedeno na osobama sa shizotipijom koje i pored toga što su bile visoko funkcionalne, ipak manifestuju deficit na planu egzekutivnih funkcija. Dalje, istraživanje koje je sprovedeno na siblinzima i deci osoba sa dijagnozom shizofrenije (Klemm et al., 2006) pokazalo je da ove individue, u poređenju sa klasterom niske shizotipije, imaju sporiju performansu na svim vremenski ograničenim kognitivnim testovima (među kojima je i Test pravljenja

traga - TMT). Ovi rezultati upućuju na zaključak da je osobama sa genetskom dispozicijom za razvoj shizofrenije potrebno više vremena da dostignu istu tačnost na kognitivnim zadacima kao i klaster niske shizotipije. Dati rezultati su takođe indikator da je deficit na planu komponenti pažnje ono što reflektuje generalnu vulnerabilnost. U istom ovom istraživanju, rođaci prvog stepena pokazali su deficite na planu egzekutivnih funkcija i na WCST-u koji nije vremenski ograničen. Autori (Klemm et al., 2006) smatraju da su registrovani deficiti na planu selektivne i fokusirane pažnje i kognitivne fleksibilnosti potencijalni indikatori genetske vulnerabilnosti za shizofreniju. Pošto smo očekivali da će od svih shizotipalnih grupa klaster neobičnih iskustava u najmanjoj meri biti kompromitovan na planu egzekutivnih funkcija, pošli smo od hipoteze da će klaster neobičnih iskustava ostvariti statistički značajno bolje postignuće na zadacima koji mere perceptivnu brzinu i egzekutivne funkcije u odnosu na klaster generalno visoke shizotipije i socijalnog povlačenja. Značajne razlike između klastera neobičnih iskustava i klastera niske shizotipije nismo očekivali. Naša istraživačka hipoteza nije potvrđena. Naime, nisu dobijene statistički značajne razlike između klastera kako na setu A i setu B TMT-a, tako ni prema indeksu egzekutivnosti. Jedini segment polazne hipoteze koji se ispostavio kao tačan jeste onaj kojim se predviđa odsustvo značajnih razlika između klastera benigne i niske shizotipije na TMT-u. Pa ipak, interesantno je primetiti da, iako razlike između grupa nisu statistički značajne, svaki klaster ima drugačiji obrazac postignuća na setovima A i B. Dok ispitanicima iz klastera niske shizotipije najmanje vremena treba za izradu seta A, a najviše za dovršavanje seta B, dotle su vremena za izradu oba zadatka kod klastera neobičnih iskustava relativno ujednačena. Međutim, kod klastera socijalnog povlačenja i generalno visoke shizotipije, situacija je obrnuta – više vremena je potrebno za izradu seta A, nego seta B, pri čemu je ovaj efekat nešto izraženiji kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije. Moguće je da ovi različiti obrasci ukazuju na potencijal za specifične kognitivne stilove različitih shizotipalnih grupa, ali da oni ipak nisu toliko jasno izraženi kako bi mogli dostići nivo statističke značajnosti. Sa druge strane, pošto je u grupi generalno visoke shizotipije sličan obrazac primećen i na suptestu Brojevi (podsetimo se da je postignuće bilo bolje na kompleksnijem zadatku), moguće je da se zaista radi o uticaju upliva anksioznosti, usled čega se na lakšem zadatku koji se prvi zadaje postižu lošiji rezultati nego na narednom,

težem zadatku, tokom kog se anksioznost potencijalno umanjuje. Sa druge strane, moguće je i da se radi o efektu učenja, te da je usled uvežbavanja došlo do kompenzovanja performanse na setu B. Pa ipak, ostaje nejasno kako to da naši rezultati nisu potvrdili relativno konzistentne nalaze drugih studija koje ukazuju na prisustvo deficita na planu egzekutivnih funkcija kod osoba sa izraženom shizotipijom (Daneluzzo, Bustini, Stratta, Casacchia, & Rossi, 1998; Suhr & Spitznagel, 2001)? Ovde je međutim, važno napomenuti da naše istraživanje nije jedino u kom je izostao uspeh u replikaciji ovakvih rezultata. U jednoj studiji koja je sprovedena na opštoj populaciji (Laws, Patel, & Tyson, 2008) nisu pokazane značajne razlike u postignuću na merama egzekutivnih funkcija između grupe ispitanika sa visokim i grupe ispitanika sa niskim skorovima na skali shizotipije SPQ-B. U istraživanju Dollfus-a i saradnika (2002) nisu dobijene značajne razlike između između rođaka (roditelja) osoba sa shizofrenijom i klastera niske shizotipije u postignuću na instrumentu TMT. Dinn i saradnici (2002) takođe nisu pronašli značajne razlike kod zdravih ispitanika između grupa niske, umerene i visoke shizotipije na merama verbalne fluentnosti, TMT setovima A i B i na Strupovom zadatku. Slične rezultate dobili su i Goldberg, Saint-Cyr i Weinberger (1990). Još je mnogo istraživanja koja nisu uspela da pronađu dokaze u prilog egzekutivnoj disfunkciji kod osoba sa shizotipalnim odlikama (Avons, Nunn, Chan, & Armstrong, 2003; Condray & Steinhauer, 1992; Diforio et al., 2000; Lin, Chen, Yang, Hsiao, & Tien, 2000; Raine et al., 1992; Spitznagel & Suhr, 2002; Trestman et al., 1995). U svom radu Spitznagel i Suhr (2002) nisu demonstrirali prisustvo lošije performanse na neuropsihološkim testovima za koje se smatra da reflektuju deficite na planu funkcionisanja u dorzolateralnim prefrontalnim regijama kod osoba sa izraženim shizotipalnim odlikama, u poređenju sa klasterom niske shizotipije. Autori su ovaj nalaz pokušali da objasne činjenicom da su iz studije isključili ispitanike koji su imali povišene skorove na meri depresije, smatrajući da su na taj način verovatno isključili i one osobe koje imaju povišene negativne simptome shizotipije (pri čemu se autori pozivaju na nalaze prema kojima je pokazano da negativni shizotipalni simptomi koreliraju sa smanjenom efikasnošću egzekutivnih funkcija). Rezultati našeg istraživanja međutim, ne podržavaju ovu interpretaciju. U našem radu jasno je izdvojen klaster socijalnog povlačenja koji se odlikuje izraženom negativnom i interpersonalnom komponentom shizotipije, pri čemu

čak ni ova grupa individua ne pokazuje statistički značajno odstupanje od performanse neshizotipalnih ispitanika. Pošto je TMT instrument sa relativno dobro verifikovanim psihometrijskim karakteristikama i visokom senzitivnošću jer je vremenski ograničen, a naše klustersko rešenje takođe ima prilično jaku empirijsku podršku (Goulding, 2004, 2005; Loughland & Williams, 1997; Simmonds, 2003; Simmonds-Moore & Holt, 2007; Suhr & Spitznagel, 2001; Williams, 1994), ne možemo u potpunosti odbaciti mogućnost da naši nalazi ipak idu u prilog hipotezi prema kojoj bi deficiti na planu egzekutivnih funkcija ipak bili epifenomen, odnosno pre sekundarne, nego primarne karakteristike poremećaja. Još jedno objašnjenje, koje u svom istraživanju nude Laws i saradnici (2008), moglo bi biti da uobičajene mere egzekutivnih funkcija ne uspevaju da „uhvate“ realne egzekutivne poteškoće sa kojima se suočavaju osobe sa visoko izraženom shizotipijom i povišenom učestalošću disocijativnih iskustava. Pomenuti autori sugerišu da problemi na nivou egzekutivnih funkcija ne moraju da se manifestuju nužno na kognitivnom nivou koji se meri neuropsihološkim testovima, već se mogu manifestovati i na kognitivno-bihejvioralnom planu, kroz probleme u okviru svakodnevnog funkcionisanja, što nije predmet merenja objektivnih neuropsiholoških baterija. Potkrepljenje za ovu pretpostavku Laws i saradnici (2008) nalaze u rezultatima svog istraživanja, gde su ispitanici sa visokim skorovima na meri shizotipije u statistički značajno većoj meri izveštavali o svakodnevnim problemima na planu egzekutivnog funkcionisanja koje je mereno samoopisnom merom, dok razlike u postignuću na objektivnim neuropsihološkim testovima nisu registrovane.

3.12. Benigna shizotipija i meta-kognicije

Kako bismo predstavili važnost uloge meta-kognicija u okviru proučavanja konstrukta benigne shizotipije, podsetićemo se stava koji zastupa Morrison (1998). Prema ovom autoru, neobična iskustva poput halucinatornih aktivnosti mogu biti posmatrana od strane individue i kao normalan fenomen, pa on smatra da je interpretacija takvih doživljaja kao nekontrolabilnih i opasnih ono što zapravo najpre uzrokuje distres i disfunkcionalnost, a ne doživljaj sam po sebi. Morrison i saradnici (1995) predlažu model halucinatornih iskustava prema kom disfunkcionalna meta-kognitivna uverenja vode do

pogrešnog pripisivanja intruzivnih misli eksternalnom izvoru, čime se generišu halucinatorni doživljaji. Takođe, prisetićemo se rezultata čuvene studije Ward-a i saradnika (2013). U ovom istraživanju pokazano je da ispitanici iz kliničke populacije imaju značajno veću tendenciju ka maladaptivnim procenama eksperimentalno indukovano neobičnog iskustva (npr. ruminacija, distrakcija, pasivnost i td.), u poređenju sa osobama koje takođe doživljavaju neobična perceptivna iskustva, ali pripadaju opštoj populaciji. Klinička grupa je eksperimentalnu simulaciju aberantnog iskustva procenila kao lično značajniju, intenzivniju, stresniju i u većoj meri preteću, nego ispitanici iz nekliničke grupe (Ward et al., 2013). Koliko je nama poznato, istraživanja se još uvek nisu sistematski bavila odnosom između benigne shizotipije i meta-kognitivnih obrazaca. U našem radu, pošli smo od pretpostavke da će ispitanici iz klastera neobičnih iskustava (petpostavljajući da ove osobe zaista imaju adekvatan nivo blagostanja) manifestovati značajno veću tendenciju ka konstruktivnim, uz istovremeno manju tendenciju ka nekonstruktivnim meta-kognicijama i bihevioralnim odgovorima u vezi sa neobičnim iskustvom, u poređenju sa klasterima socijalno povučenih ispitanika i onih sa generalno visokom shizotipijom. Nismo očekivali značajne razlike na ovim varijablama između klastera benigne i niske shizotipije. Naši rezultati pokazali su da se značajne razlike između grupa mogu registrovati na varijabli neobičnosti (opšti utisak o zadatku sa „magičnom“ kuglom čiji cilj je bio indukcija doživljaja da računar ispitanicima može da „čita misli“), na decentrirajućem stilu u vidu aktivnog prihvatanja i defokusiranja iskustva (adaptivni stil odgovora) i konačno, na aktivnom upuštanju u vidu ruminacija i brige u vezi sa neobičnim doživljajima (maladaptivni stil odgovora – aktivno upuštanje). Marginalno značajne razlike registrovane su na internalizujućoj normalizujućoj proceni neobičnog doživljaja (adaptivna meta-kognicija) i aktivnom prepuštanju neobičnom iskustvu (maladaptivni stil odgovora – aktivno upuštanje). Na ostalim varijablama koje se tiču meta-kognicija i sa njima povezanih odgovora nisu dobijene značajne, niti marginalno značajne razlike. U okviru klastera niske shizotipije iskustvo sa zadatkom u najmanjoj meri je smatrano neobičnim, dok je to, paradoksalno, u najvećoj meri bio slučaj kod ispitanika iz klastera benigne i generalno visoke shizotipije. Interesantno je da aktivno prihvatanje i defokusiranje iskustva kao adaptivni odgovor u najvećoj meri koriste ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja (a ne iz klastera

neobičnih iskustava), dok je to u najmanjoj meri slučaj kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije. Kada je u pitanju ruminiranje o neobičnom iskustvu i doživljaj brige povodom istog, klaster generalno visoke shizotipije ostvaruje najviše skorove, a klasteri niske shizotipije i socijalnog povlačenja u najmanjoj meri pokazuju brigu. Ispitanici iz klastera neobičnih iskustava zaita su, u skladu sa našom početnom hipotezom, u najvećoj meri spremni da normalizuju neobično iskustvo sa zadatkom. Relativno neočekivano, učesnici koji spadaju u klaster generalno visoke shizotipije češće pribegavaju normalizaciji nego ispitanici iz klastera niske shizotipije i klastera socijalnog povlačenja. Takođe, ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije izveštavaju o najvećoj zastupljenosti maladaptivnog odgovora u vidu aktivnog prepuštanja neobičnom iskustvu, dok o tome u najmanjoj meri izveštavaju ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja i niske shizotipije. Dakle, naši rezultati su pokazali da ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije pokazuju najviše maladaptivnih obrazaca meta-kognicija i stilova odgovora na neobično iskustvo; u najvećoj meri su spremni da ruminiraju i brinu, da se prepuštaju abnormalnim doživljajima, u najmanjoj meri primenjuju defokusiranje iskustva (što ne čudi, ukoliko se prisetimo da upravo ovi ispitanici ostvaruju najviše rezultate na meri apsorpcije). Ipak, oni imaju nešto izraženiju tendenciju da neobično iskustvo normalizuju, što verovatno predstavlja svojevrsnu kompenzatornu tendenciju. Suprotno našim očekivanjima, klaster neobičnih iskustava prema meta-kognitivim varijablama približniji je klasteru generalno visoke shizotipije nego kontrolnoj grupi. Iako ovi ispitanici u najvećoj meri koriste internalizujuću normalizaciju, oni su ipak relativno spremni da ruminiraju i prepuštaju se neobičnom iskustvu. Sa druge strane, klaster socijalnog povlačenja premašuje klaster niske shizotipije prema tendenciji ka defuzioniranju neobičnih iskustava i internalizujućoj normalizaciji, sa nešto manjom tendencijom ka prepuštaju neobičnom iskustvu, pa ispada da ovaj klaster manifestuje najadaptabilniji obrazac meta-kognicija i odgovora. Ovo je najverovatnije slučaj upravo zbog toga što kod ovih ispitanika dominira negativna dimenzija shizotipije pa neobična perceptivna iskustva nisu nešto što preokupira ovu populaciju i što za njih predstavlja izvor zabrinutosti, kao što je to slučaj kod osoba iz klastera generalno visoke shizotipije. Naši rezultati ukazuju na to da kod ispitanika sa generalno visokom shizotipijom određene maladaptivne meta-kognicije mogu imati delimičan doprinos umanje

kvalitetu funkcionisanja i potencijalno, intenziviranju tegoba na planu psihičkog funkcionisanja. Ovaj nalaz u skladu je sa rezultatima koji su pokazali da osobe kod kojih je sklonost ka halucinatornim iskustvima izraženija imaju veću verovatnoću ispoljavanja disfunkcionalnih meta-kognitivnih uverenja (Stirling et al., 2007). Isti ovaj nalaz upućuje nas na to da bi kod osoba koje su pod povećanim rizikom za razvoj psihotičnih poremećaja imalo smisla u psihoterapijskom radu jačati adaptivne meta-kognicije. Sa druge strane, čini se da meta-kognicije nisu toliko značajan faktor u javljanju manifestacija benigne shizotipije, kao što bi se to na prvi mah moglo očekivati. Na osnovu rezultata koje smo dobili, moglo bi se pretpostaviti da su možda pre osobine ličnosti značajniji faktori u određenju benigne shizotipije, nego što su to meta-kognitivne varijable. Moramo primetiti da naši rezultati nisu u skladu sa nalazima Warda i saradnika (2013), po pitanju toga da osobe sa anomalnim iskustvima iz nekliničke populacije manifestuju povoljnije meta-kognitivne odlike u odnosu na kliničku grupu ispitanika, ali je važno imati u vidu činjenicu da je naše istraživanje u potpunosti sprovedeno na opštoj populaciji, te ipak ne čudi toliko što su razlike između klastera benigne i generalno visoke shizotipije vrlo slabe. Takođe, neophodno je primetiti činjenicu da razlike između klastera nisu statistički značajne na najvećem broju meta-kognitivnih varijabli. Ovo može biti slučaj iz više razloga. Jedno od mogućih objašnjenja, bilo bi da određeni oblici maladaptivnih meta-kognitivnih uverenja potencijalno dobijaju na značaju tek u kliničkom kontekstu, kada su prisutni intenzivni simptomi poremećaja, jer su ipak patocentrična, tj. psihopatološki obremenjena, a da naprosto ne dolaze do izražaja kod ispitanika (pa čak i shizotipalnih) iz opšte populacije.. Drugo potencijalno objašnjenje možemo potražiti u mogućnosti da zadatak koji smo primenili u istraživanju nije imao adekvatnu eksternu validnost, te da nije bio u mogućnosti da „provocira“ reakcije kod ispitanika koje bi se mogle komparirati sa autentično doživljenim neobičnim iskustvima. Možda bi primena nekog „ubedljivijeg“ zadatka (poput auditivnog zadatka iz istraživanja Warda i saradnika) dovela do drugačijih rezultata, koji bi u većoj meri istakli značaj meta-kognitivnih uverenja. Treću interpretaciju pak, možemo potražiti u mogućnosti da veza između meta-kognicija i neobičnih kognitivno-perceptivnih doživljaja možda i nije toliko jaka, kao što to kognitivni modeli psihoze postuliraju. U cilju potkrepljenja ove pretpostavke, navešćemo rezultate jedne meta analize koja je imala za cilj da objedini

empirijske nalaze o relaciji između podložnosti halucinatornim iskustvima i različitim meta-kognitivnih uverenja (Varese & Bentall, 2011). Rezultati studije su pokazali da u kliničkoj populaciji postoji slaba povezanost između halucinatornih doživljaja i određenih meta-kognitivnih uverenja, dok je u opštoj populaciji ova relacija bila robustnija (Varese & Bentall, 2011). Međutim, dodatne analize pokazale su da, kada se kontroliše efekat ostalih stanja i simptoma, podložnost halucinacijama ostvaruje samo slabu povezanost sa meta-kognitivnim uverenjima. Autori smatraju da korelacija između ovih varijabli, koja se registruje u istraživanjima, zapravo predstavlja posledicu neuzimanja u obzir kovariranja različitih psihopatoloških simptoma (Varese & Bentall, 2011).

Rezime rezultata o meta-kognicijama. Na kraju, možmo zaključiti da naši nalazi nisu dovoljno snažni da potvrde vezu meta-kognicija sa intenzitetom i kvalitetom shizotipalnih manifestacija u opštoj populaciji. Pretpostavljali smo da su možda upravo adaptivna meta-kognitivna uverenja faktori koji se mogu dovesti u vezu sa tim što je benigna shizotipija povezana sa dobrim nivoom blagostanja. Smatrali smo da potencijalni mehanizam u osnovi ove relacije može biti to da za osobe koje spadaju u grupu benigne shizotipije anomalna iskustva per se nisu patološka, iz razloga što ih one interpretiraju na konstruktivan način. Međutim, naši nalazi pokazuju da određene maladaptivne forme meta-kognitivnih uverenja i odgovora mogu biti eventualno faktor koji dodatno utiče na već postojeću disfunkcionalnost ispitanika sa mešovitim sklopom shizotipije, ali nismo potvrdili pretpostavku da su meta-kognitivna uverenja zapravo ta koja su patološka, a ne neobično iskustvo samo po sebi, kao što to neki autori pretpostavljaju (Garety et al., 2001). Naše istraživanje je pokazalo da meta-kognicije izgleda ne igraju toliko važnu ulogu u tome što je benigna shizotipija skopčana sa dobrim mentalnim zdravljem i adekvatnim funkcionisanjem.

3.13. Opšta diskusija

Nakon sveobuhvatnog pregleda rezultata koje smo dobili u našem istraživanju, napravićemo jednu opštu diskusiju u cilju globalne integracije i interpretacije dobijenih nalaza, te akcentovanja finalnih uvida, ali i nekih dilema i pitanja za buduća istraživanja.

Da li je benigna shizotipija zaista benigna? Naši rezultati ukazuju na to da neke shizotipalne karakteristike i njihova međusobna interakcija mogu korelirati sa disfunkcionalnim odlikama, dok drugi aspekti shizotipije mogu biti povezani sa adekvatnim funkcionisanjem, kao što to i drugi autori smatraju (Mohr & Claridge, 2015). Pokazali smo da, kada se povišeni rezultati na kognitivno-perceptivnom faktoru shizotipije javljaju per se, registruje se prisustvo povoljnih karakteristika kao što su: tendencija ka izveštavanju o odlikama karakterističnim za siguran obrazac afektivne vezanosti, odsustvo povišenog hereditarnog potencijala, izveštavanje o optimalnoj prihvaćenosti u okviru vršnjačke grupe, odsustvo povećane tendencije ka konzumiranju cigareta i izraženija tendencija ka konvencionalnim oblicima religioznosti za koju se smatra da je povezana sa mentalnim zdravljem (Kendler et al., 1997; Koenig et al., 1997; Woods et al., 1999). Dalje, u okviru ovog klastera registruje se signifikantno manje psihopatoloških simptoma nego kod klastera generalno visoke shizotipije. Klaster neobičnih iskustava ostvaruje značajno više skorove na dimenzijama Ekstraverzije i Prijatnosti u odnosu na oba preostala shizotipalna klastera, više Savesnosti i značajno manje Neuroticizma u odnosu na grupu generalno visoke shizotipije, te prosečnu Otvorenost ka iskustvu. Kod ovih ispitanika primećena je signifikantno veća sklonost ka apsorpciji nego kod neshizotipalnih ispitanika, bolje emocionalno blagostanje nego kod ispitanika iz oba preostala shizotipalna klastera, bolje psihološko blagostanje nego kod klastera socijalnog povlačenja. Kod klastera neobičnih iskustava ne registruju se nikakvi kognitivni deficiti. Prema većini navedenih varijabli (osim u slučaju psihopatoloških simptoma i apsorpcije), osobe iz grupe benigne shizotipije ne razlikuju se od ispitanika iz klastera niske shizotipije. Ovaj podatak znači da su individue sa sklopom benigne shizotipije po većini kriterijuma bliže neshizotipalnim ispitanicima, nego ostalim shizotipalnim grupama. U poređenju sa preostala dva shizotipalna klastera, klaster neobičnih iskustava ima najadaptivnije rezultate na merenim varijablama, te možemo

zaključiti da je od svih registrovanih shizotipalnih obrazaca, ovaj doista najbenigniji. Ukoliko se kognitivno-perceptivna dimenzija shizotipije ne javlja udruženo sa ostalim shizotipalnim dimenzijama, čini se da postoji preduslov za adekvatno i zdravo funkcionisanje, uprkos određenim neobičnim iskustvima, pa čak i nešto povišenom nivou psihopatoloških simptoma u odnosu na klaster niske shizotipije. Sa druge strane, izgleda da je, udruženo javljanje pozitivne, negativne i dezorganizovane dimenzije shizotipije najrizičnije, sa aspekta vulnerabilnosti za razvoj težih i ozboljnijih formi poremećaja. Tome u prilog govori podatak da klaster generalno visoke shizotipije u najvećoj meri, od svih shizotipalnih klastera, manifestuje nepovoljne karakteristike na velikom broju merenih varijabli. Klaster socijalnog povlačenja manifestuje značajno lošije postignuće na varijablama koje obuhvataju različite sredinske i psihološke faktore, a posebno činioce blagostanja, ali je ipak udružen sa manje nepovoljnih faktora nego „mešoviti“ klaster. Ukoliko smo u klasteru socijalnog povlačenja registrovali osobe kod kojih su zaista izražene negativne komponente shizotipije, a ne samo individue sa ekstremnom introverzijom, možemo pretpostaviti da nije negativna dimenzija shizotipije sama po sebi najrizičnija po pitanju kompromitovanog funkcionisanja, kao što to neki autori navode (Mohr & Claridge, 2015). Na osnovu naših rezultata čini se da je zapravo najrizičnije udruženo i kombinovano javljanje više različitih dimenzija shizotipije, što je u skladu sa nalazima Chapmana i saradnika (1994). Ipak, želimo da naglasimo da ostaje do kraja nejasno, da li klaster generalno visoke shizotipije manifestuje najviše maladaptivnih odlika usled visoke izraženosti sve tri dimenzije, usled kombinovanog javljanja visoke pozitivne i negativne dimenzije, ili pak zbog visokog nivoa dezorganizovanosti. Međutim, ovakvi nalazi mogu nametnuti jednu potencijalnu dilemu: ako je klaster neobičnih iskustava zaista toliko blizak kontrolnoj grupi, kako onda znamo da se uopšte radi o shizotipiji? Po čemu su ovi ispitanici onda suštinski drugačiji od neshizotipalnih? Ukoliko se prisjetimo rezultata koje smo dobili, odmah ćemo primetiti da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava (osim povišene sklonosti ka neobičnim kognitivno-perceptivnim iskustvima i magijskoj ideaciji) imaju i značajno veću tendenciju ka apsorpciji (sklonost ka udublivanju u sopstvenu maštu i imaginaciju, kros-modalna iskustva, formiranje jasnih i živih slika i iskustva proširenih i izmenjenih stanja svesti), uz veću tendenciju ka religioznosti. Ono što klaster neobičnih iskustava takođe razlikuje

od neshizotipalnih ispitanika jeste značajno viši nivo psihopatoloških simptoma iz nepsihotičnog spektra i nešto manje povoljan sklop meta-kognitivnih uverenja, po čemu ipak vidimo da ovaj klaster itekako ima svoje značajne osobenosti i da se u nekim bitnim aspektima razlikuje od kontrolne grupe.

Naši nalazi su potvrdili da nije svaka devijantnost, tj. ekscentričnost u mišljenju i doživljavanju nužno obremenjena lošijim nivoom funkcionisanja. Pokazali smo da osobe paralelno mogu imati sklonost ka neobičnim kognitivno-perceptivnim iskustvima, magijskom mišljenju, tendenciju ka udublivanju u mentalnu imaginaciju i fantazije, te doživljaje epizoda proširene i/ili izmenjene svesti, a da istovremeno imaju dobar nivo emocionalnog i psihološkog blagostanja, veoma povoljan sklop nekliničkih osobina ličnosti i da su adekvatno adaptirane.

Potencijalni etiološki mehanizmi benigne shizotipije. Mišljenja smo, međutim, da nije dovoljno samo konstatovati da je moguće registrovati shizotipalni sklop koji po svojoj prirodi najviše odgovara onome što se u literaturi naziva benignom shizotipijom. Potrebno je otići i korak dalje i zapitati se o potencijalnim eksplanatornim modelima koji mogu ponuditi odgovor na pitanje o etiologiji benigne shizotipije. Kako to da neke osobe imaju sklonost ka neobičnim iskustvima i doživljajima, a da paralelno sa tim imaju visok nivo blagostanja i nadprosečne skorove na determinantama mentalnog zdravlja? Jedan od potencijalnih odgovora na dato pitanje mogao bi se potražiti u mogućnosti da ove osobe svojia neobična iskustva i doživljaje interpretiraju kao produkt imaginacije, a ne kao deo realiteta. Međutim, segment našeg istraživanja koji se odnosi na meta-kognitivna uverenja govori nam da ove osobe, iako u nešto većoj meri koriste normalizaciju, paralelno imaju visok potencijal i za ruminiranje i fokusirano bavljenje ovim neobičnim doživljajima, što ne ide u prilog izostanku nekonstuktivnih meta-kognitivnih odgovora. Stoga se čini da je potrebno ponuditi jedan plauzibilniji okvir etiološke komponente benigne shizotipije. S tim u vezi, ukratko ćemo se pozabaviti hipotezom diferencijalne osetljivosti (Belsky, 1997; 2005) i tezom biološke senzitivnosti na kontekst (Boyce & Ellis, 2005). Prema hipotezi diferencijalne osetljivosti, deca variraju prema svom plasticitetu, pa samim tim osetljivosti na roditeljsku negu, a možda i generalno na sredinske uticaje. Belsky je smatrao da individue variraju u svom razvojnom plasticitetu, najpre iz genetskih razloga, premda nije poricao značaj sredinskih uticaja. Prema hipotezi

biološke senzitivnosti na kontekst, kako u izrazito stimulativnom, tako i u izrazito nestimulativnom razvojnom kontekstu, deca bi iz adaptivnih razloga trebalo da održavaju visok nivo fiziološke reaktivnosti na stres, koji se smatra faktorom osetljivosti i mehanizmom plasticiteta. Autori ovog modela očekuju kurvilinearnu (u obliku slova U) povezanost između nivoa stimulativne/stresne sredine u ranom detinjstvu i razvoja profila reaktivnosti na stres (Belsky & Pluess, 2009). Tako se očekuje da će i visoko stresno i hiper-protektivno okruženje rezultirati u profilu disproporcionalno visoke reaktivnosti na stres (Belsky & Pluess, 2009). Stoga je za osobe koje su odrastale u visoko stimulativnom i povoljnom kontekstu adaptivno da budu maksimalno osetljive na sredinske uticaje (kako bi time pospešile mogućnost što veće recepcije pozitivnih sredinskih faktora), dok je za osobe koje su odrastale u visoko rizičnom i pretećem okruženju bilo adaptivnije da razviju visok nivo vigilanosti (budnosti, osetljivosti) na signale pretnje, te je za njih visoka fiziološka reaktivnost bila neophodan „alat za preživljavanje“. Opisani modeli predstavljaju iskorak u odnosu na dijateza-stres model, jer prema ovim gledištima individualne odlike koje osobu čine nesrazmerno osetljivom na nepovoljne okolnosti, ujedno je čine i disponiranom da „izvuče“ benefite iz povoljnog i stimulišućeg sredinskog konteksta. Ove hipoteze upućuju nas na pretpostavku da bi određene individue simultano mogle biti osetljive i na štetne i na povoljnije sredinske uticaje. Na koji način ove teze možemo povezati sa modelom benigne shizotipije? Naknadne analize nekih istraživanja otkrile su da povoljno sredinsko okruženje zapravo ima mnogo veći uticaj na decu koja su genetski vulnerabilna za razvoj različitih poremećaja, u poređenju sa inicijalno detektovanim i anticipiranim sredinskim faktorima rizika, nego što je to smatrano (Belsky et al., 2009; Pluess, Belsky, & Neuman, 2009). Ukoliko iz ovog referentnog okvira pokušamo da razumemo koncept benigne shizotipije, možemo pretpostaviti da neke individue, uprkos tome što imaju određene faktore rizika (kao što su sklonost ka aberantnim kognitivno-perceptivnim iskustvima i magijskom mišljenju), paralelno mogu imati povišenu receptivnost za stimulišuće i povoljne faktore sredine, pomoću kojih uspevaju da nadkompenzuju svoju podložnost neobičnim iskustvima i eventualnim tegobama na planu mentalnog zdravlja i svakodnevnog funkcionisanja. Sa druge strane, moguće je da ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja (usled tendencije ka socijalnoj izolaciji) i osobe iz klastera generalno visoke shizotipije (usled povišene sklonosti ka

interpretativnosti i traganju za signalima pretnje, dezorganizovanosti i socijalne izolacije) ne uspevaju u dovoljnoj meri da apsorbuju povoljne uticaje svog okruženja, te se javljaju problemi na planu mentalnog zdravlja i funkcionisanja. Ako genetskoj i personološkoj podložnosti koja je registrovana kod ovih ispitanika pridodamo i nepovoljne sredinske faktore o kojima izveštavaju ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije i socijalnog povlačenja (nesigurna afektivna vezanost, odbacivanje i maltretiranje od strane vršnjačke socijalne grupe), ne iznenađuje što ovi ispitanici imaju sužen prostor za izloženost povoljnim sredinskim uticajima, te imaju lošije ishode na planu mentalnog zdravlja. Međutim, moguće je da upravo činjenica što ove individue ipak funkcionišu u okviru opšte populacije i što aktuelno nisu razvile poremećaj do kliničkog nivoa, predstavlja rezultat njihove paralelne osetljivosti i na određenu, pa makar i znatno limitiranu, količinu stimulativnih sredinskih faktora.

Da li benigna shizotipija zaista ima adaptivnu prednost? Iako smo pokazali da neke osobe mogu imati izraženiju sklonost ka neobičnim kognitivno-perceptivnim doživljajima i magijskoj ideaciji, a da i dalje imaju veoma dobro emocionalno i psihološko, te optimalno socijalno blagostanje, nakon uvida u naše rezultate nameće se jedno izrazito intrigantno pitanje. Da li je tačan i onaj aspekt modela benigne shizotipije, prema kom ovakav shizotipalni sklop ne samo da nije štetan, već je povezan i sa određenim benefitima kao što su fleksibilno i nekonvencionalno mišljenje koje je važno za kreativnost, tendencija ka kreativnim aktivnostima, Otvorenost ka iskustvu i sklonost ka fantaziji (Mohr & Claridge, 2015)? Iako smo pokazali da naš identifikovani klaster neobičnih iskustava doista ostvaruje signifikantno povišene skorove na apsorpciji, koja podrazumeva tendenciju ka mističnim iskustvima, proširenim/izmenjenim stanjima svesti, imaginaciji i mašti, ipak nismo uspeali da potvrdimo da su kod ove grupe prisutne i adaptivne karakteristike poput povišene sposobnosti divergentnog mišljenja, izraženijih kreativnih interesovanja i aktivnosti, veće Otvorenosti ka iskustvu, bolje verbalne fluentnosti (koja se takođe može smatrati svojevrsnom merom divergentnog mišljenja), većeg kapaciteta radne memorije i razvijenijih egzekutivnih funkcija. Dakle, naše istraživanje jeste potvrdilo da pozitivna dimenzija shizotipije, ukoliko je samostalno izražena, može biti povezana sa dobrim mentalnim zdravljem, ali nismo potvrdili i da je povezana sa drugim adaptivnim karakteristikama, poput kreativnosti ili boljih kognitivnih

sposobnosti. Ukoliko se prisetimo dualno-interaktivnih modela prema kojima su shizotipalna stanja moderirana varijablama poput ego-snaga i visokih intelektualnih sposobnosti, tako da su prisutni određeni faktori koji „dopuštaju“ optimalna odstupanja na kontinuumu od proširenog do suženog načina mišljenja (Prentky, 2001), videćemo da naši rezultati ne idu u prilog ovim pretpostavkama. Prema pomenutom stanovištu, očekivalo bi se da osobe sa karakteristikama benigne shizotipije, usled očuvanih snaga ličnosti, dobrog mentalnog zdravlja i nekompromitovanih kognitivnih sposobnosti sa jedne strane, a sklonosti ka neobičnim asocijacijama i kognitivnim procesima, sa druge, ostvare značajno povišeno postignuće na merama divergentnog mišljenja. Kao što vidimo, klaster neobičnih iskustava nije pokazao značajno bolje postignuće na zadacima divergentnog mišljenja u odnosu na klaster niske shizotipije, što pretpostavku pomenutih modela dovodi u pitanje. Nalazi koje smo dobili ne podržavaju ni evolutivnu teoriju shizofrenije, prema kojoj je evolutivna prednost shizotipije u povišenom kreativnom talentu. Ali, ako evolutivna prednost shizotipije ne leži u nadprosečnom kreativnom potencijalu, šta bi onda mogla biti adaptivna komponenta shizotipije? Možda bi benigna shizotipija pre nego sa kreativnošću, mogla biti povezana sa sklonošću ka fantaziji, mističnim doživljajima, proširenim stanjima svesti, te magijskom mišljenju, što se oslikava kroz paranormalna uverenja ili intenzivna spiritualna iskustva? Ali, jesu li ova stanja i sklonosti po bilo čemu adaptivna? Poznato je da su ljudi skloni da pribegavaju magijskom mišljenju kada su izloženi fizičkom ili psihičkom obliku pretnje, kao načinu nošenja sa nesigurnošću (Keinan, 1994; Williams & Irwin, 1991). Možda u kapacitetu čoveka za iskustva koja se interpretiraju kao mistična i spiritualna leži potencijal za adaptivnije nošenje sa stresnim situacijama visokog intenziteta? Možda u ovoj dimenziji ljudskih iskustava leži mogućnost za koping strategije fokusirane na religiju (religious coping) i traganju za smislom (meaning-making coping) u kontekstu traumatskih događaja (Park, 2010)? Naravno, sve ovo su samo spekulacije i pretpostavke. Ono što sa sigurnošću možemo reći, jeste da je preostalo još mnogo toga što treba da otkrijemo i naučimo na putu ka jasnijem i detaljnijem razumevanju kako same shizotipije, tako i koncepta benigne shizotipije.

Kvazi ili potpuno dimenzionalni model shizotipije? U sklopu završne diskusije, važno je razmotriti i čuvenu „goruću“ debatu o distribuciji shizotipije u populaciji, koju

smo u uvodnom delu rada detaljno prikazali. Podsetimo se, reč je o debati između kvazi-dimenzionalnog i potpuno dimenzionalnog modela shizotipije, odnosno između taksonske prirode shizotipije koju zastupaju Lenzenweger i saradnici (Korfine & Lenzenweger, 1995; Lenzenweger & Korfine, 1992; Lenzenweger, 1999; Beauchaine et al., 2008) i shizotipije kao dimenzionalnog latentnog konstrukta, za šta se zalažu Claridge i kolege (Claridge & Beech, 1995; Claridge, 1997; 2002; Rawlings et al., 2008). Jasno je da naš metodološki pristup, nije dovoljno precizan da bismo mogli izvesti direktnije zaključke u vezi sa ovom debatom, niti je provera ove dileme bila cilj israživanja. Metodološki pristup koji smo primenili i dobijeni rezultati mogu samo veoma posredno ponuditi eventualne implikacije u vezi sa ovim pitanjem. Naši rezultati zapravo daju poprilično kompleksnu sliku predmeta ove debate. Sa jedne strane, činjenica da smo u okviru nekliničke, zdrave populacije registrovali osobe koje izveštavaju o shizotipalnim iskustvima, govori u prilog potpune dimenzionalnosti konstrukta. Osim toga, registrovali smo više različitih shizotipalnih klastera, među kojima jedan u najvećoj meri odgovara benignoj shizotipiji, koja se direktno oslanja na hipotezu o potpunom kontinuitetu, u smislu da je po intenzitetu psihopatološkog opterećenja najbliža nepatološkoj populaciji, a najudaljenija od shizofrenog poremećaja. Ovaj podatak ide više u prilog potpuno dimenzionalnom modelu shizotipije, koji postulira da shizotipija nije nužno povezana sa maladaptivnim karakteristikama, već da može biti i dimenzija ličnosti koja je neutralna u terminima psihopatologije, pa čak i povezana sa dobrim mentalnim zdravljem i nekim adaptivnim potencijalima ličnosti. Činjenica da se putem klaster analize izdvojila grupa ispitanika koja odgovara onome što se u literaturi opisuje kao benigna shizotipija, uz dosledno povoljne rezultate na nizu varijabli povezanih sa personološkim faktorima i determinantama mentalnog zdravlja, pokazala je da određeni aspekti shizotipije doista mogu da koegzistiraju sa dobrim mentalnim zdravljem i povoljnim sklopom osobina ličnosti, što ide u prilog tome da shizotipija može biti posmatrana izvan psihopatološkog konteksta shizofrenije (McCreery & Claridge, 2002). Naši rezultati su takođe pokazali da neobična iskustva mogu biti doživljena i izvan psihopatološkog spektra, te da ona nikako nisu nužno povezana sa manjim doživljajem blagostanja ili sa teškoćama u prilagođavanju (McCreery, 1993). Pa ipak, postoje autori koji kritikuju zaključivanje o latentnoj strukturi konstrukta shizotipije, tj. o dimenzionalnosti, na osnovu ovakvih

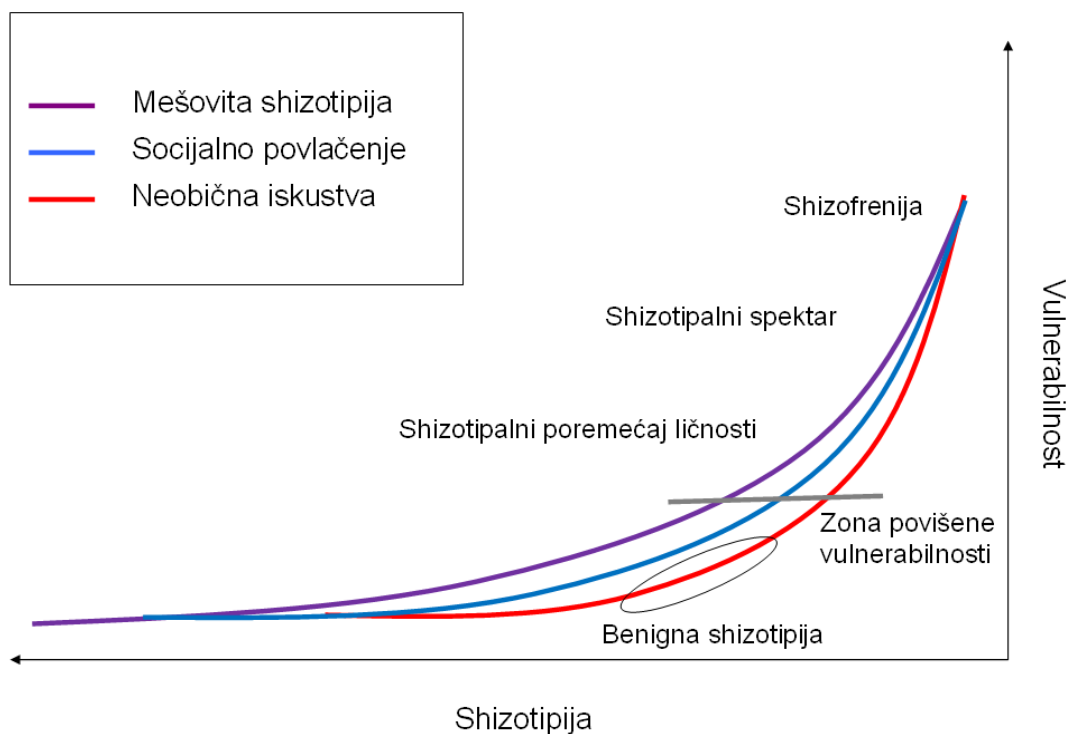
informacija. Tako Lenzenweger (2015) navodi da mogu postojati različiti razlozi zbog kojih bi osobe iz opšte populacije izveštavale o neobičnim iskustvima, poput vulnerabilnosti za shizofreniju ili bipolarni poremećaj, anksioznih stanja, granične strukture ličnosti, iskustava povezanih sa upotrebom psihoaktivnih supstanci i alkohola, religioznih iskustava, poremećaja spavanja i slično. Lenzenweger (2015) tvrdi da to što se iskustva slična psihotičnim mogu registrovati u okviru opšte populacije, ne govori nužno o latentnoj strukturi konstrukta shizotipije. Slažemo se sa Lenzenweger-ovim stavom da iako se psihopatološke odlike mogu na kvantitativnom nivou meriti u opštoj populaciji, to samo po sebi ne znači da je mereni konstrukt na latentnom nivou dimenzionalan. Stoga ćemo naše rezultate uzeti samo kao indirektno dokaze u prilog potpuno-dimenzionalnom modelu shizotipije.

Međutim, implikacije naših rezultata nisu ni slučajno toliko jednostavne i jednodimenzionalne. O tome govori činjenica da se ipak izdvojila jedna grupa, odnosno klaster generalno visoke shizotipije, za koji se ispostavilo da je od svih ostalih klastera u najvećoj meri sklon maladaptivnim odlikama i čini se da je povezan sa najvećom vulnerabilnošću za razvoj teže psihopatologije. Klaster generalno visoke shizotipije, ne samo da ima najviše psihopatoloških simptoma, nizak nivo blagostanja, nepovoljan sklop nekliničkih osobina ličnosti, deficit na planu pažnje, nepovoljne meta-kognitivne obrasce i nepovoljne biografske faktore poput nesigurnih stilova afektivne vezanosti i neadekvatne prihvaćenosti među vršnjacima, već takođe i najveću hereditarnu dispoziciju. Čini se da ovaj klaster pokazuje najveći potencijal za vulnerabilnost u smislu kasnijeg eventualnog razvoja težih poremećaja, čemu posebnu težinu na neki način dodaje podatak o tome da je u okviru ovog klastera registrovano najviše osoba koje navode da su u porodici imale srodnike koji su manifestovali simptome različitih psihičkih tegoba. Svi ovi podaci više idu u prilog kvazi-dimenzionalnom modelu. Podsetimo se, kvazi-dimenzionalni model (Meehl, 1962) govori o tome da postoji diskretna klasa osoba sa genetskom predispozicijom za razvoj psihotičnih poremećaja. Ove osobe ostvaruju visoke skorove na merama shizotipije i nalaze se pod povećanim rizikom za razvoj psihoze ili shizofrenije.

Čini se da naši rezultati pružaju indirektnu podršku za oba modela. Dok sa jedne strane zaista postoje varijacije u kvantitetu i kvalitetu shizotipalnih karakteristika, što ide

u prilog potpunoj dimenzionalnosti, dotle se čini da ipak postoji jedna klasa ispitanika koja je posebno vulnerabilna u smislu povećanog rizika za javljanje težih psihičkih poremećaja. Određeni autori, poput Mason-a (2014) mišljenja su da i u nepatološkom domenu shizotipalnih individualnih razlika postoje brojne mogućnosti za istovremenu dimenzionalnu i kategorijalnu ekspresiju kako crta, tako i stanja. Možda je u budućnosti potrebno formulisati integrativni model shizotipije, koji bi u sebi istovremeno obuhvatio postavke potpuno dimenzionalnog modela, hipoteze kvazi-dimenzionalnog modela i tipološku perspektivu. Znamo da potpuno dimenzionalni model shizotipije u sebi već obuhvata većinu pretpostavki kvazi-dimenzionalnog modela. Međutim, naši rezultati su pokazali da je važno uzeti u obzir, ne samo kvantitativne, već i kvalitativne, odnosno tipološke varijacije u izraženosti shizotipije, kada je u pitanju opšta populacija. Hipotetički integrativni model shizotipije trebalo bi da uzme u obzir mogućnost da sve osobe u nekoj meri mogu da variraju na različitim dimenzijama shizotipije, pri čemu njeni određeni aspekti mogu biti povezani i sa adekvanim i adaptibilnim funkcionisanjem, ali da postoji određena „granica“, tj. prelazna tačka u kojoj ekstremno izraženo prisustvo shizotipalnih odlika kvalifikuje osobu za „ulazak“ u grupu povećanog rizika za eventualni kasniji razvoj poremećaja iz psihotičnog spektra. Umesto pretpostavke da samo vulnerabilni pojedinci variraju prema nivou izraženosti shizotipije, kao što to postulira kvazi-dimenzionalni model, trebalo bi poći od pretpostavke da zapravo svi ljudi u nekoj meri variraju prema izraženosti shizotipalnih odlika, kao što nas uči potpuno kontinuirani model. Međutim, onog momenta kada izraženost shizotipalnih crta postane izuzetno jaka, možemo govoriti o ulasku u zonu „povišene vulnerabilnosti“ (Slika 6), koja u sebi obuhvata podložnost za različite forme poremećaja iz psihotičnog spektra, gde se na krajnjoj tački kontinuuma nalazi shizofrenija, kao izraz najekstremnije forme psihotičnog poremećaja. Potpuno kontinuirani model u sebi već zapravo obuhvata najveći broj pretpostavki kvazi-dimenzionalnog modela, uključujući i prelaznu granicu u sferu vulnerabilnosti. Ono što je u našem predlogu pogleda na shizotipiju suštinski novo jeste kombinovanje tipološkog i dimenzionalnog pristupa i eksplicitnije uzimanje u obzir koncepta benigne shizotipije kroz pronalaženje njegovog mesta na kontinuumu multidimenzionalnog konstrukta. Kao što je prikazano na Slici 6, mi pretpostavljamo da se mogu izdvojiti tri tipa shizotipalnih obrazaca, ali da se svaki od njih ustvari može

predstaviti u formi kontinuuma (jer činjenica da su ovi tipovi registrovani na opštoj populaciji predstavlja indikator da se slični sklopovi možda mogu sresti i u kliničkom kontekstu). Na Slici 6 prikazano je da smo pretpostavili nelinearan odnos između shizotipije i vulnerabilnosti, te da su različiti tipovi shizotipije u različitoj meri podložni vulnerabilnosti. Najizraženiju vulnerabilnost ima tip „mešovite shizotipije“, koji krećući se kontinuumom najpre ulazi u „zonu povišene vulnerabilnosti“. Tip socijalnog povlačenja, ima nešto nižu startnu poziciju vulnerabilnosti i nešto kasnije od prethodnog tipa ulazi u zonu kliničkih stanja. Tip neobičnih iskustava, koji (kao što je na Slici 6 naznačeno) obuhvata i benignu shizotipiju, ima najniži potencijal za vulnerabilnost i najkasnije ulazi u „zonu povišene vulnerabilnosti“. Međutim, kada svi tipovi duž kontinuuma pređu „kritičnu granicu“, pretpostavljamo da svaki od njih počinje da vodi ka sličnoj težini kliničke slike poremećaja. Jasno je da je ovom hipotetičkom integrativnom predlogu pogleda na shizotipiju neophodna snažna sistematska empirijska validacija (npr. longitudinalno praćenje), te on za sada predstavlja samo pokušaj objedinjavanja kako nalaza drugih studija, tako i rezultata koji su dobijeni u našem istraživanju.



Slika 6. Prikaz predloga Integrativnog modela shizotipije koji u sebi sadrži elemente tipološkog, potpuno dimenzionalnog i kvazi-dimenzionalnog modela shizotipije

3.14. Dodatna teorijska razmatranja i dileme u vezi sa konstruktom benigne shizotipije

Pojam benigne shizotipije i njegoa budućnost. Na kraju, postavimo pitanje ima li, naime, uopšte potrebe za nastavkom upotrebe termina „benigna shizotipija“ ili „zdrava shizotipija“? Postoji li zaista neophodnost da se sklop ličnosti, koji je bio predmet ovog istraživačkog poduhvata, naziva shizotipijom ili bi možda bilo prikladnije imenovati ovaj personološki sklop nekim potpuno drugim, potencijalno adekvatnijim nazivom? Jer, ipak se čini da shizotipija podrazumeva neki oblik odstupanja od uobičajenog mentalnog funkcionisanja, po različitim osnovima, a naši ispitanici ipak u mnogome imaju više toga zajedničkog sa ispitanicima koji nisu shizotipalni. Sličnu dilemu u svom članku postavlja i Lezenwegwr (2015). On se pita do koje mere je opravdano govoriti o „psihotičnim crtama kao esencijalno zdravoj dimenziji ličnosti“, kao što to smatraju Claridge i saradnici (Rawlings et al., 2008). Možemo li stoga zaista

realistično govoriti o „zdravoj“ shizotipiji? Setimo se da pozitivna dimenzija shizotipije, koja je najdominantnije obeležje benigne shizotipije, podrazumeva i hipersenzitivnost i interperetativnu spremnost, koje se u izraženijoj formi ne mogu povezati sa mentalnim zdravljem. Možda je termin shizotipija ipak isuviše „jak“, sa dugom psihopatološkom tradicijom i konotacijom, da bi se opisao personološki sklop osoba koje su dobro prilagođene, imaju adekvatan nivo mentalnog zdravlja i poželjnu kombinaciju nekliničkih osobina ličnosti, ali su sklone ka magijskom mišljenju, apsorpciji i slično? Na trenutak se može učiniti da je *ličnost podložna fantaziji* ustvari možda adekvatniji termin za naš klaster neobičnih iskustava, nego što je to termin benigna shizotipija. Međutim, čini se da se u literaturi podložnost fantaziji ipak češće povezuje sa različitim disfunkcionalnim stanjima (maladaptivno sanjarenje, samo-sugerisani psihosomatski simptomi, disocijativna stanja itd.). Zbog toga je važno da naš klaster neobičnih iskustava razdvojimo od patološke konotacije. Možda je zapravo u pitanju samo jedan specifičan kognitivno-personološki sklop i specifično fenomenološko iskustvo, možda se, na kraju, zapravo samo radi o osobama povišene kompleksnosti i senzibiliteta, sklonim imaginaciji i transliminalnosti, koje veoma dobro funkcionišu. Jednostavnije, možda se radi o adaptiranim osobama sklonim fokusu ka unutrašnjim mentalnim konceptima, koje imaju tendenciju ka manipulaciji mentalnim slikama i unutrašnjim sadržajima, tačnije o adaptiranim (funkcionalnim) „sanjarima“. Smatramo da su registrovane karakteristike klastera neobičnih kognitivno-perceptivnih iskustava, zapravo determinante ličnosti usmerene na mentalnu imaginaciju, te predložimo alternativni naziv koji bi se mogao koristiti umesto termina benigna shizotipija. Taj alternativni naziv mogao bi glastiti *adaptirani transimaginativni tip*. Adaptiranost se odnosi na adaptivne kvalitete koji su registrovani kod pomenutog klastera i njegovu sličnost sa klasterom niske shizotipije, dok transimaginativnost označava ne samo fokusiranost na unutrašnje mentalne predstave, već i sklonost ka povremenom „prelasku“ u doživljaje bliske anomalnim kognitivno-perceptivnim iskustvima i izmenjenim/proširenim stanjima svesti. Mišljenja smo da bi u savremene koncepte modela ličnosti koji se odnose na zdrave, nekliničke crte, trebalo uključiti i dimenziju ličnosti koja će obuhvatati ovaj aspekt ljudskih iskustava, koji je samo delimično pokriven otvorenosću ka iskustvu i apsorpcijom. Radi sveobuhvatnije reprezentacije dijapazona ljudskih doživljaja, bilo bi dobro da se neklinički modeli

ličnosti prošire tako da uključuju i ovaj spektar iskustava koji je do sada možda najbolje bio obuhvaćen konceptom apsorpcije i sklonosti ka fantaziji (fantasy proness), ali koje, kako se čini, nisu imale u dovoljnoj meri jasno akcentovanu distinkciju od patoloških stanja.

3.15. Praktičan doprinos istraživanja

Praktičan cilj ovog rada najpre leži u pružanju doprinosa prilikom razumevanja i prepoznavanja korelata adaptivnih i maladaptivnih psihičkih odlika kod osoba koje imaju neobična unutrašnja iskustva i doživljaje ili su pod rizikom za razvoj težih mentalnih poremećaja. Ostvarivanjem uvida u date korelate, kao i boljim razumevanjem mehanizama koji igraju važnu ulogu u ishodima mentalnog zdravlja, dobija se veća mogućnost za planiranje kako preventivnih, tako i psihoterapijskih intervencija u cilju što kvalitetnijeg zbrinjavanja osoba pod rizikom ili onih osoba koje već imaju određene tegobe iz psihotičnog spektra. Naše istraživanje pruža „skicu psihološkog profila“ osoba koje su najverovatnije pod povećanim rizikom za kasniji razvoj mentalnih poremećaja (pripadnici klastera visoke shizotipije), odnosno ispitanika sa problemima na planu interpersonalnog funkcionisanja (ispitanici iz klastera socijalnog povlačenja). Rezultati koje smo dobili mogu doprineti formulisanju efikasnih skrining programa mladih odraslih, u cilju identifikacije vulnerabilnih individua (npr. na osnovu obrasca skorova na merama shizotipalnih dimenzija, prisustva različitih demografskih i biografskih faktora, postignuća na merama psihopatoloških simptoma, mentalnog zdravlja, osobina ličnosti, kognitivnih i meta-kognitivnih varijabli i td.). Međutim, skrining programi nemaju dovoljnu snagu ukoliko ne idu „ruku pod ruku“ sa aktivnostima fokusiranim na očuvanje mentalnog zdravlja rizičnih grupa mladih, te naši nalazi mogu doprineti i kreiranju ciljanih preventivnih aktivnosti u vidu tribina, edukacija i psiholoških radionica, gde bi mladi odrasli, a pogotovo oni pod povećanim rizikom, imali priliku da nauče kada je pravo vreme da potraže stručnu pomoć, kako da izgrade konstruktivne strategije za nošenje sa svojim neobičnim unutrašnjim doživljajima i interpersonalnim poteškoćama, te da ojačaju sopstveni doživljaj samopoštovanja i lične vrednosti. Dalje, rezultati našeg istraživanja povećavaju mogućnost brižljivog planiranja efektivnih psihoterapijskih

intervencija za pojedince koji imaju određena atipična iskustva, tako da se sa disfunkcionalnosti fokus rada pojačano usmeri na adaptivne potencijale ličnosti (poput sklonosti ka maštovitosti, duhovnosti, kreativnim interesovanjima i sl.), što može osnažiti kapacitet osobe da vodi autentičan, smislen i kvalitetan život. Takođe, rezultati ovog rada mogu doprineti efikasnijem prepoznavanju osoba kojima nije neophodan psihoterapijski tretman, i pored toga što imaju određene neobične kognitivno-perceptivne doživljaje (pripadnici klastera neobičnih iskustava). Rezultati ovog istraživanja doprinose jačanju svesti da nije opravdano svaku devijaciju u psihološkim doživljajima nužno prepoznavati kao manifestaciju psihopatološkog procesa i podsećaju nas da kroz diverzitet psiholoških iskustava imamo još puno toga da naučimo o dijapazonu i šarolikosti normalnih ljudskih doživljaja, kao i o pozitivnim potencijalima i snagama ličnosti.

3.16. Nedostaci istraživanja i smernice za buduće studije

Naše istraživanje pruža empirijsku podršku modelu benigne shizotipije jer su dobijeni rezultati pokazali da neke osobe uprkos tome što doživljavaju neobična kognitivno-perceptivna iskustva i imaju sklonost ka magijskoj ideaciji, te nekonvencionalnim uverenjima, u suštini mogu imati dobar, pa čak i vrlo visok nivo emocionalnog, socijalnog i psihološkog blagostanja, koji se smatraju sržnim konceptima mentalnog zdravlja. Pokazali smo da određene „ekscentričnosti“ u mišljenju i doživljavanju ne moraju nužno biti povezane sa determinantama lošeg statusa mentalnog zdravlja i problema na planu kognitivnog i emocionalnog funkcionisanja. Čak naprotiv, osobe sa određenom dozom sklonosti ka pozitivnim shizotipalnim odlikama mogu imati zapravo nadprosečno postignuće na merama mentalnog zdravlja i adaptivnim personološkim odlikama.

Iako je naša studija rezultirala intrigantnim nalazima, ona takođe ima i svoja ograničenja, koja ćemo na ovom mestu detaljnije prodiskutovati u cilju pružanja smernica za buduća istraživanja. Pre svega, naša studija je kros-sekcionog tipa (uprkos tome što se istraživanje odvijalo u dve faze), što nas onemogućava da zaključujemo o kauzalnim relacijama između varijabli, te o protektivnim faktorima, odnosno faktorima vulnerabilnosti. Na osnovu našeg metodološkog pristupa, mi zapravo možemo samo

govoriti o korelatima različitih shizotipalnih manifestacija koje smo registrovali. Usled toga što naša studija nije longitudinalne prirode, ostaje nepoznato do koje mere su klasteri koje smo registrovali stabilni, te da li postoji mogućnost promene pripadnosti klasteru, u zavisnosti od izloženosti različitim faktorima koji povećavaju rizik za psihotičnu dekompenzaciju, poput ekscesivne zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i stresnih i/ili traumatskih životnih iskustava. Postavlja se ključno pitanje; šta se dešava sa osobama iz klastera neobičnih iskustava (i ostalih klastera) sa protokom vremena i kumulacijom različitih okidača stanja distresa. Odgovor na ovo pitanje je suštinske prirode kako bi se sa adekvatnim nivoom pouzdanosti moglo zaključivati o tome koje varijable su realni protektivnim faktori, a koje su indikatori vulnerabilnosti. Nedostatak longitudinalnog praćenja naših ispitanika smatramo ujedno i najvećim nedostatkom ove studije.

Takođe, statistički postupci koji su primenjeni u našem istraživanju nisu u mogućnosti da daju odgovor na pitanje o latentnoj strukturi konstrukta shizotipije. Da li je u pitanju konstrukt koji se zaista odlikuje kontinuiranom latentnom strukturom, ili je on taksonske prirode? Odgovor na ovo pitanje najpre može ponuditi taksometrijski pristup ili analiza latentnih klasa.

U budućnosti, bilo bi preporučljivo primeniti sofisticiranije statističke tehnike, poput analize latentnih profila. Za nas u ovoj studiji to nije bilo preporučljivo, jer je postojao rizik od formiranja profila sa veoma malim brojem ispitanika, što bi rezultiralo u grupama sa drastično nejednakim brojem subjekata, te kompromitovalo inferencijalne parametrijske statističke analize koje su sprovedene na osnovu pripadnosti klasteru, a koje između ostalog, kao važan preduslov postavljaju (relativnu) ujednačenost broja ispitanika po grupama. Dodatno, imajući u vidu znatno redukovani uzorak u drugom delu našeg istraživanja, ukoliko bi startni broj ispitanika u određenim profilima već bio nizak, postojao je velik rizik od mogućnosti da za pojedine profile ne uspemo da sakupimo ni minimalan broj ispitanika u drugoj fazi (oko 30). Da bi se sofisticiranije statističke metode, poput analize latentnih profila mogle sprovesti, neophodno je sakupiti zaista velik uzorak iz kog bi se mogle dalje formirati grupe relativno zadovoljavajuće veličine, sa relativno ujednačenim brojem ispitanika.

Ono što takođe predstavlja važan nedostatak našeg istraživanja jeste priroda uzorka. Naime, učesnici našeg istraživanja bili su pretežno mladi odrasli ispitanici

ženskog pola. Radi tačnijeg uvida u razumevanje konstrukta shizotipije, bilo bi preporučljivo da u uzorku polna raspodela bude relativno ujednačena, kako bi se mogle analizirati i eventualne međupolne razlike u shizotipalnim manifestacijama. Ovo je posebno važno iz razloga što određene studije pokazuju da osobe ženskog pola ostvaruju više rezultate na pozitivnim aspektima shizotipije, kao što su ideje odnosa, neobična uverenja i magijsko mišljenje, dok osobe muškog pola manifestuju povišenje na negativnim indikatorima poput odsustva bliskih prijatelja i suženog afekta (Raine, 1992). Dalje, bilo bi preporučljivo uzeti u obzir i uzrasnu heterogenost, kako bi se dobijeni nalazi mogli generalizovati na nivo opšte, a ne samo studentske populacije. Odsustvo varijabiliteta po pitanju obrazovnog nivoa u uzorku takođe predstavlja jedan od nedostataka našeg istrživanja. Ovaj faktor je verovatno doprineo restrikciji opsega merenih varijabli, te je moguće da naši rezultati ne reflektuju stvarno stanje prisutno u opštoj populaciji. Na primer, moguće je pretpostaviti da su studenti, generalno gledano, nadprosečno divergentno produktivni, pa razlike među klasterima nisu mogle da „dogđu do izražaja“. Takođe, razumno je postaviti pitanje u kojoj meri je grupa niske shizotipije zbilja bliska „kontroli“? Da li su ispitanici iz ovog klastera zaista dobri predstavnici onoga što možemo smatrati uobičajenim ili su pak možda u pitanju preterano konvencionalni ispitanici sa hiper-racionalnim stavovima i rigidnim odlikama?

Još jedan važan nedostatak odnosi se na primenu samo-opisnih mera. S obzirom na to da je shizotipija bila merena upitnički, postavlja se pitanje do koje mere subjektivne procene ispitanika odgovaraju realnom prisustvu shizotipalnih odlika. Na osnovu samoopisnih mera ne možemo sa sigurnošću znati da li su neobična iskustva o kojima ispitanici izveštavaju zaista rezultat prisustva shizotipalnih karakteristika, ili su ona pre rezultat nekih drugih faktora, kao što su potreba ispitanika da daju neobične odgovore na ajteme upitnika, rezultat izveštavanja o iskustvima koja su nastala kao posledica konzumiranja psihoaktivnih supstancija (premda je u uputstvu za popunjavanje upitnika bilo izričito naglašeno da se takva iskustva ne uzimaju u obzir tokom odgovaranja na pitanja), izveštavanje o doživljajima koje su ispitanici iskusili između stanja budnosti i spavanja ili u stanjima izloženosti visoko stresnim i/ili traumatskim situacijama i tome slično. Smatramo da bi primena objektivnih metoda, koje bi u obzir uzele i neuroanatomske i fiziološke korelate shizotipije, bila od velike koristi u cilju

prevazilaženja opisanih nedostataka. Od koristi bi bila i primena nekih spoljašnjih kriterijuma procene shizotipije, kao što su intersubjektivna saglasnost više procenjivača i primena intervjua.

Bilo bi poželjno da naredna istraživanja koja bi se bavila konceptom benigne shizotipije budu longitudinalne prirode, da u analizi podataka budu primenjene sofisticiranije statističke metode poput analize latentnih profila, da uzorak bude polno ujednačen, da uključuje heterogene starosne grupe kako bi se nalazi mogli generalizovati i na opštu, a ne samo na studentsku populaciju (i eventualno pratiti razvojne specifičnosti shizotipalnih iskustava), te da reprezentativni uzorak bude dovoljno velik. Takođe, bilo bi poželjno uključiti i neke spoljašnje, objektivnije kriterijume procene shizotipalnih karakteristika. Na kraju, bilo bi poželjno kada bi se za ispitivanje meta-kognitivnih uverenja primenio neki računarski podržan zadatak sa boljom eksternom validnošću, odnosno koji je u dovoljnoj meri „ubedljiv“ kako bi na trenutak provocirao „autentičnija“ uverenja povezana sa doživljenim neobičnim iskustvima. Smatramo da bi takva procedura mogla biti slična auditivnom zadatku koji su Ward i saradnici upotreбили u svom istraživanju. Dodatno, intrigantno bi bilo umesto objektivnih neuropsiholoških testova uvesti upitnike samoprocene za merenje deficita na planu egzekutivnih funkcija.

3.17. Na kraju, šta smo o benignoј shizotipiji potvrdili, šta smo novo saznali, a šta doveli u pitanje?

Kao što je ranije već rečeno, cilj ovog istraživanja bio je da se ispituju tipovi različitih shizotipalnih obrazaca u opštoј populaciji, kako bi se odredila grupa ispitanika koja u najvećoj meri odgovara sklopu benigne shizotipije. Dalji ciljevi ovog rada odnosili su se na eksploraciju sredinskih, personoloških, kognitivnih i meta-kognitivnih činilaca kao faktora koji imaju potencijalno važnu ulogu u adaptivnim karakteristikama koje odlikuju zdravu shizotipiju, kako bi se registrovale važne determinante zdrave shizotipije i time pružio doprinos proširivanju dosadašnjih saznanja u vezi sa ovim konstruktom.

Potvrdili smo:

- da četvoroklastersko rešenje na korektan i adekvatan način opisuje tipološku perspektivu konstrukta shizotipije, što je nalaz koji je u skladu sa mnogim drugim dosadašnjim istraživanjima u ovoj oblasti;
- da klaster neobičnih iskustava prema svojim karakteristikama u najvećoj meri odgovara onome što se u literaturi naziva benignom shizotipijom (skorovi iznad proseka samo na kognitivno-perceptivnoj dimenziji shizotipije, uz nadprosečne skorove na merama mentalnog zdravlja);
- da klaster neobičnih iskustava manifestuje najbolje emocionalno blagostanje u poređenju sa preostala dva shizotipalna klastera i psihološko blagostanje u odnosu na klaster socijalnog povlačenja, a da se prema nivou blagostanja ne razlikuje značajno u odnosu na klaster niske shizotipije;
- da klaster generalno visoke shizotipije ima najnepovoljnije rezultate na većini praćenih varijabli, te samim tim deluje kao najvulnerabilniji klaster za razvoj poremećaja iz psihotičnog spektra;
- da klaster generalno visoke shizotipije manifestuje i deficite na planu pažnje.

Saznali smo:

- da klaster neobičnih iskustava odlikuju neki povoljni razvojni faktori kao što su izveštavanje o pretežno sigurnom obrascu afektivne vezanosti i sklonost ka konvencionalnoj religioznosti (koju neki autori povezuju sa mentalnim zdravljem i većim zadovoljstvom životom)
- da klaster neobičnih iskustava ima iznadprosečno izraženu Ekstraverziju, Prijatnost i Savesnost, ispodprosečno izražen Neuroticizam i prosečnu Otvorenost ka iskustvu. To znači da klaster neobičnih iskustava pokazuje najadaptivniji sklop „normalnih“ osobina ličnosti od svih ostalih shizotipalnih klastera i da je najpribližniji grupi niske shizotipije

- da ispitanici iz klastera neobičnih iskustava imaju značajno veću tendenciju ka apsorpciji nego ispitanici iz klastera niske shizotipije, ali istovremeno i značajno manju tendenciju ka ovakvom tipu doživljavanja, nego ispitanici iz klastera generalno visoke shizotipije
- da iako klaster neobičnih iskustava ima statistički značajno manje psihopatoloških iskustava u odnosu na klaster generalno visoke shizotipije, on ipak manifestuje statistički značajno veću tendenciju ka psihopatologiji u poređenju klasterom niske shizotipije
- da se kod klastera neobičnih iskustava ne registruju signifikantni deficiti na planu kognitivnog funkcionisanja.

Dovodi se u pitanje:

- relacija između kreativnosti i shizotipije. Nismo demonstrirali da je klaster neobičnih iskustava nadmoćniji u odnosu na klaster niske shizotipije prema različitim aspektima divergentnog mišljenja, niti prema tendenciji ka kreativnom ponašanju. Isto važi i za klaster generalno visoke shizotipije. Saznali smo međutim, da su osobine ličnosti kao što su Otvorenost ka iskustvu i apsorpcija izgleda važnije za kreativnu orijentaciju, nego što je to shizotipija per se. Rezultati koje smo dobili nisu u skladu sa evolucionističkim hipotezama kojima se nudi eksplanatorni okvir za perzistentnost shizofrenog poremećaja u populaciji.
- da se kod osoba iz opšte populacije sa shizotipalnim karakteristikama, objektivnim kognitivnim i neuropsihološkim testovima koje smo primenili, mogu registrovati signifikantni kognitivni deficiti ili pak, abnormalnosti, na planu verbalne inteligentnosti, egzekutivnih funkcija i radne memorije
- značaj meta-kognitivnih uverenja u formiranju psihopatoloških manifestacija povezanih sa neobičnim kognitivno-perceptivnim iskustvima, na način na koji to postuliraju kognitivne teorije psihoze. Čini se da nisu meta-kognitivna uverenja ta koja u značajnoj meri doprinose

činjenici da se kod ispitanika iz klastera neobičnih iskustava registruje nadprosečan nivo blagostanja, već da bi to pre mogli biti neki dispozicioni faktori, poput osobina ličnosti. Sa druge strane, deluje da bi meta-kognicije mogle biti faktor koji doprinosi lošijem nivou funkcionisanja i većem distresu kod ispitanika iz klastera generalno visoke shizotipije (ali na osnovu naših rezultata, teško da možemo pretpostaviti da su maladaptivne meta-kognicije, pre nego sama anomalna iskustva, ono što leži u osnovi registrovanih poteškoća kod ovog klastera; moguće je pak da oba proizilaze iz trećeg faktora, u vidu predispozicije).

3.18. Zaključak

Naše istraživanje pokazalo je obećavajuće rezultate koji idu u prilog konceptu benigne shizotipije. Ispostavilo se da neobična kognitivno-perceptivna iskustva i sklonost ka magijskom mišljenju mogu da se jave i izvan psihopatološkog konteksta. Pokazali smo da nisu sva neobična, nesvakidašnja psihička iskustva ili „ekscentričnije“ tendencije u doživljavanju i mišljenju nužno udružene sa lošijim rezultatima na merama mentalnog zdravlja, naprotiv. Čini se da ljudski kapacitet za sklonost ka proširenim/izmenjenim stanjima svesti, mističnim doživljajima, usmerenosti ka mašti i imaginaciji predstavlja sastavni deo normalnih varijacija u ljudskom kapacitetu za doživljavanje i mišljenje. Stoga bi bilo dobro u savremene modele ličnosti uključiti i ovaj aspekt realnosti ljudskih doživljaja, ali možda ne pod okriljem tradicionalno psihopatološki obremenjenog termina, već pod nekim novim imenom (npr. *transimaginativnost*), koji nema iza sebe „kliničku prošlost“ i koji na adekvatan način opisuje prirodne varijacije u svim formama bogatstva i šarolikosti ljudskih iskustava.

4. LITERATURA

1. Abbott, G. R., & Byrne, L. K. (2012). Schizotypy and subjective well-being in university students. *Psychiatry Research*, 196 (1), 154-156. DOI:10.1016/j.psychres.2011.08.013
2. Abbott, G. R., Do, M., & Byrne, L. K. (2012). Diminished subjective wellbeing in schizotypy is more than just negative affect. *Personality and Individual Differences* 52, 914-918.
3. Adler, L. E., Hoffer, L., Wiser, A., & Freedman, R. (1993). Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1856-1861.
4. Adler, L. E., Olincy, A., Waldo, M., Harris, J. G., Griffith, J., Stevens, K., Flach, K., . . . & Freedman, R. (1998). Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 189–202.
5. Aguilar-Alonso, A. (1996). Personality and creativity. *Personality and Individual Differences*, 21, 959-969.
6. Albus, M., Hubmann, W., Mohr, F., Scherer, J., Sobizack, N., Franz, U., . . . & Wahlheim, C. (1997). Are there gender differences in neuropsychological performance in patients with first-episode schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 28, 39-50.
7. Aldenderfer, M. S., & Blashfield, R. K. (1984). *Cluster analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

8. Aleman, A., Hijman, R., de Hann, E. H., & Kahn, R. S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1358-1366.
9. Allardyce, J., Gaebel, W., Zielasek, J., & van Os, J. (2007). Deconstructing Psychosis Conference February 2006: The validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(4), 863–867. doi:10.1093/schbul/sbm051
10. Allen, H. A., Liddle, P. F., & Frith, C. D. (1993). Negative features, retrieval process and verbal fluency in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 769-775.
11. Alvarez, J. A., & Emory, E. (2006). Executive function and the frontal lobes: A meta-analytic review. *Neuropsychology Review*, *16*(1), 17-42. DOI:10.1007/s11065-006-9002-x
12. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
13. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
14. Andreasen, N. C., & Canter, A. (1974). The creative writer: Psychiatric symptoms and family history. *Comprehensive Psychiatry*, *15*, 123-131.
15. Andreasen, N. C. (1987). Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their 1st-degree relatives. *The American Journal of Psychiatry*, *144*(10), 1288–1292.

16. Anglin, D. M., Cohen, P. R., & Chen, H. (2008). Duration of early maternal separation and prediction of schizotypy symptoms from early adolescence to midlife. *Schizophrenia Research, 103*(1–3), 145–150.
17. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine, 36*, 725–733.
18. Appels, M. C. M., Sitskoorn, M. M., Westers, P., & Kahn, R. S. (2003). Cognitive dysfunctions in parents of schizophrenic patients parallel the deficits found in patients. *Schizophrenia Research, 63*, 285–293.
19. Arbuthnott, K., & Frank, J. (2000). Trail Making Test, part B as a measure of executive control: Validation using a set-switching paradigm. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 22*, 518–528.
20. Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences, 11*(10), 1011–1017. doi:10.1016/0191-8869(90)90128-E.
21. Asai, T., Sugimori, E., Bando, N., & Tanno, Y. (2011). The hierarchic structure in schizotypy and the five-factor model of personality. *Psychiatry Research 185*(1-2), 78–83. DOI:10.1016/j.psychres.2009.07.018
22. Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F., & van Aken, M. A. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality, 15*, 169–198.
23. Avila, M., Thaker, G., & Adami, H. (2001). Genetic epidemiology and schizophrenia: A study of reproductive fitness. *Schizophrenia Research, 47*, 233–241. doi:10.1016/S0920-9964(00)00062-1

24. Avons, S. E., Nunn, J. A., Chan, L., & Armstrong, H. (2003). Executive functionin,g assessed by memory updating and random generation in schizotypal individuals. *Psychiatry Research, 120*, 145–154.
25. Axelrod, B., Handfield-Jones, H., & Welsh, T. (2001). War for talent, part two. *McKinsey Quarterly 2*, 9–11.
26. Aycicegi, A., Dinn, W. M., & Harris, C. L. (2005). Validation of Turkish and English versions of the Schizotypal Personality Questionnaire-B. *European Journal of Psychological Assessment, 21* (1), 34–43.
27. Baczyńska, A. K., Rowiński, T., & Cybis, N. (2016). Proposed core competencies and empirical validation procedure in competency modeling: Confirmation and classification. *Frontiers in Psychology, 7*, 273. doi:10.3389/fpsyg.2016.00273
28. Baddeley, A. D., & Hitch, G. J. (1974). Working memory. In G. A. Bower (Ed.), *Recent advances in learning and motivation*, (Vol. 8, pp. 47–90). New York: Academic Press.
29. Baddeley, A. D. (1990). *Human memory: Theory and practice*. London: Erlbaum.
30. Baddeley, A. D. (1992). Is working memory working? The fifteenth Bartlett lecture. *Quarterly Journal of Experimental Psychology, 44A*, 1-31.
31. Bak, M., Myin-Germeys, I., Hanssen, M., Bijl, R., Vollebergh, W., Delespaul, P., & van Os, J. (2003). When does experience of psychosis result in a need for care? A prospective general population study. *Schizophrenia Bulletin, 29*(2), 349-358.

32. Baker, R. A. (1996). *Hidden memories: Voices and visions from within*. Amherst, New York: Prometheus Books.
33. Baker, C., & Morrison, A. P. (1998). Metacognition, intrusive thoughts and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
34. Barbaranelli, C. (2002). Evaluating cluster analysis solutions: An application of the Italian NEO Personality Inventory. *European Journal of Personality*, 16, 43–56.
35. Barbato, M., Collinson, S. L., & Casagrande, M. (2012). Altered depth perception is associated with presence of schizotypal personality traits. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(2), 115–132. DOI 10.1080/13546805.2011.576864
36. Barkus, E., & Lewis, S. (2008). Schizotypy and psychosis-like experiences from recreational cannabis in a non-clinical sample. *Psychological Medicine*, 38(9), 1267-1279.
37. Baron, J. M., Gruen, R., Asnis, L., & Kane, J., (1983). Familial relatedness of schizophrenia and schizotypal states. *The American Journal of Psychiatry*, 140(111), 1437–1442.
38. Barrantes-Vidal, N., Fañanás, L., Rosa, A., Caparrós, B., Riba, M. D., & Obiols, J. E. (2003). Neurocognitive, behavioral, and neurodevelopmental correlates of schizotypy clusters in adolescents from the general population. *Schizophrenia Research*, 61, 293–302.
39. Barrantes-Vidal, N. (2004). Creativity & madness revisited from current psychological perspectives. *Journal of Consciousness Studies*, 11, 58–78.

40. Barrantes-Vidal, N., Ros-Morente, A., & Kwapil, T. R. (2009). An examination of neuroticism as a moderating factor in the association of positive and negative schizotypy with psychopathology in a nonclinical sample. *Schizophrenia Research, 115*, 303-309.
41. Barrantes-Vidal, N., Lewandowski, K. E., & Kwapil, T. R. (2010). Psychopathology, social adjustment and personality correlates of schizotypy clusters in a large non-clinical sample. *Schizophrenia Research, 122*, 219-225.
42. Barrett, T. R., & Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normals, I: People who hear “voices”. *Applied Cognitive Psychology, 6*, 379-387.
43. Barron, F. (1993). Controllable oddness as a resource in creativity. *Psychological Inquiry, 4*, 182-184.
44. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147-178.
45. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226–244.
46. Basso, M. R., Nasrallah, H. A., Olson, S. C., & Bornstein, R. A. (1998). Neuropsychological correlates of negative, disorganized and psychotic symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 31*(2–3), 99–111.
47. Batey, M. (2007). *A psychometric investigation of everyday creativity* (Unpublished doctoral thesis). University College London, London.

48. Batey, M., & Furnham, A. (2008). The relationship between measures of creativity and schizotypy. *Personality and Individual Differences, 45*, 816-821. doi:10.1016/j.paid.2008.08.014
49. Baving, L., Wagner, M., Cohen, R., & Rockstroh, B. (2001). Increased semantic and repetition priming in schizophrenic patients. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 67-75.
50. Beaman, C. P., & Williams, T. I. (2013). Individual differences in mental control predict involuntary musical imagery. *Musicae Scientiae, 17*, 398-409. Preuzeto sa <http://dx.doi.org/10.1177/1029864913492530>
51. Beauchaine, T. P., Lenzenweger, M. F., & Waller, N. G. (2008). Schizotypy, taxometrics, and disconfirming theories in soft science. Comment on Rawlings, Williams, Haslam, and Claridge. *Personality and Individual Differences, 44*, 1652-1662. doi:10.1016/j.paid.2007.11.015
52. Bedwell, J. S., Chan, C. C., Trachik, B. J., & Rassovsky, Y. (2013). Changes in the visual-evoked P1 potential as a function of schizotypy and background color in healthy young adults. *Journal of Psychiatric Research, 47*, 542-547.
53. Beech, A., Powell, T., McWilliam, J., & Claridge, G. S. (1989). Evidence of reduced "cognitive inhibition" in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology, 28*, 109-116. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1989.tb00821.x
54. Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: A cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences, 10*, 219-226.
55. Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to rearing influence: An evolutionary argument. *Psychological Inquiry, 8*, 182-186.

56. Belsky, J. (2005). Differential susceptibility to rearing influence: An evolutionary hypothesis and some evidence. In B. Ellis & D. Bjorklund (Eds.), *Origins of the social mind: Evolutionary psychology and child development* (pp. 139–163). New York: Guilford.
57. Belsky, J., Jonassaint, C., Pluess, M., Stanton, M., Brummett, B., & Williams, R. (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, *14*, 746–754.
58. Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, *135*(6), 885-908.
59. Bentall, R. P., & Slade, P. D. (1985). Reliability of a measure of disposition towards hallucinations. *Personality & Individual Differences*, *6*, 527-529.
60. Bentall, R. P., Claridge, G. S., & Slade, P. D. (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, *28*(4), 363–375. DOI:10.1111/j.2044-8260.1989.tb00840.x
61. Bentall, R. P. (1990). The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, *107*, 82–95.
62. Bentall, R. P. (2000a). Research into psychotic symptoms: Are there implications for parapsychologists? *European Journal of Parapsychology*, *15*, 79-88.
63. Bentall, R. P. (2000b). Hallucinatory experiences. In E. Cardena, S. J. Lynn & S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the*

scientific evidence (pp. 85–120). Washington, DC: American Psychological Association.

64. Benton, A. L., Hamsher, K., Rey, G. J., & Sivan, A. B. (1994). *Multilingual Aphasia Examination* (3rd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
65. Berger, J., Marković, M. i Mitić, M. (1994). *Priručnik za Vekslerov Individualni Test Inteligencije*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije.
66. Bergunder, M. (2010). What is esotericism? Cultural studies approaches and the problems of definition in religious studies. *Method & Theory in the Study of Religion*, 22(1), 9–36. DOI: 10.1163/094330510X12604383550882
67. Berry, K., Wearden, A.J., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences*, 41, 707-718.
68. Berry, K., Band, R., Corcoran, R., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 80(4), 563-576.
69. Bierman, K. L. (2003). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. New York: The Guilford Press.
70. Bilder, R. M. (1996). Neuropsychology and neurophysiology in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 57-62.
71. Binet, A., & Simon, T. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année psychologique*, 11, 191–336.

72. Blais, M. A. (1997). Clinician ratings of the five-factor model of personality and the DSM-IV personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185(6), 388-393.
73. Blanke, O., Landis, T., Spinelli, L., & Seeck, M. (2004). Out-of-body experience and autoscapy of neurological origin. *Brain*, 127 (2), 243-258. doi:10.1093/brain/awh040
74. Bleuler, E. (1924). *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan.
75. Blom, G. (1958). *Statistical estimates and transformed beta-variables*. NY: John Wiley & Sons.
76. Boden, M. T., & Berenbaum, H. (2004). The potentially adaptive features of peculiar beliefs. *Personality & Individual Differences*, 37, 707–719.
77. Boehm, B., Asendorpf, J. B., & Avia, M. D. (2002). Replicable types and subtypes of personality: Spanish NEO-PI samples. *European Journal of Personality*, 16, 25–41.
78. Bollini, A. M., Compton, M. T., Esterberg, M. L., Rutland, J., Chien, V. H., & Walker, E. F. (2007). Associations between schizotypal features and indicators of neurological and morphological abnormalities. *Schizophrenia Research*, 92(1), 32–40.
79. Bonate, P. L. (2000). *Analysis of pretest-posttest designs*. Boca Raton, FL: CRC Press.

80. Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2010). Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: Implications for DSM-V criteria and beyond. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(1), 36–42.
81. Bottlender, R., Sato, T., Jäger, M., Wegener, U., Wittmann, J., Strauss, A., & Möller, H. J. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *62*(1-2), 37-44.
82. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
83. Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary–developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, *17*, 271–301.
84. Breitmeyer, B. G., & Ögmen, H. (2006). *Visual masking: Time slices through conscious and unconscious vision*. Oxford: Oxford University Press.
85. Brett, C. M. C., Johns, L. C., Peters, E. P., & McGuire, P. K. (2009). The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: A comparison of help seeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological Medicine*, *39*, 939–950.
86. Brod, J. H. (1997). Creativity and schizotypy. In G. S. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 276–298). Oxford, UK: Oxford University Press.
87. Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 212–217.

88. Brown, K. W. (2006). *Mindfulness and attentional control*. Unpublished data, University of Rochester.
89. Burch, G. S. J., Hemsley, D. R., & Joseph, M. H. (2004). Trials-to-criterion latent inhibition in humans as a function of stimulus pre-exposure and positive schizotypy. *British Journal of Psychology*, *95*, 179-196.
90. Burch, G. S. J., Hemsley, D. R., Corr, P. J., & Gwyer, P. (2006). The relationship between incidental learning and multi-dimensional schizotypy as measured by the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences. *Personality and Individual Differences*, *40*, 385-394.
91. Burch, G. S. J., Pavelis, C., Hemsley, D. R., & Corr, P. J. (2006). Schizotypy and creativity in visual artists. *British Journal of Psychology*, *97*, 177-190.
92. Burušić, J., Milas, G. i Rimac I. (2003). Utvrđivanje povezanosti i temeljne strukture nekoliko aspekata socijalne evaluacije. *Psihologijske teme*, *12(1)*, 33-42.
93. Cannon, T. D., Kaprio, J., Lonnqvist, J., Huttunen, M., & Koskenvuo, M. (1998). The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort: A population-based modeling study. *Archives of General Psychiatry*, *55(1)*, 67-74.
94. Cannon, T. D., Rosso, I. M., Hollister, J. M., Bearden, C. E., Sanchez, L. E., & Hadley, T. (2000). A prospective cohort study of genetic and perinatal influences in the etiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *26(2)*, 351-366.
95. Cappe, C., Herzog, M. H., Herzog, D. A., Brand, A., & Mohr, C. (2012). Cognitive disorganisation in schizotypy is associated with deterioration in visual

backward masking. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 652–659. Preuzeto sa <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.001>

96. Carlson, R. (1970). On the structure of self-esteem: Comments on Ziller's formulation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(2), 264–268.
97. Carson, S. H., Peterson, J., & Higgins, D. (2003). Decreased latent inhibition is associated with increased creative achievement in high functioning individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 499–506.
98. Carson, S. H., Peterson, J. B., & Higgins, D. M. (2005). Reliability, validity, and factor structure of the creative achievement questionnaire. *Creativity Research Journal*, 17(1), 37–50.
99. Carson, S. H. (2011). Creativity and psychopathology: A shared vulnerability model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 144–153. doi:10.1017/cbo9781139128902.017
100. Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.
101. Censits, D. M., Ragland, J. D., Gur, R. C., & Gur, R. E. (1997). Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 24, 289–298.
102. Chadwick, P. K. (1992). *Borderline: A psychological study of paranoia and delusional thinking*. London: Routledge.

103. Chadwick, P. D. J., & Birchwood, M. J. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 190–201.
104. Chan, R. C. K., Wang, Y., Zhao, Q., Yan, C., Xu, T., Gong, Q.-Y., Manschreck, T. C. (2010). Neurological soft signs in individuals with schizotypal personality features. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(9), 800–804.
105. Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*, 374–382.
106. Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 399- 407.
107. Chapman, L. J., Edell, W. S., & Chapman, J. P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration, and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin*, *6*, 639–653.
108. Chapman, L. J., Chapman, J. P., Numbers, J. S., Edell, W. S., Carpenter, B.N., & Beckfield, D. (1984). Impulsive nonconformity as a trait contributing to the prediction of psychotic-like and schizotypal symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*(11), 681-691.
109. Chapman, L. J., Chapman, J., Kwapil, T., Eckblad, M., & Zinser, M. C. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 171-183. doi:10.1037/0021-843X.103.2.171
110. Chapman, J. P., Chapman, L. J., & Kwapil, T. R. (1994). Does the Eysenck psychoticism scale predict psychosis? A ten year longitudinal study.

Personality and Individual Differences, 17(3), 369-375. DOI: 10.1016/0191-8869(94)90284-4

111. Chen, W. J., Hsiao, C. K., & Lin, C. C. H. (1997). Schizotypy in community samples: The three-factor structure and correlation with sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 649–654.
112. Ciulla, J. (2014). *Exploration of the relationship between schizotypal traits and well-being*. (Unpublished master thesis). Easter Illionis University, USA. Dostupno na The Keep A repository service of Booth library. (Paper 1342) <http://thekeep.eiu.edu/theses/1342>
113. Claridge, G., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 6, 633-648.
114. Claridge, G. S. (1985). *Origins of mental illness*. Oxford, UK: Blackwell.
115. Claridge, G., & Beech, T. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. In A. Raine, T. Lencz & S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal Personality* (pp. 192–216). Cambridge, UK: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511759031.010
116. Claridge, G. (1997). Theoretical background and issues. In G. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 3–18). Oxford, UK: Oxford University Press.
117. Claridge, G., Clark, K., & Davis, C. (1997). Nightmares, dreams, and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 377-386.

118. Claridge, G. (2002). Extending the schizophrenia spectrum even further. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia, Second Edition* (pp. 378-380). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
119. Claridge, G., & Davis, C. (2003). *Personality and psychological disorders*. London: Arnold.
120. Claridge, G., & Blakey, S. (2009). Schizotypy and affective temperament: Relationships with divergent thinking and creativity styles. *Personality and Individual Differences, 46*, 820–826. 10.1016/j.paid.2009.01.015
121. Claridge, G., & McDonald, A. (2009). An investigation into the relationships between convergent and divergent thinking, schizotypy, and autistic traits. *Personality and Individual Differences, 46*, 794–799.
122. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
123. Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (1994). Differentiating normal and abnormal personality by the seven-factor personality model. In S. Strack & M. Lorr (Eds.). *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (pp 40-64). New York: Springer.
124. Coan, R. W. (1974). *Optimal Personality: An empirical and theoretical analysis*. New York: Columbia University Press.
125. Cochrane, M., Petch, I., & Pickering, D. A. (2012). Aspects of cognitive functioning in schizotypy and schizophrenia: Evidence for a continuum model.

Psychiatry Research, 196 (2-3), 230-234.
DOI:10.1016/j.psychres.2012.02.010

126. Cohen A. S., & Davis T. E. (2009). Quality of life across the schizotypy spectrum: Findings from a large nonclinical adult sample. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 408–414. DOI:10.1016/j.comppsy.2008.11.002
127. Cohen, A. S., Matthews, R. A., Najolia, G. M., & Brown, L. A. (2010). Toward a more psychometrically sound brief measure of schizotypal traits: Introducing the SPQ Brief Revised. *Journal of Personality Disorders* 24, 516–537.
128. Cohen, A. S., Buckner, J. D., Najolia, G. M., & Stewart, D. W. (2011). Cannabis and psychometrically-defined schizotypy: Use, problems and treatment considerations. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 548–554.
129. Compton, M. T., Chien, V. H., & Bollini, A. (2007). Psychometric properties of the Brief version of the Schizotypal Personality Questionnaire in relatives with schizophrenia-spectrum disorders and non-psychotic control. *Schizophrenia Research* 91,122–131.
130. Compton, M. T., Chien, V. H., & Bollini, A. M. (2009). Associations between past alcohol, cannabis, and cocaine use and current schizotypy among first-degree relatives of patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Psychiatric Quarterly*, 80(3), 143–154.
131. Condray, R., & Steinhauer, S. R. (1992). Schizotypal personality disorder in individuals with and without schizophrenic relatives: Similarities and contrasts. *Schizophrenia Research*, 7, 33–41.

132. Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65-83. DOI: 10.1037/a0020149
133. Coolidge, F. L., Becker, L. A., DiRito, D. C., Durham, R. L., Kinlaw, M. M., & Philbrick, P. B. (1994). On the relationship of the five-factor personality model to personality disorders: Four reservations. *Psychological Reports*, 75, 11–21. DOI:10.2466/pr0.1994.75.1.11
134. Cornblatt, B. A., Lencz, T., Smith, C. W., Correll, C. U., Auther, A. M., & Nakayama, E. (2003). The Schizophrenia prodrome revisited: A neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 633–651. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007036
135. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A 6-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
136. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the Five Factor Model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
137. Costa, P. T., & Widiger, T. A. (1994). *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
138. Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist*, 46, 404-408.
139. Cox, A. J., & Leon, J. L. (1999). Negative schizotypal traits in the relation of creativity to psychopathology. *Creativity Research Journal*, 12, 25–36.

140. Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 381-387.
141. Crow, T. J. (2000). Schizophrenia as the price that *Homo sapiens* pays for language: A resolution of the central paradox in the origin of the species. *Brain Research Reviews, 31*, 118 - 129.
142. Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4), 349-354. doi: 10.1037/h0047358
143. Csikszentmihályi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: HarperCollins.
144. Cullum, C. M., & Larrabee, G.J. (2010). WAIS-IV Use in Neuropsychological Assessment. In L. G. Weiss, D. H. Saklofske, D. Coalson, & S. E. Raiford (Eds.), *WAIS-IV clinical use and interpretation: Scientist-practitioner perspectives (Practical resources for the mental health professional)* (pp. 167-187). New York: Academic Press.
145. Čolović, P. (2011). Dve kategorije ili jedna dimenzija: taksometrijske analize modaliteta rizičnog ponašanja. *Primenjena Psihologija, 4*, 353-376. Preuzeto sa <http://psihologija.ff.uns.ac.rs/primenjena/clanci/20114353.pdf>
146. Čolović, P. (2012). *Tipološka perspektiva u psihologiji ličnosti: tradicionalni i taksometrijski pristup* (Neobjavljena doktorska disertacija). Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.

147. Čolović, P., Smederevac, S. i Mitrović, D. (2014). Velikih pet plus dva: validacija skraćene verzije. *Primenjena psihologija*, 7(Dodatak), 227-254. Preuzeto sa <http://psihologija.ff.uns.ac.rs/primenjena/clanci/20142a227.pdf>
148. Dalack, G. W., & Meador-Woodruff, J. H. (1996) Smoking, smoking withdrawal, and schizophrenia: Case reports and a review of the literature. *Schizophrenia Research*, 22, 133–141.
149. Daneluzzo, E., Bustini, M., Stratta, P., Casacchia, M., & Rossi, A. (1998). The Schizotypal Personality Questionnaire and the Wisconsin Card Sorting Test in a population of DSM-III-R schizophrenic patients and control subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 143–148.
150. David, A. S. (1994). The neuropsychological origins of auditory hallucinations. In A. S. David & J. Cutting (Eds.), *Neuropsychology of Schizophrenia* (pp. 269–313). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
151. Day, S., & Peters, E. (1999). The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences*, 27(1), 55 - 67.
152. de Leon, J., Dadvand, M., Canuso, C., White, A. O., Stanilla, J. K. & Simpson, G. M. (1995). Schizophrenia and smoking: An epidemiological survey in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, 152, 453–455.
153. Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W., & Fujita, F. (1992). Extraversion and subjective well-being in a U.S. National probability sample. *Journal of Research in Personality*, 26(3), 205–215. doi:10.1016/0092-6566(92)90039-7.
154. Diforio, D., Walker, E. F., & Kestler, L. P. (2000). Executive functions in adolescents with schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 42, 125-134.

155. Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P., & Andover, M. S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: Neuro-cognitive and clinical correlates. *Schizophrenia Research*, *56*, 171–185.
156. Dollfus, S., Lombardo, C., Bénali, K., Halbecq, I., Abadie, P., Marié, RM., & Brazo, P. (2002). Executive/attentional cognitive functions in schizophrenic patients and their parents: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, *53*(1-2), 93-99. Preuzeto sa [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00156-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00156-6)
157. Dollinger, S. J., Urban, K. K., & James, T. A. (2004). Creativity and openness: Further validation of two creative product measures. *Creativity Research Journal*, *16*(1), 35–47.
158. Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 400-419. Preuzeto sa <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.2.400>
159. Dow, G. T. (2003). *Creativity test: Guilford's alternative uses task (1967)*. Preuzeto sa <http://www.indiana.edu/~bobweb/Handout/d1.uses.htm>
160. Duke, L. M., & Kaszniak, A. W. (2000). Executive control functions in degenerative dementias: A comparative review. *Neuropsychology Review*, *10*, 75-99.
161. Dumas, J. E., Lemay, P., & Dauwalder, J. P. (2001). Dynamic analyses of mother–child interactions in functional and dysfunctional dyads: A synergetic approach. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *29*, 317–329.
162. Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 215- 225.

163. Elijade, M. (1990). *Šamanizam i arhajske tehnike ekstaze*. Novi Sad: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
164. Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A., & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 28 (4), 5-18.
165. Emmons, R. A., & Diener, E. (1986). Influence of impulsivity and sociability on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(6), 1211–1215. doi:10.1037/0022-3514.50.6.1211.
166. Esterberg, M. L., Goulding, S. M., McClure-Tone, E. B., & Compton, M. T. (2009). Schizotypy and nicotine, alcohol, and cannabis use in a non-psychiatric sample. *Addictive Behaviours*, 34(4), 374–379.
167. Ettinger, U., Mohr, C., Gooding, D. C., Cohen, A. S., Rapp, A., Haenschel, C., & Park, S., (2015). Cognition and brain function in schizotypy: A selective review. *Schizophrenia Bulletin*, 41(Suppl. 2), 417–426. DOI:10.1093/schbul/sbu190
168. Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
169. Eysenck, H. J. (1960). Classification and the problem of diagnosis. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology* (pp. 1-31). London: Pitman.
170. Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

171. Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. New York: Crane, Russak & Co.
172. Eysenck, H. J. (1977). *Crime and personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
173. Eysenck, H. J. (1993). Creativity and personality: Suggestions for a theory. *Psychological Inquiry*, 4, 147-178.
174. Eysenck, H. J. (1995). *Genius: The national history of creativity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
175. Faith healing. (2017). In *Encyclopaedia Britannica Online*. Preuzeto sa <https://www.britannica.com/topic/faith-healing>
176. Faraone, S. V., Kremen, W. S., Lyons, M. J., Pepple, J. R., Seidman, L. J., & Tsuang, M. T. (1995). Diagnostic accuracy and linkage analysis: How useful are schizophrenia spectrum phenotypes? *American Journal of Psychiatry*, 152, 1286–1290.
177. Farhall, J., & Gehrke, M. (1997). Coping with hallucinations: Exploring stress and coping framework. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 259-261.
178. Farias, M., Claridge, G., & Lalljee, M. (2005). Personality and cognitive predictors of New Age practices and beliefs. *Personality and Individual Differences*, 39, 979-989.
179. Fichman, M. (2003). Straining toward trust: Some constraints on studying trust in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 133-157.

180. Fink, A., Slamar-Halbedl, M., Unterrainer, H. F., & Weiss, E. M. (2012). Creativity: Genius, madness, or a combination of both? *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, *6*(1), 11–18. doi:10.1037/a0024874
181. Fink, A., Benedek, M., Unterrainer, H. F., Papousek, I., & Weiss, E. M. (2014). Creativity and psychopathology: Are there similar mental processes involved in creativity and in psychosis-proneness? *Frontiers in Psychology*, *5*, 1-4. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01211
182. Finke, R., Ward, T., & Smith, S. (1992). *Creative cognition: Theory, research, and applications*. Cambridge, MA: The MIT Press.
183. Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M., & Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review* *15*(2), 73–95.
184. Fisher, E. J., Mohanty, A., Herrington, D. J., Koven S. N., Miller, A. G., & Heller, W. (2004). Neuropsychological evidence for dimensional schizotypy: Implications for creativity and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, *38*, 24-31. doi:10.1016/j.jrp.2003.09.014
185. Fisher, J. E., Heller, W., & Miller, G. A. (2007). Semantic associations, lateralized frontal function, and context maintenance in schizotypy. *Neuropsychologia*, *45*(4), 663-672. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.07.017>
186. Fitzgerald, E. T. (1966). Measurement of openness to experience: A study of regression in service of the ego. *Journal of Personality and Social Psychology*, *4*, 655-663.
187. Flach, F. (1990). The resilience hypothesis and posttraumatic stress disorder. In M. E. Wolf & A. D. Mosnaim (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Etiology,*

phenomenology, and treatment (pp. 36– 45). Washington, DC: American Psychiatric Press.

188. Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, *34*, 906-911.
189. Fodor, E. (1995). Subclinical manifestations of psychosis-proneness, ego-strength and creativity. *Personality and Individual Differences*, *18*, 635-642.
190. Folley, B. S., & Park, S. (2005). Verbal creativity and schizotypal personality in relation to prefrontal hemispheric laterality; a behavioral and near-infrared optical imaging study. *Schizophrenia Research*, *80*(2-3), 271–282.
191. Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J. E., Pérez de Albéniz, A., Muñiz, J., & Cohen A. (in press). A latent profile analysis of schizotypal dimensions: Associations with psychopathology and personality. *Psychiatry Research*, *X*.
192. Fosse, R., Stickgold, R., & Hobson, A. (2004). Thinking and hallucinating: Reciprocal changes in sleep. *Psychophysiology*, *41*, 298-305.
193. Frith, C. D. (1979). Consciousness, information processing and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *134* (3), 225-235. DOI: 10.1192/bjp.134.3.225
194. Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. East Sussex, England: Erlbaum/Taylor and Francis.
195. Franke, P., Maier, W., Hardt, J., & Hain, C. (1993). Cognitive functioning and anhedonia in subjects at risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research* *10*(1), 77–84. DOI: 10.1016/0920-9964(93)90079-X

196. Furnham, A., Batey, M., Anand, K., & Manfield, J. (2008). Personality, hypomania, intelligence and creativity. *Personality and Individual Differences, 44*, 1060–1069.
197. Galderisi, S., Davidson, M., Kahn, R. S., Mucci, A., Boter, H., Gheorghe, M. D., . . . & Fleischhacker, W. (2009). Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: The EUFEST study. *Schizophrenia Research, 115*(2–3), 104–114.
198. Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*, 189–195.
199. Gaweda, L., & Kokoszka, A. (2013). A relationship between hallucination proneness and character and temperament: A mediating role of meta-cognitive beliefs in non-clinical sample. *Psychiatry Research, 208* (2), 183–185.
200. Geng, F. L., Xu, T., Wang, Y., Shi, H. S., Yan, C., Neumann, D. L., . . . & Chan, R. C. K. (2013). Developmental trajectories of schizotypal personality disorder-like behavioural manifestations: A two-year longitudinal prospective study of college students. *BMC Psychiatry, 13*, 323. DOI: 10.1186/1471-244X-13-323
201. George, J. M., & Brief, A. P. (1996). Motivational agendas in the workplace: The effects of feelings on focus of attention and work motivation. *Research in Organizational Behavior, 18*, 75–109.
202. George, T. P., Zeidonis, D. M., Feingold, A., Pepper, W. T., Satterburg, C. A., Winkel, J., . . . & Kosten, T. R. (2000). Nicotine transdermal patch and

atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *157*(11), 1835-1842.

203. Gianotti, L. R., Mohr, C., Pizzagalli, D., Lehmann, D., & Brugger, P. (2001). Associative processing and paranormal belief. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* *55*, 595 – 603.
204. Glazer, E. (2009). Rephrasing the madness and creativity debate: What is the nature of the creativity construct? *Personality and Individual Differences*, *46*, 755–764.
205. Glicksohn, J. (1990). Belief in the paranormal and subjective paranormal experience. *Personality and Individual Differences*, *11*(7), 675-683. DOI: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90252-M](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90252-M)
206. Glisky, M. L., Tataryn, D. J., Tobias, B. A., Kihlstrom, J. F., & McConkey, K. M. (1991). Absorption, openness to experience, and hypnotizability. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 263-272. doi:10.1037/0022-3514.60.2.263
207. Goff, D. C., Henderson, D. C., & Amico, E. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1189–1194.
208. Goldberg, L. R. (1982). From Ace to Zombie: Some explorations in the language of personality. In C. D. Spielberger & J. N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 1, pp. 203-234). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
209. Goldberg, L. R. (1990). An alternative “Description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 1216-1229.

210. Goldberg, T. E., Saint-Cyr, J. A., & Weinberger, D. R. (1990). Assessment of procedural learning and problem solving in schizophrenic patients by Tower of Hanoi type tasks. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2, 165-173.
211. Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34. Preuzeto sa <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.1.26>
212. Goldberg, T. E., & Gold, J. M. (1995). Neurocognitive deficits in schizophrenia. In S. R. Hirsch & D. R. Weinberger (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 146-162). London, UK: Blackwell Science.
213. Goldberg, T. E., Egan, M. F., Gscheidle, T., Coppola, R., Weickert, T., Kolachana, B. S., . . . & Weinberger, D. R. (2003). Executive subprocesses in working memory: Relationship to catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 889–896.
214. Gooding, D. C., Kwapil, T. R., & Tallent, K. A. (1999). Wisconsin card sorting test deficits in schizotypic individuals. *Schizophrenia Research*, 40(3), 201-209.
215. Gooding, D. C., Tallent, K. A., & Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 170–175. DOI:10.1037/0021-843X.114.1.170
216. Gooding, D. C., Matts, C. W., & Rollmann, E. A. (2006). Sustained attention deficits in relation to psychometrically identified schizotypy: Evaluating a potential endophenotypic marker. *Schizophrenia Research*, 82, 27–37.

217. Gopaldaswamy, A. K., & Morgan, R. (1986). Smoking in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 523–528.
218. Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/extrinsic measurement: I/E revised and single-item scales. *Journal for the scientific study of religion*, *28*, 348-354. doi:10.2307/1386745
219. Gottesman, I. I., & Wolfgram, D. L. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: Freeman.
220. Goulding, A. (2004). Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences*, *37*, 157-167.
221. Goulding, A. (2005). Healthy schizotypy in a population of paranormal believers and experients. *Personality and Individual Differences*, *38*, 1069-1083.
222. Grace-Martin, K. (2012). *When assumptions of ANCOVA are irrelevant*. Preuzeto sa <http://www.theanalysisfactor.com/assumptions-of-ancova/>
223. Gramzow, R. H., Sedikides, C., Panter, A. T., Sathy, V., Harris, J., & Insko, C. A. (2004). Patterns of self-regulation and the big five. *European Journal of Personality*, *18*, 367-385.
224. Granqvist, P., & Hagekull, B. (2001). Seeking security in the New Age: On attachment and emotional compensation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *40*(3), 527-545.
225. Granqvist, P., Ivarsson, T., Broberg, A., & Hagekull, B. (2007). Examining relations among attachment, religiosity and New Age spirituality using the adult attachment interview. *Developmental Psychology*, *43* (3), 590-601.

226. Gray, N. S., Fernandez, M., Williams, J., Ruddle, R. A., & Snowden, R. J. (2002). Which schizotypal dimensions abolish latent inhibition? *The British Journal of Clinical Psychology, 41*, 271–284.
227. Gray, N. S., Snowden, R. J., Peoples, M., Hemsley, D. R., & Gray, J. A. (2003). A demonstration of within-subjects latent inhibition in the human: Limitations and advantages. *Behavioural Brain Research, 138*, 1–8.
228. Green, M. J., & Williams, L. M. (1999). Schizotypy and creativity as effects of reduced cognitive inhibition. *Personality and Individual Differences, 27*, 263–276.
229. Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., . . . & Heinssen R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin, 34*, 1211–1220.
230. Greenberg, D., Witzum, E., & Buchbinder, J. (1992). Mysticism and psychosis: The fate of Ben Zoma. *British Journal of Medical Psychology, 65*, 223–235.
231. Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
232. Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist, 5*, 444–454.
233. Guilford, J. P. (1968). *Creativity, intelligence and their educational implications*. San Diego, CA: EDITS.

234. Haenschel, C., & Linden, D., (2011). Exploring intermediate phenotypes with EEG: Working memory dysfunction in schizophrenia. *Behavioural Brain Research, 216*, 481–495.
235. Hale, J. B., Hoepfner, J. B., & Fiorello, C. A. (2002). Analyzing Digit Span components for assessment of attention processes. *Journal of Psychoeducational Assessment, 20*, 128-143. DOI: 10.1177/073428290202000202
236. Hanssen, M., Krabbendam, L., Vollema, M., Delespaul, P., & van Os, J. (2006). Evidence for instrument and family-specific variation of subclinical psychosis dimensions in the general population. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 5–14.
237. Harrison, A., & Singer, J. A. (2013-2014). Boundaries in the mind: Historical context and current research using the Boundary Questionnaire. *Imagination, Cognition, and Personality, 33(1-2)*, 205-215.
238. Hartmann, E. (1989). Boundaries of dreams, boundaries of dreamers: Thin and thick boundaries as a new personality measure. *Psychiatry Journal of the University of Ottawa, 14(4)*, 557-560.
239. Hartmann, E., Rosen, R., & Rand, W. (1998). Personality and dreaming: Boundary structure and dream content. *Dreaming, 8(1)*, 31-39. doi:10.1023/B:DREM.0000005913.21794.1f
240. Harvey, C. A., Pantelis, C., Taylor, J., McCabe, P. J., Lefevre, K., Campbell, P. G., & Hirsch S. R. (1996). The Camden schizophrenia surveys. II. High prevalence of schizophrenia in an inner London borough and its relationship to socio-demographic factors. *The British Journal of Psychiatry, 168(4)*, 418-426.

241. Haukka, J., Suvisaari, J., & Lönnqvist, J. (2003). Fertility of patients with schizophrenia, their siblings, and the general population: A cohort study from 1950–1959 in Finland. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 460–63.
242. Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, *12*, 426-445.
243. Heller, W. (1994). Cognitive and emotional organization of the brain: Influences on the creation and perception of art. In D. Zaidel (Ed.), *Neuropsychology* (pp. 271-292). San Diego, CA: Academic Press.
244. Hergovich, A., Schott, R., & Arendasy, M. (2008). On the relationship between paranormal belief and schizotypy among adolescents. *Personality and Individual Differences*, *45*, 119-125. doi:10.1016/j.paid.2008.03.005
245. Hergovich, A., & Arendasy, M. (2007). Scores for schizotypy and five factor model of a sample of distant healers: A preliminary study. *Perceptual and Motor Skills*, *105*, 197-203.
246. Heston, L. L. (1966). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *The British Journal of Psychiatry*, *112*, 819-825.
247. Higgins, D. M., Peterson, J. B., Lee, A., & Pihl, R. O. (2007). Prefrontal cognitive ability, intelligence, Big Five personality and the prediction of advanced academic and workplace performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*(2), 298–319. doi:10.1037/0022-3514.93.2.298

248. Hills, P., & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31(8), 1357–1364. doi:10.1016/S0191-8869(00)00229-4
249. Hoffman, R. E. (1986). Verbal hallucinations and language production processes in Schizophrenia. *Behavior and Brain Science*, 9, 503–548.
250. Hoffman, R. E., & McGlashan, T. H. (1997). Synaptic elimination, neurodevelopment, and the mechanism of hallucinated 'voices' in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1683–1689.
251. Holt, N. (2007). *Creativity, states of consciousness and anomalous cognition: The role of epistemological flexibility in the creative process* (Unpublished doctoral dissertation). University of Northampton, UK.
252. Holt, N., Simmonds-Moore, C., & Moore, S. (2008). Benign schizotypy: Investigating differences between clusters of schizotypy on paranormal belief, creativity, intelligence and mental health. In S. Sherwood (Ed.), *Proceedings of Presented Papers: The Parapsychological Association 51st Annual Convention* (pp. 82-96). Winchester, England: Parapsychological Association.
253. Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G. M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90. doi:10.5502/ijw.v4i1.4
254. Hopke, R. H. (1997). *There are no accidents: Synchronicity and the stories of our lives*. New York: Riverhead Books.

255. Hoppal, M. (1987). Shamanism: An archaic and/or recent belief system. In S. Nicholson (Ed.), *Shamanism: An expanded view of reality* (pp. 76-100). Wheaton, IL: Quest.
256. Horan, W. P., Brown, S. W., & Blanchard, J. J. (2007). Social anhedonia and schizotypy: The contribution of individual differences in affective traits, stress, and coping. *Psychiatry Research, 149*, 147-156.
257. Hori, H., Teraishi, T., Sasayama, D., Matsuo, J., Kinoshita, Y., Ota, M., . . . & Kunugi, H. (2014). A latent profile analysis of schizotypy, temperament and character in a nonclinical population: Association with neurocognition. *Journal of Psychiatric Research, 48(1)*, 56-64. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.10.006
258. Houran, J., Irwin, H. J., & Lange, R. (2001). Clinical relevance of the two-factor Rasch version of the Revised Paranormal Belief Scale. *Personality and Individual Differences, 31*, 371–382.
259. Howanitz, E., Cicalese, C. & Harvey, P. D. (2000). Verbal fluency and psychiatric symptoms in geriatric schizophrenia. *Schizophrenia Research, 42*, 167–169.
260. Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E., & Dahlgren, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 143*, 993–997.
261. Hyer, L., Brawell, L., Albrecht, B., Boyd, S., Boudewyns, P., & Talbert, S. (1994). Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 699–707.
262. Irwin, H. J. (1990). Fantasy proneness and paranormal beliefs. *Psychological Reports, 66*, 655–658.

263. Irwin, H. J., & Green, M. J. (1998-1999). Schizotypal processes and belief in the paranormal: A multidimensional study. *European Journal of Parapsychology, 14*, 1-15.
264. Irwin, H. J. (1999). *An introduction to parapsychology* (3rd ed.). Jefferson, North Carolina: McFarland & Company.
265. Isen, A. M., Daubman, K. A., & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1122–1131.
266. Isen, A. M., & Baron, R. A. (1991). Positive affect as a factor in organizational behavior. *Research in Organizational Behavior, 13*, 1–53.
267. Jablensky, A. (1995). Schizophrenia: recent epidemiologic issues. *Epidemiol. Rev.* 17, 10–20.
268. Jackson, M. (1997). Benign schizotypy? The case of spiritual experience. In G. Claridge. (Ed.), *Schizotypy: Implications for Illness and Health* (pp. 227-250). Oxford, UK: Oxford University Press.
269. Jackson, M., & Fulford, K. W. M. (1997). Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 4(1)*, 41-65.
270. Jahshan, C. S., & Sergi, M. (2007). Theory of mind, neurocognition, and functional status in schizotypy. *Schizophrenia Research, 89*, 278-286.
271. Jakes, S., & Hemsley, D. R. (1987). Personality and reports of hallucination and imagery in a normal population. *Perceptual and Motor Skills, 64*, 765–766.

272. Jarvik, D. L. & Deckard, B. S. (1977). The Odyssean personality: A survival advantage for carriers of genes predisposing to schizophrenia? *Neuropsychobiology*, 3, 179–191.
273. Jarvis, P., & Barth, J. (1994). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Battery*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
274. Jeannerod, M. (2003). The mechanism of self-recognition in humans. *Behavioural Brain Research*, 142(1-2), 1-15.
275. Jensen, A., (1998). *The g factor: The science of mental ability*. London: Praeger.
276. Jensen-Campbell, L. A., & Graziano, W. G. (2001). Agreeableness as a moderator of interpersonal conflict. *Journal of Personality*, 69, 323–361. doi:10.1111/14676494.00148
277. Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., & Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: A meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine*, 46(14), 2883–2906. doi:10.1017/S0033291716001653
278. John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). New York: Guilford Press.
279. Johnson T. P., Fendrich M., & Hubbell, A. (2002). *A validation of the Crowne-Marlowe social desirability scale*. Paper presented at the 57th Annual Meeting of the American Association for Public Opinion Research, St. Pete Beach, FL.

280. Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21 (8), 1125-1141.
281. Jones, S. H., Hemsley, D. R., & Gray, J. A. (1991). Contextual effects on choice reaction time and accuracy in acute and chronic schizophrenics : Impairment in selective attention or the influence of prior learning? *British Journal of Psychology*, 159, 415-421.
282. Jovanović, V. (2015). Structural validity of the Mental Health Continuum-Short Form: The bifactor model of emotional, social and psychological well-being. *Personality and Individual Differences* 75, 154-159. DOI: 10.1016/j.paid.2014.11.026
283. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
284. Kaczorowski, J. A. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospice Journal*, 5, 105–116.
285. Kaczorowski, J. A., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. R. (2009). Neurological soft signs in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, 115(2–3), 293–302.
286. Karlsson, J. L. (1984). Creative intelligence in relatives of mental patients. *Hereditas*, 100(1), 83–86.
287. Kecmanović, D. (2012). *Psihijatrija protiv sebe*. Beograd: Clio.

288. Keinan, G. (1994). Effects of stress and tolerance of ambiguity on magical thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(1), 48-55.
289. Kelly, C., & McCreadie, R. G. (1999). Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry, 156* (11), 1751–1757.
290. Kendler, K. S., MacLean, C. J., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1627–1637.
291. Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., O'Hare, A., Spellman, M., & Walsh, D. (1993). The Roscommon family study: III. Schizophrenia-related personality disorders in relatives. *Archives of General Psychiatry, 50*, 781–788.
292. Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., & Walsh, D. (1995). Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon family study. Their factor structure and familial relationship with psychotic and affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 52*, 296–303.
293. Kendler, K. S., & Walsh, D. (1995). Schizotypal personality disorder in parents and the risk for schizophrenia in siblings. *Schizophrenia Bulletin, 21*, 47–52.
294. Kendler, K. S., Thacker, L., & Walsh, D. (1996). Self-report measures of schizotypy as indices of familial vulnerability to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 22*(3), 511–521.
295. Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1997). Religion, psychopathology and substance use and abuse. A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry, 154*, 322-329.

296. Kennedy, J. E. & Kanthamani, H. (1995). An exploratory study of the effects of paranormal and spiritual experiences on peoples' lives and well-being. *The Journal of the American Society for Psychological Research*, 89, 249-265.
297. Kennedy, G. J., Kelman, H. R., Thomas, C., & Chen., J. (1996). The relation of religious preference and practice to depressive symptoms among 1,855 older adults. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 51, 301–308.
298. Kerns, J. G., Berenbaum, H., Barch, D. M., Banich, M. T., & Stolar, N., (1999). Word production in schizophrenia and its relationship to positive symptoms. *Psychiatry Research*, 87, 29–37.
299. Keshavan, M. S., Tandon, R., Boutros, N. N., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, 'just the facts'. What we know in 2008. Part 3: neurobiology. *Schizophrenia Research* 106 (2–3), 89–107. DOI: 10.1016/j.schres.2008.07.020
300. Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F., & Jacobsen, B. (1975). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: A preliminary report based on psychiatric interviews. In R. Fieve, D. Rosenthal & H. Brill (Eds.), *Genetic Research in Psychiatry* (pp. 147-165). Baltimore, MD: The Johns Hopkins Press.
301. Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
302. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

303. Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539
304. Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 181–192.
305. Kiang, M., & Kutas, M. (2006). Abnormal typicality of responses on a category fluency task in schizotypy. *Psychiatry Research, 145*, 119-126.
306. King, L.A., Walker, L.M., Broyles, S.J., 1996. Creativity and the five-factor model. *Journal of Research in Personality, 30*, 189–203.
307. Kinney, D. K., Richards, R., Lowing, P. A., LeBlanc, D., Zimbalist, M. E., & Harlan, P. (2000). Creativity in offspring of schizophrenic and control parents: An adoption study. *Creativity Research Journal, 13* (1), 17–25.
308. Kipps, C. M., & Hodges, J. R. (2005). Cognitive assessment for clinicians. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 76*(Suppl 1), 22-30. doi: 10.1136/jnnp.2004.059758
309. Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution and the psychology of religion*. New York: Guilford Press.
310. Klajn, I. i Šipka, M. (2010). *Veliki rečnik stranih reči i izraza*. Novi Sad: Prometej.
311. Klemm, S., Schmidt, B., Knappe, S., & Blanz, B. (2006). Impaired working speed and executive functions as frontal lobe dysfunctions in young first-degree

relatives of schizophrenic patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(7), 400-408.

312. Koenig, H. G., Ford, S., George L. K., Blazer, D. G., & Meador, K. G. (1993). Religion and anxiety disorder: An examination and comparison of associations in young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 321-342.
313. Koenig, H. G., Hays, J. C., George, L. K., Blazer, D. G., Larson, D. B., & Landerman, L. R. (1997). Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 131-44. Preuzeto sa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9106377>
314. Korfine, L., & Lenzenweger, M. F. (1995). The taxonicity of schizotypy: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 26-31. Preuzeto sa <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.26>
315. Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., & Ganis, G. (2006). *The case for mental imagery*. New York: Oxford University Press.
316. Koychev, I., El-Deredy, W., Haenschel, C., & Deakin, J. F. W. (2010). Visual information processing deficits as biomarkers of vulnerability to schizophrenia: An event-related potential study in schizotypy. *Neuropsychologia*, 48(7), 2205-2214. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.014.
317. Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research* 38 (1), 17-25.

318. Kremen, W. S., Seidman, L. J., Pepple, J. R., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., & Faraone, S. V. (1994). Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: A review of family studies. *Schizophrenia Bulletin*, *20*, 103–119.
319. Kris, E. (1952). *Psychoanalytic exploration in art*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
320. Kumari, V., & Ettinger, U. (2010). Latent inhibition in schizophrenia and schizotypy: A review of the empirical literature. In R. E. Lubow & I. Weiner (Eds.), *Latent inhibition: Data, theories, and applications to schizophrenia* (pp. 419–447). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
321. Kvaščev, R. (1975). *Podsticanje i sputavanje stvaralačkog ponašanja ličnosti*. Sarajevo: Svjetlost.
322. Kvaščev, R. (1983). *Razvijanje kreativnog ponašanja ličnosti*. Sarajevo: Svjetlost.
323. Kwapil, T. R. (1996). A longitudinal study of drug and alcohol use by psychosis prone and impulsive-nonconforming individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 114–123.
324. Kwapil, T. R., Miller, M. B., Zinser, M. C., Chapman, J., & Chapman, L. J. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: A partial replication. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 491–495.
325. Kwapil, T. R. (1998). Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 558–565.

326. Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Schizotypy: Looking back and moving forward. *Schizophrenia Bulletin*, *41* (2), 366-373. doi: 10.1093/schbul/sbu186
327. Lagioia, A., Van De Ville, D., Debbané, M., Lazeyras, F., & Eliez, S. (2010). Adolescent resting state networks and their associations with schizotypal trait expression. *Frontiers in System Neuroscience*, *4*. DOI: 10.3389/fnsys.2010.00035
328. Lamar, M., Zonderman, A. B., & Resnick, S. (2002). Contribution of specific cognitive processes to executive functioning in an aging population. *Neuropsychology*, *16*(2), 156-162.
329. Lamberty, G. J., Putnam, S. H., Chatel, D. M., Bieliauskas, L. A., & Adams, K. M. (1994). Derived Trail Making Test indices: A preliminary report. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, *7*, 230–234.
330. Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*, 159–174.
331. Landis, B. J. (1996). Uncertainty, spiritual, well-being, and psycho-social adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing*, *17*, 217–231.
332. Langdon, R., & Coltheart, M. (2004). Recognition of metaphor and irony in young adults: The impact of schizotypal personality traits. *Psychiatry Research*, *125*, 9-20.
333. LaPlante, L., Everett, J., & Thomas, J. (1992). Inhibition through negative priming with Stroop stimuli in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, *31*, 307–326.

334. Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *123*(1), 28–35.
335. Lawrence, T., Edwards, C., Barraclough, N., Church, S., & Hetherington, F. (1998). Modelling childhood causes of paranormal belief and experience. Childhood trauma and childhood fantasy. *Personality and Individual Differences*, *19*, 209-215.
336. Laws, K. R., Patel, D. D., & Tyson, P. J. (2008). Awareness of everyday executive difficulties precede overt executive dysfunction in schizotypal subjects. *Psychiatry research*, *160*(1), 8-14. DOI:10.1016/j.psychres.2007.06.004
337. Lee, J., & Park, S. (2005). Working memory impairments in schizophrenia: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 599–611.
338. Lemons, G. (2011). Diverse perspectives of creativity testing: Controversial issues when used for inclusion into gifted programs. *Journal for the Education of the Gifted*, *34* (5), 742-772. DOI: 10.1177/0162353211417221
339. Lenzenweger, M. F., & Loranger, A. W. (1989). Psychosis proneness and clinical psychopathology: Examination of the correlates of schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*, 3-8.
340. Lenzenweger, M. F., & Korfine, L. (1992). Confirming the latent structure and base rate of schizotypy: A taxometric analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 567–571.
341. Lenzenweger, M. F. (1994). Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update. *Schizophrenia Bulletin* *20* (1), 121–135.

342. Lenzenweger, M. F., & Korfine, L. (1994). Perceptual aberrations, schizotypy and the Wisconsin Card Sorting Test. *Schizophrenia Bulletin*, *20*, 345-357.
343. Lenzenweger, M. F., & Dworkin, R. H. (1996). The dimensions of schizophrenia phenomenology: Not one or two, at least three, perhaps four. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 432-440.
344. Lenzenweger, M. F. (1999). Deeper into the schizotypy taxon: On the robust nature of maximum covariance analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 182–187. Preuzeto sa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10067005>
345. Lenzenweger, M. F. (2006). Schizotypy: an organizing framework for schizophrenia research. *Current Directions in Psychological Science* *15* (4), 162–166.
346. Lenzenweger, M. F., McLachlan, G., & Rubin, D. B. (2007). Resolving the latent structure of schizophrenia endophenotypes using expectation-maximization-based finite mixture modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, *116* (1), 16-29. DOI: 10.1037/0021-843X.116.1.16
347. Lenzenweger, M. F. (2010). *Schizotypy and schizophrenia: The view from experimental psychopathology*. New York: Guilford Press.
348. Lenzenweger, M. F. (2015). Thinking clearly about schizotypy: Hewing to the schizophrenia liability core, considering interesting tangents, and avoiding conceptual quicksand. *Schizophrenia Bulletin*, *41* (2), 483-491. doi: 10.1093/schbul/sbu184
349. Leonard, S., Adams, C., Breese, C. R., Adler, L. E., Bickford, P., Byerley, W., . . . & Freedman, R. (1996). Nicotinic receptor function in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 431-445.

350. Leonhard, D., & Brugger, P. (1998). Creative, paranormal, and delusional thought: A consequence of right hemisphere semantic activation? *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, *11*, 177-183.
351. Levin, J. S., & Vanderpool, H. Y. (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science & Medicine*, *24*, 589-600.
352. Lezak, M. D. (1983). *Neuropsychological assessment* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
353. Lezak M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3rd ed.). New York, USA: Oxford University Press.
354. Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: A re-examination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, *151*, 145-151.
355. Liddle, P. F., & Morris, D. L. (1991). Schizophrenic syndromes and frontal lobe performance. *The British Journal of Psychiatry* *158*(3), 340–345. DOI: 10.1192/bjp.158.3.340
356. Lin, C. C. H., Chen, W. J., Yang, H-J., Hsiao, C. K., & Tien, A. Y. (2000). Performance on the Wisconsin Card Sorting Test among adolescents in Taiwan: Norms, factorial structure and relation to schizotypy. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *22*, 69–79.
357. Lindamer, L. A., & Whitman, R. D. (1997). Frontal lobe functioning and communication deficits as a function of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *12*, 358–359.

358. Linden, D. E. J., Thornton, K., Kuswanto, C. N., Johnston, S. J., van de Ven, V., & Jackson, M. C. (2011). The brain's voices: Comparing nonclinical auditory hallucinations and imagery. *Cerebral Cortex, 21*, 330-337.
359. Lindsberg, J., Poutiainen, E., & Kalska, H. (2009). Clarifying the diversity of first-episode psychosis: Neuropsychological correlates of clinical symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(6), 493–500.
360. Linscott, R. & van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: Evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 391-419. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153506
361. Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (1992). Guidelines for developing, evaluating and revising the classification of personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 609-618.
362. Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 21* (2), 199-224. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.2.199
363. Lohr, J. B., & Flynn, K. (1992). Smoking and schizophrenia. *Schizophrenia Research, 8*(2), 93-102.
364. Loughland, C. M., & Williams, L. M. (1997). A cluster analytic study of schizotypal trait dimensions. *Personality and Individual Differences, 23*, 877-883.

365. Lovatt, A., Mason, O., Brett, C., & Peters, E. (2010). Psychotic-like experiences, appraisals and trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(11), 813–819.
366. Ludwig, A. M. (1995). *The price of greatness: Resolving the creativity and madness controversy*. New York: Guilford Press.
367. Lukoff, D. (2007). Visionary spiritual experiences. *Southern Medical Journal, 100*, 635-641.
368. Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1986). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 404–408.
369. Lynn, S., Neufeld, V., Green, J., Sandberg, D., & Rhue, J. (1996). Daydreaming, fantasy and psychopathology. In R. Kunzendorf, N. Spanos, & B. Wallace (Eds.), *Hypnosis and Imagination* (pp. 67-98). New York: Baywood Publishing Company.
370. Lyon, E. R. (1999). A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. *Psychiatric Services, 50*, 1346-1350.
371. MacDonald, A. W., Pogue-Geile, M. F., Debski, T. T., & Manuck, S. (2001). Genetic and environmental influences on schizotypy: A community based twin study. *Schizophrenia Bulletin, 27*(1), 47-58.
372. Machado, E. S., Afonso, A. O., Nissley, D. V., Lemey, P., Cunha, S. M., Oliveira, R. H., & Soares, M. A. (2009). Emergency of primary NNRTI resistance mutations without antiretroviral selective pressure in a HAART-treated child. *PLoS ONE, 4*, e4806. doi: 10.1371/journal.pone.0004806

373. Maier, W., Falkai, P., & Wagner, M. (2002). Schizophrenia spectrum disorders: A review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia* (2nd ed.) (pp. 317-377). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
374. Malaspina, D., Harlap, S., Fennig, S., Heiman, D., Nahon, D., Feldman, D., & Susser, E. S. (2001). Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *58*(4), 361–367.
375. Mangun, G. R. (1995). Neural mechanisms of visual selective attention. *Psychophysiology*, *32*(1), 4-18.
376. Margo, A., Hemsley, D. R., & Slade, P. D. (1981). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, *139*, 122–127.
377. Markham, J. A., & Koenig, J. I. (2011). Prenatal stress: Role in psychotic and depressive diseases. *Psychopharmacology (Berl.)*, *214*, 89–106. doi: 10.1007/s00213-010-2035-0
378. Martindale, C. (1991). *Cognitive psychology: A neural network approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
379. Mason, O., Claridge, G., & Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, *18*, 7-13.
380. Mason, O., Claridge, G., & Williams, L. (1997). Questionnaire measurement. In G. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Implication for illness and health* (pp. 19–37). Oxford: Oxford University Press.
381. Mason, O., & Claridge, G. (2006). The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms.

Schizophrenia Research, 82(2-3), 203-211. DOI:
10.1016/j.schres.2005.12.845

382. Mason (2014). The duality of schizotypy: Is it both dimensional and categorical? *Frontiers in Psychiatry*, 5, 134. doi: 10.3389/fpsy.2014.00134
383. Masterson, E., & O'Shea, B. (1984). Smoking and malignancy in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 145, 429–432.
384. Mata, I., Gilvarry, C. M., Jones, P. B., Lewis, S. W., Murray, R. M., & Sham, P. C. (2003). Schizotypal personality traits in nonpsychotic relatives are associated with positive symptoms in psychotic probands. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 273–283.
385. Mata, I., Mataix-Cols, D., & Peralta, V. (2005). Schizotypal Personality Questionnaire - Brief: Factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1183–1192.
386. Matović, V. (1997). Relacije ličnosti i inteligencije kod psihotičnih pacijenata, *Psihologija*, 3, 241-254.
387. McClellan, J., Susser, E., & King, M. C. (2007). Schizophrenia: A common disease caused by multiple rare alleles. *British Journal of Psychiatry*, 190, 194–199.
388. McCloughen, A. (2003). The association between schizophrenia and cigarette smoking: A review of the literature and implications for mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 119-129.

389. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Openness to experience. In R. Hogan & W. H. Jones (Eds.), *Perspectives in personality* (pp. 145-172). Greenwich, CT: JAI Press.
390. McCrae, R. (1987). Creativity, divergent thinking, and openness to experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(6), 1258–1265.
391. McCreery, C. (1993). *Schizotypy and out-of-the-body experiences* (Unpublished doctoral dissertation). University of Oxford, Oxford, UK.
392. McCreery, C., & Claridge, G. (1995). Out-of-the-body experiences and personality. *Journal of the Society for Psychical Research*, *60*, 129-148.
393. McCreery, C., & Claridge, G. (1996). A study of hallucination in normal subjects - I. Selfreport data. *Personality and Individual Differences*, *21*, 739–747.
394. McCreery, C., & Claridge, G. (2002). Healthy schizotypy: The case of out-of-the-body experiences. *Personality and Individual Differences*, *32*, 141-154.
395. McCue, M., Gottesman, I. I., & Rao, D. C. (1983). The transmission of schizophrenia under a multifactorial threshold model. *American Journal of Human Genetics*, *35*(6), 1161–1178.
396. McFadden, S. H. (1999). Religion, personality, and aging: A life span perspective. *Journal of Personality*, *67*, 1081-1104.
397. McGrath, J., El-Saadi, O., Grim, V., Cardy, S., Chapple, B., Chant, D., . . . & Mowry, B. (2002). Minor physical anomalies and quantitative measures of the head and face in patients with psychosis. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 458-64.

398. McKellar, P. (1968). *Experience and behaviour*. Harmondsworth, UK: Penguin.
399. McNeil, J., & Goldstein L. H. (2003). *Clinical neuropsychology: A practical guide to assessment and management for clinicians* (1st ed). London: J Wiley Professional.
400. Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, *17*(12), 827–838.
401. Meehl, P. E. (1964). *Manual for use with checklist of schizotypic signs*. Unpublished Manuscript, University of Minnesota.
402. Meehl, P. E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders* *4* (1), 1–99.
403. Meehl, P. E. (1992). Factors and taxa, traits and types, differences of degree and differences in kind. *Journal of Personality*, *60*, 117–174.
404. Meehl, P. E. (1999). Clarifications about taxometric method. *Applied & Preventive Psychology*, *8*, 165-174. Preuzeto sa <http://meehl.umn.edu/sites/g/files/pua1696/f/174clarifications.pdf>
405. Meehl, P. E. (2004) What's in a taxon? *Journal of Abnormal Psychology*, *113*, 39-43.
406. Meins, E., Jones, S. R., Fernyhough, C., Hurndall, S., & Koronis, P. (2008). Attachment dimensions and schizotypy in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1000-1011. Preuzeto sa <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.026>

407. Merckelbach, H., Rassin, E., & Muris, P. (2000). Dissociation, schizotypy, and fantasy proneness in undergraduate students. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 428–431.
408. Merckelbach, H., Horselenberg, R., & Muris, P. (2001). The creative experiences questionnaire (CEQ): A brief self-report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences, 31*, 987–995.
409. Merten, T., & Fischer, I. (1999). Creativity, personality and word association responses: Associative behaviour in forty supposedly creative persons. *Personality and Individual Differences, 27*, 933–942. DOI:10.1016/S0191-8869(99)00042-2
410. Meyer, T. D., & Keller, F. (2001). Exploring the latent structure of the perceptual aberration, magical ideation, and physical anhedonia scales in a German sample. *Journal of Personality Disorders, 15*, 521–535.
411. Milačić-Vidojević, I. i Dragojević, N. (2001). Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. Specijalna edukacija i rehabilitacija, 10(2), 319-337. Preuzeto sa http://www.casopis.fasper.bg.ac.rs/izdanja/SEIR2011/2Spec_Edu_i_Reh_TEORIJSKI_KONCEPTUALNI_OKVIRI/005-Ivona_Milacic_Vidojevic-Nada_Dragojevic.pdf
412. Miller, G. (2000). *The mating mind: How sexual choice shaped the evolution of human nature*. New York: Doubleday & Co.
413. Miller, G. F., & Tal, I. R. (2007). Schizotypy versus openness and intelligence as predictors of creativity. *Schizophrenia Research, 93(1-2)*, 317-324.

414. Milligan, G. W., & Hirtle, S. C. (2003). Clustering and classification methods. In J. A. Schinka & W. F. Velicer (Eds.), I. B. Weiner (Ed.-in-Chief), *Handbook of Psychology* (pp. 165-186). Hoboken: John Wiley & Sons.
415. Minas, R. K., & Park, S. (2007). Attentional window in schizophrenia and schizotypal personality. *Applied and Preventive Psychology, 12*, 140-148.
416. Mirjanić, L. i Milas, G. (2011). Uloga samopoštovanja u održavanju subjektivne dobrobiti u primjeni strategija suočavanja sa stresom. *Društvena istraživanja, 3*, 711-727. doi:10.5559/di.20.3.06
417. Mitrović, D. i Smederevac, S. (2007). Konstruktna validnost multidimenzionalnog upitnika ličnosti (MPQ). *Psihologija, 40(2)*, 211-228. Preuzeto sa <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0048-5705/2007/0048-57050702211M.pdf>
418. Mitrushina, M., Boone, K. B., Razani, J., & D'Elia, L. F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
419. Modinos, G., Mechelli, A., Ormel, J., Groenwold, A., Aleman, A., McGuire, P. K., (2010). Schizotypy and brain structure: A voxel-based morphometry study. *Psychological Medicine 40 (9)*, 1423–1431. DOI: 10.1017/S0033291709991875
420. Mohr, C., Graves, R. E., Gianotti, L. R. R., Pizzagalli, D., & Brugger, P. (2001). Loose but normal: A semantic association study. *Journal of Psycholinguistic Research, 30*, 475–483.
421. Mohr, C., & Claridge, G. (2015). Schizotypy - do not worry, it is not all worrisome. *Schizophrenia Bulletin, 41(Suppl 2)*, 436–443. doi: 10.1093/schbul/sbu185

422. Morgan, C., Fisher, H., Hutchinson, G., Kirkbride, J., Craig, T. K., Morgan, K., . . . & Fearon, P. (2009). Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(3), 226–235.
423. Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., & Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity and psychosis: Toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 655–664. doi: 10.1093/schbul/sbq051
424. Moritz, S., Andresen, B., Naber, D., Krausz, M., & Probst, E. (1999). Neuropsychological correlates of schizotypal disorganisation. *Cognitive Neuropsychiatry*, 4(4), 343–349.
425. Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265–280.
426. Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289–302.
427. Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 67-78
428. Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusion in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.

429. Morrison, A. P., Wells, A. & Nothard, S. (2002) Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*, 259-270. doi:10.1348/014466502760379127
430. Morrison, S. C., Brown, L. A., & Cohen, A. S. (2013). A multidimensional assessment of social cognition in psychometrically defined schizotypy. *Psychiatry Research*, *210*, 1014-1019.
431. Nelson B., & Rawlings, D. (2010). Relating schizotypy and personality to the phenomenology of creativity. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(2), 388-399. DOI:10.1093/schbul/sbn098
432. Nelson, M. T., Seal, M. L., Pantelis, C., & Phillips, L. J. (2013). Evidence of a dimensional relationship between schizotypy and schizophrenia: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *37*(3), 317-327. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.004
433. Nettle, D. (2006). Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians. *Journal of Research in Personality*, *40*, 876-890. doi:10.1016/j.jrp.2005.09.004
434. Nettle, D. (2001). *Strong imagination: Madness, creativity and human nature*. Oxford: Oxford University Press.
435. Nettle, D., & Clegg, H. (2006). Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, *273*(1586), 611–615. doi:10.1098/rspb.2005.3349
436. New Age movement. (2017). In Encyclopaedia Britannica Online. Preuzeto sa <https://www.britannica.com/topic/New-Age-movement>

437. Noguchi, H., Hori, H., & Kunugi, H. (2008). Schizotypal traits and cognitive function in healthy adults. *Psychiatry Research*, *161*(2), 162–169.
438. Novakov, I., Laketić, J. i Milinković, I. (2016, april). *Psihometrijske karakteristike srpskog prevoda upitnika za procenu shizotipalne ličnosti – SPQ-BR*. Rad prezentovan na naučno-stručnom skupu Četvrti sarajevski dani psihologije, Sarajevo, Bosna i Hercegovina.
439. Oblaković, M., Sokolovska, V. i Dinić, B. (2015). Tretman nedostajućih podataka. *Primenjena Psihologija*, *8*(3), 289-309.
440. Occultism. (2017). In *Encyclopaedia Britannica Online*. Preuzeto sa <https://www.britannica.com/topic/occultism>
441. O'Connor, K. (2009). Cognitive and meta-cognitive dimensions of psychoses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(3), 152–159. DOI:10.1177/070674370905400303
442. O'Driscoll, G. A., Lenzenweger, M. F., & Holzman, P. S. (1998). Antisaccades and smooth pursuit eye tracking and schizotypy. *Archives of General Psychiatry*, *55*(9), 837–843.
443. Oertel, V., Rotarska-Jagiela, A., van de Ven, V., Haenschel, C., Grube, M., Stangier, U., Maurer, K., & Linden, D. E., (2009). Mental imagery vividness as a trait marker across the schizophrenia spectrum. *Psychiatry Research*, *1–2*, 1–11.
444. O'Reilly, T., Dunbar, R., & Bentall, R. (2001). Schizotypy and creativity: An evolutionary connection? *Personality and Individual Differences*, *31*, 1067–1078.

445. Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, M., Riese, H., Bos, E. H., & Hankin, B. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review, 33*(5), 686–697. doi:10.1016/j.cpr.2013.04.003
446. Osborne, J. W. (2002). Notes on the use of data transformations. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 8*. Preuzeto sa <http://pareonline.net/getvn.asp?v=8&n=6>.
447. Palmer, J. (1979). A community mail survey of psychic experiences. *Journal of the American Society for Psychical Research, 73*, 221-251.
448. Pantelis, C., Stuart, G. W., Nelson, H. E., Robbins, T. W., & Barnes, T. R. E. (2001). Spatial working memory deficits in schizophrenia: Relationship with tardive dyskinesia and negative symptoms. *The American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1276–1285.
449. Park, S., & Holzman, P. S. (1992). Schizophrenics show spatial working memory deficits. *Archives of General Psychiatry, 49*, 975–982.
450. Park, S., Holzman, P. S., & Lenzenweger, M. F. (1995). Individual differences in spatial working memory in relation to schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 355-364.
451. Park, S., Lenzenweger, M. F., Püschel, J., & Holzman, P. S. (1996). Attentional inhibition in schizophrenia and schizotypy: A spatial negative priming study. *Cognitive Neuropsychiatry, 1*(2), 125–150.
452. Park, S., & McTigue, K. (1997). Working memory and the syndromes of schizotypal personality. *Schizophrenia Research, 26*(2-3), 213-220.

453. Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, *136*, 257–301.
454. Pavlović, D. (2003). *Dijagnostički testovi u neuropsihologiji*. Beograd: Grafos.
455. Penner, L. A., Fritzsche, B. A., Craiger, J. P., & Freifeld, T. S. (1995). Measuring the prosocial personality. *Advances in Personality Assessment*, *10*, 147–163.
456. Peters, E. R., Pickering, A. D., & Hemsley, D. R. (1994). ‘Cognitive inhibition’ and positive symptomatology in schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, *33*, 33–48.
457. Peters, E. R., Day, S., McKenna, J., & Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 83 – 96.
458. Peters, E. R., Pickering, A. D., Kent, A., Glasper, A., Irani, M., David, A. S., . . . & Hemsley, D. R. (2000). The relationship between cognitive inhibition and psychotic symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 386-395.
459. Petersen, L., Mortensen, P. B., & Pederson, C. B. (2011). Paternal age at birth of first child and risk of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(1), 82–88.
460. Phares, E. J., & Chaplin, W. F. (1997). *Introduction to personality* (4th ed.). New York: Longman.
461. Piedmont, R. L., Sherman, . F., Sherman, N. C., Dy-Liacco, G. S., & Williams, J. E. G. (2009). Using the Five-Factor Model to identify a new personality disorder domain: The case for experiential permeability. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 96 (6), 1245–1258.
doi:10.1037/a0015368. PMID 19469599.

462. Pluess, M., Belsky, J., & Neuman, R. J. (2009). Prenatal smoking and attention deficit/hyperactivity disorder: DRD4-7R as a plasticity gene. *Biological Psychiatry*, 66, 5–6. Preuzeto sa
<http://dx.doi.org/10.1016.j.biopsych.2009.04.019>
463. Posey, T. B., & Losh, M. E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 2, 99-113.
464. Prentky, R. (2001). Mental illness and roots of genius. *Creativity Research Journal*, 13, 95-104.
465. Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406–416.
466. Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555-564. DOI:
<https://doi.org/10.1093/schbul/17.4.555>
467. Raine, A. (1992). Sex differences in schizotypal personality in a nonclinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 361–364.
468. Raine, A., Sheard, C., Reynolds, G. P., & Lencz, T. (1992). Prefrontal structural and functional deficits associated with individual differences in schizotypal personality. *Schizophrenia Research*, 7, 237–247.
469. Raine, A., & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9(4), 346–355. doi: 10.1521/pedi.1995.9.4.346

470. Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326. DOI:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318
471. Rantakallio, P., Jones, P., Moring, J., & von Wendt, L. (1997). Association between central nervous system infections during childhood and adult onset schizophrenia and other psychoses: A 28-year follow-up. *International Journal of Epidemiology*, 26(4), 837-843.
472. Rapp, A. M., Langohr, K., Mutschler, D. E., & Wild, B. (2014). Irony and proverb comprehension in schizophrenia: Do female patients “dislike” ironic remarks? *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 841086. doi: 10.1155/2014/841086
473. Rawlings, D., Williams, B., Haslam, N., & Claridge, G. (2008). Taxometric analysis supports a dimensional latent structure for schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 44, 1640-1651.
474. Rawlings, D. & Locarnini, A. (2008). Dimensional schizotypy, autism, and unusual word associations in artists and scientists. *Journal of Research in Personality*, 42, 465-471.
475. Reichenberg, A., & Harvey, P. D. (2007). Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychological Bulletin*, 133(5), 833-858.
476. Reitan, R. M. (1955). The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 19, 393-394.

477. Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271–276. doi:10.2466/pms.1958.8.3.271
478. Reitan, R. M. (1992). *Trail Making Test: Manual for administration and scoring*. Tucson, AZ: Reitan Neuropsychology Laboratory.
479. Roca, M., Manes, F., Chade, A., Gleichgerrcht, E., Gershanik, O., Arévalo, G. G., . . . & Duncan, J. (2012). The relationship between executive functions and fluid intelligence in Parkinson's disease. *Psychological Medicine*, 22, 1-8.
480. *Rečnik srpskohrvatskog književnog jezika* (drugo izdanje). (1990). Novi Sad: Matica Srpska.
481. Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38 (1), 119-125.
482. Reynolds, M. (1997). Learning styles: A critique. *Management Learning*, 28, 115-133.
483. Reynolds, C. A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P.H., & Mednick, S. A. (2000). Three-factor model of schizotypal personality: Invariance across culture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 603-618.
484. Rice, T. (2004). Believe it or not: Religious and other paranormal beliefs in the United States. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 95-106.

485. Richardson A. J., & Gruzelier J. (1994) "Visual processing, lateralization and syndromes of schizotypy", *International Journal of Psychophysiology*, 18, 227-240.
486. Richardson, J. (1995). Clinical and personality assessment of participants in new religions. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5(3), 145–170.
487. Robinson, J. P., Shaver, P. R., & Wrightsman, L. S. (1991). Criteria for scale selection and evaluation. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 1-16). New York: Academic Press.
488. Roche, S. M., & McConkey, K. M. (1990). Absorption: Nature, assessment, and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (1), 91–101. doi:10.1037/0022-3514.59.1.91
489. Rock, A. J., Abbott, G. R., Childargushi, H., & Kiehne, M. L. (2008). The effect of shamanic-like stimulus conditions and the cognitive-perceptual factor of schizotypy on phenomenology. *North American Journal of Psychology*, 10, 79–98.
490. Rodgers, B., & Mann, S. A. (1986). Reliability and validity of PSE assessments by lay interviews: A national population survey. *Psychological Medicine*, 16, 689–700.
491. Roehlkepartain, G., King, P.E., Wagener, L. M., and Benson, P. L. (2006). *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

492. Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundation of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
493. Rose, G., & Barker, D. J. (1978). Epidemiology for the uninitiated. What is a case? Dichotomy or continuum? *The British Medical Journal*, 2, 873-874.
Preuzeto sa <http://www.bmj.com/content/bmj/2/6141/873.full.pdf>
494. Rosenthal, E., Riccio, C., Gsanger, K., & Jarratt, K. P. (2006). Digit Span components as predictors of attention problems and executive functioning in children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 131-139.
doi:10.1016/j.acn.2005.08.004
495. Ross, S. R., Lutz, C. J., & Bailley, S. E. (2002). Positive and negative symptoms of schizotypy and the Five-Factor Model: A domain and facet level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 79, 53-72.
doi:10.1207/S15327752JPA7901_04
496. Rothenberg, A. (1990). *Creativity and madness – New findings and old stereotypes*. Baltimore, USA: The John Hopkins University Press.
497. Rubin, J. D. (1996). *Psychotherapy and Buddhism*. New York: Plenum.
498. Rudski, J. M. (2004). The illusion of control, superstitious belief, and optimism. *Current psychology*, 22(4), 306-315. DOI: 10.1007/s12144-004-1036-8
499. Ruff, R. M., Light, R. H., & Evans, R. W. (1987). The Ruff Figural Fluency Test: A normative study with adults. *Developmental Neuropsychology*, 3, 37–51.
500. Ruff, R. M. (1996). *Ruff Figural Fluency Test*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

501. Ruff, R. M., Light, R. H., Parker, S. B., & Levin, H. S. (1997). The psychological construct of word fluency. *Brain and Language*, *57*(3), 394-405. DOI:10.1006/brln.1997.1755
502. Ruíz, M. C. A., Barrantes-Vidal, N., Guitart, M., & Fañanás, L. (2008). Study of neurocognitive correlates of schizotypy personality clusters in healthy individuals. *European Journal of Psychiatry*, *22* (1), 17–28. DOI: 10.4321/S0213-61632008000100003
503. Runco, M. A., & Acar, S. (2012). Divergent thinking as an indicator of creative potential. *Creativity Research Journal*, *24*(1), 66-75. DOI:10.1080/10400419.2012.652929
504. Rushton, J. P. (1990). Creativity, intelligence, and psychoticism. *Personality and Individual Differences*, *11* (12), 1291 –1298.
505. Russ, S. (2001). Primary process thinking and creativity. Affect and cognition. *Creativity Research Journal*, *13*, 27-36.
506. Rust, J., Golombok, S., & Abram, M. (1989). Creativity and schizotypal thinking. *Journal of Genetic Psychology*, *150*(2), 225-227.
507. Rust, J. (1992). Schizotypal thinking among members of occult sects. *Social Behaviour and Personality*, *20*(2), 121-130.
508. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081.

509. Sagone, E., & De Caroli, M. E. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 141*, 881–887. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.05.154
510. Sako, W., Miyazaki, Y., Izumi, Y., & Kaji, R. (2014). Which target is best for patients with Parkinson's disease? A meta-analysis of pallidal and subthalamic stimulation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 85*(9), 982-986.
511. Salthouse, T. A., & Fristoe, N. M. (1995). Process analysis of adult age effects on a computer-administered Trail Making Test. *Neuropsychology, 9*, 518–528.
512. Sanchez-Cubillo, I., Perianez, J. A., Adrover-Roig, D., Rodriguez-Sanchez, J. M., Rios-Lago, M., Tirapu, J., & Barcelo, F. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: Role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*, 438–450.
513. Sarno, M. T., Postman, W. A., Cho, Y. S., & Norman, R. G. (2005). Evolution of phonemic word fluency performance in post-stroke aphasia. *Journal of Communication Disorders, 38*, 83-107. DOI:10.1016/j.jcomdis.2004.05.001
514. Sass, L. A. (2001). Schizophrenia, modernism, and the “creative imagination”: On creativity and psychopathology. *Creativity Research Journal, 13*, 55–74.
515. Sattler, J. M., & Ryan, J. J. (2009). *Assessment with the WAIS-IV*. La Mesa, CA: Jerome M. Sattler, Publisher.
516. Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*(8), 1055–1085.

517. Saykin, A. J., Shtasel, D. L., Gur, R. E., Kester, D. B., Mozley, L. H., Stafiniak, P., & Gur, R. C. (1994). Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 124-131.
518. Schachtel, E. (1959). *Metamorphosis*. New York: Basic Books.
519. Schmidt-Hansen, M., & Honey, R. C. (2009). Working memory and multidimensional schizotypy: Dissociable influences of the different dimensions. *Cognitive Neuropsychology*, *26*(7), 655–670.
520. Schnabel, K., Asendorpf, J. B., & Ostendorf, F. (2002). Replicable types and subtypes of personality: German NEO-PI-R versus NEO-FFI. *European Journal of Personality*, *16*, 7-24.
521. Schofield, K., & Claridge, G. (2007). Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Personality and Individual Differences*, *43*(7), 1908-1916.
522. Schuldberg, D. (1988). Creativity and schizotypal traits: Creativity test scores and perceptual aberration, magical ideation, and impulsive nonconformity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 648–657.
523. Schuldberg, D. (1990). Schizotypal and hypomanic traits, creativity and psychological health. *Creativity Research Journal*, *3*, 218-230.
524. Schuldberg, D. (2000-2001). Six subclinical spectrum traits in normal creativity. *Creativity Research Journal*, *13*, 5-16.

525. Schulz, P. M., Schulz, S. C., Goldberg, S. C., Ettigi, P., Resnick, R. J., & Friedel, R. O. (1986). Diagnoses of the relatives of schizotypal outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 457–463. DOI: 10.1097/00005053-198608000-00003
526. Scott, J., Martin, G., Bor, W., Sawyer, M., Clark, J., & McGrath, J. (2009). The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: Results from a national survey. *Schizophrenia Research*, *107*(2–3), 179–185.
527. Shaner, A., Miller, G. F., & Mintz, J. (2004). Schizophrenia as one extreme of a sexually selected fitness indicator. *Schizophrenia Research*, *70*(1), 101-109.
528. Sheinbaum, T., Bedoya, E., Ros-Morente, A., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2013). Association between attachment prototypes and schizotypy dimensions in two independent non-clinical samples of Spanish and American young adults. *Psychiatry Research*, *210*, 408–413.
529. Sidgwick, H. (1894). Report on a census on hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, *26*, 259-394.
530. Simmonds, C. (2003). *Investigating schizotypy as an anomaly-prone personality* (Unpublished doctoral dissertation). University of Leicester/University College Northampton, UK.
531. Simmonds-Moore, C. A., & Holt, N. J. (2007). Trait, state, and psi: A comparison of psi performance between clusters of scorers on schizotypy in a ganzfeld and waking control condition. *Journal of the Society for Psychical Research*, *71*, 197–215.

532. Simonsen, C., Sundet, K., Vaskinn, A., Birkenaes, A. B., Engh, J. A., Faerden, A., . . . & Andreasen, O. A. (2011). Neurocognitive dysfunction in bipolar and schizophrenia spectrum disorders depends on history of psychosis rather than diagnostic group. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(1), 73–83.
533. Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 434–446.
534. Singer, M. T., & Nievod, A. (2003). New age therapies. In S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 176–204). New York: Guilford
535. Sitskoorn, M. M., Nuyen, J., Appels, M. C. M., van der Wee, N. J. A., & Kahn, R. S. (2002). Release of proactive inhibition and its potential as a genotypic marker. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *24*, 67–81.
536. Sitskoorn, M., Aleman, A., Ebisch, S. J. H., Appels, M. C. M., & Kahn, R. S. (2004). Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *71*(2-3), 285–295.
537. Skinner, R., Conlon, L., Gibbons, D., & McDonald, C. (2011). Cannabis use and non-clinical dimensions of psychosis in university students presenting to primary care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *123*(1), 21–27.
538. Smith, L., Riley, S., & Peters, E. R. (2009). Schizotypy, delusional ideation and well-being in an American new religious movement population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 479–484. doi:10.1002/cpp.645

539. Solomon, S. R., & Sawilowsky, S. S. (2009). Impact of rank-based normalizing transformations on the accuracy of test scores. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8, 448-462.
540. Spitznagel, M. B., & Suhr, J. A. (2002). Executive function deficits associated with symptoms of schizotypy and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 110 (2), 151-163.
541. Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (2nd ed.). New York, USA: Oxford University Press.
542. Srivastava, S. (2016). *Measuring the Big Five Personality Factors*. Preuzeto sa <http://psdlab.uoregon.edu/bigfive.html>
543. Stavridou, A., & Furnham, A. (1996). The relationship between psychoticism, trait-creativity and the attentional mechanism of cognitive inhibition. *Personality and Individual Differences*, 21, 143–153.
544. St Clair, D., Xu, M., Wang, P., Yu, Y., Fang, Y., Zhang, F., . . . & He, L., (2005). Rates of adult schizophrenia following prenatal exposure to the Chinese famine of 1959–1961. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 557–562. DOI:10.1001/jama.294.5.557
545. Steel, C., Marzillier, S., Fearon, P., & Ruddle, A. (2009). Childhood abuse and schizotypal personality. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 44(11), 917–923.
546. Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., . . . & van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions

of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347–358. DOI : 10.1017/S003329170100514

547. Stirling, J., Barkus, E., & Lewis, S. (2007). Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1401-1408. DOI:10.1016/j.brat.2006.06.003

549. Stober, D. R., Schwartz, J. A. J., McDaniel, J. S., & Abrams, R. F. (1997). Depression and HIV disease: Prevalence, correlates, and treatment. *Psychiatric Annals*, 27(5), 372-377.

550. Strauss, E., Sherman, E. M., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. New York: Oxford University Press.

551. Suhr, J. A. (1997). Executive functioning deficits in hypothetically psychosis-prone college students. *Schizophrenia Research*, 27, 29-35. DOI: 10.1016/S0920-9964(97)00072-8

552. Suhr, J. A., & Spitznagel, M. B. (2001). Factor versus cluster models of schizotypal traits. II: Relation to neuropsychological impairment. *Schizophrenia Research*, 52 (3), 241-250. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00185-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00185-7)

553. Sukhwinder, S. S., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (1998). Auditory hallucinations: A review of psychological treatments. *Schizophrenia Research*, 32, 137–150.

554. Swanson, H. L., Mink, J., & Bocian, K. M. (1999). Cognitive processing deficits in poor readers with symptoms of reading disabilities and ADHD: More alike than different? *Journal of Educational Psychology*, 91(2), 321–333.

555. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
556. Tabak, N. T., & Weisman de Mamani, A. G. (2013). Latent profile analysis of healthy schizotypy within the extended psychosis phenotype. *Psychiatry Research, 210*(3), 1008-1013. doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.006
557. Tallent, K. A., & Gooding, D. C., (1999). Working memory and Wisconsin Card Sorting Test performance in schizotypic individuals: A replication and extension. *Psychiatry Research, 89*, 161–170.
558. Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts”: What we know in 2008 Part 1: Overview. *Schizophrenia Research, 100*, 4–19. DOI:10.1016/j.schres.2008.01.022
559. Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, ‘just the facts’ 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research, 110*, 1–23. DOI:10.1016/j.schres.2009.03.005
560. Targ, E., Schlitz, M., & Irwin, H. J. (2000). Psi-related experiences. In E. Cardeña, S. J. Lynn, & S. Krippner (Eds.). *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 219-252). Washington, DC: American Psychological Association.
561. Taylor, H. E., Parker, S., Mansell, W., & Morrison, A. P. (2013). Effects of appraisals of anomalous experience on distress in people at risk of psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*(1), 24-33. doi: 10.1017/S1352465812000227

562. Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing experience and self-altering experiences (“absorption”), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology, 83*, 268–277.
563. Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the Multidimensional Personality Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, Minneapolis.
564. Thaker, G., Moran, M., Adami, H., & Cassady, S. (1993). Psychosis proneness scales in schizophrenia spectrum personality disorders: Familial vs. nonfamilial samples. *Psychiatry Research, 46*, 47–57.
565. Thalbourne, M. A., & Houran, J. (2000). Transliminality, the Mental Experience Inventory, and tolerance of ambiguity. *Personality and Individual Differences, 28*, 853-863.
566. Tiliopoulos, N., & Goodall, K. (2008). The neglected link between adult attachment and schizotypal personality traits. *Personality and Individual Differences, 47*, 299–304.
567. Tipper, S. P. (1985). The negative priming effect: Inhibitory priming with to be ignored objects. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 37A*, 571-590.
568. Tobin, R. M., Graziano, W. G., Vanman, E., & Tassinary, L. (2000). Personality, emotional experience, and efforts to control emotions. *Journal of Personality & Social Psychology, 79*, 656–669. doi:10.1037/0022-3514.79.4.656.

569. Tombaugh, T. N., Kozak, J., & Rees, L. (1999). Normative data stratified by age and education for two measures of verbal fluency: FAS and animal naming. *Archives of Clinical Neuropsychology, 14*, 167-177.
570. Trestman, R. L., Keefe, R. S. E., Mitropoulou, V., Harvey, P. D., de Vegvar, M. L., Lees-Roitman, S., . . . & Siever, L. J. (1995). Cognitive function and biological correlates of cognitive performance in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research, 59*, 127–136.
571. Trull, T. J. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 553-560.
572. Tsakanikos, E. & Claridge, G. (2005). Less words, more words: psychometric schizotypy and verbal fluency. *Personality and Individual Differences, 39*, 705-713.
573. Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (2001). Genes, environment and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry. Supplement, 40*, 18-24. doi:18–24. 10.1192/bjp.178.40.s18
574. Tuchman, N. (2012). *Expanding the healthy schizotype model: Profiles of schizotypy as predictors of creativity, religion, and mental health* (Unpublished doctoral dissertation). University of Miami, Florida, USA. Dostupno na University of Miami Libraries' Scholarly Repository, Open Access Dissertations. (Paper 817) http://scholarlyrepository.miami.edu/oa_dissertations/817/
575. Tukey, J. W. (1962). The future of data analysis. *The Annals of Mathematical Statistics, 33*(1), 1-67.

576. Tuulio-Henriksson, A., Haukka, J., Partonen, T., Varilo, T., Paunio, T., Ekelund, J., . . . & Lönnqvist, J. (2002). Heritability of neurocognitive functions and number of quantitative trait loci contributing to them in families with schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics, 114*, 483-490.
577. Uhlhaas, P. J., Phillips, W. A., Mitchell, G., & Silverstein, S. M. (2006). Perceptual grouping in disorganized schizophrenia. *Psychiatry Research, 145*(2-3), 105–117. doi:10.1016/j.psychres.2005.10.016
578. Unterrainer, H. F. & Lewis, A. J. (2014). The Janus face of schizotypy : Enhanced spiritual connection or existential despair? *Psychiatry research, 220*(1-2), 233-236.
579. Vaitl, D., Birbaumer, N., Gruzelier, J., Jamieson, G. A., Kotchoubey, B., Kübler, A., . . . & Weiss, T. (2005). Psychobiology of altered states of consciousness. *Psychological Bulletin, 131*(1), 98 –127.
580. van de Ven, V., & Merckelbach, H. (2003). The role of schizotypy, mental imagery, and fantasy proneness in hallucinatory reports of undergraduate students. *Personality and Individual Differences, 35*, 889–896.
581. van Dongen, C. J. (1999). Smoking and persistent mental illness: An exploratory study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 37*(11), 26-34. DOI: 10.3928/0279-3695-19991101-07
582. van Os, J., Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Liraud, F., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 459–463. doi:10.1007/s001270050220

583. van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, *45*, 11-20
584. van Os, J. (2003). Is there a continuum of psychotic experiences in the general population? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *12*(4), 242-252.
585. van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *39*, 179-195.
586. van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, *468*, 203-312.
587. Varese, F., & Bentall, R. P. (2011). The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(5), 850-864.
588. Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, *51*, 33-48.
589. Verdoux, H., van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1998). Is early adulthood a critical developmental stage for psychosis proneness? A survey of delusional ideation in normal subjects. *Schizophrenia Research*, *29*, 247-254.
590. Verdoux, H., van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R., & Bourgeois, M. L. (1999). Increased occurrence of depression in psychosis-prone subjects: A follow-up study in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 462-468.

591. Vilkki, J., & Holst, P. (1994). Speed and flexibility in word-fluency tasks after focal brain lesions. *Neuropsychologia*, *32*, 1257- 1262.
592. Voglmaier, M. M., Seidman, L. J., Niznikiewicz, M. A., Dickey, C. C., Shenton, M. E., & McCarley, R. W. (2000). Verbal and nonverbal neuropsychological test performance in subjects with schizotypal personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 787-793. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.787
593. Vollema, M. (1999). *Schizotypy: Toward the psychological heart of schizophrenia*. Groningen: Shaker Publishing.
594. Vyse, S. A. (2000). *Believing in magic: The psychology of superstition*. Oxford, England: Oxford University Press.
595. Waldeck, T. L., & Miller, S. M. (2000). Social skills deficits in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research*, *93*, 237-246.
596. Wallach, M. A., & Kogan, N. (1965). *Modes of thinking in young children*. New York: Holt, Rhinehart and Winston.
597. Waller, N. G., & Reise, S. P. (1989). Computerized adaptive personality assessment: An illustration with the Absorption scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1051–1058.
598. Waller, N. G., & Meehl, P. E. (1998). *Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua*. Thousands Oaks, CA: Sage.

599. Waller, N. G., Yonce, L. J., Grove, W. M., Faust, D., & Lenzenweger, M. F. (2006). *A Paul Meehl reader: Essays on the practice of scientific psychology (Multivariate Applications Series)*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
600. Ward, T. A., Gaynor, K. J., Hunter, M. D., Woodruff, P. W., Garety, P. A., & Peters, E. R. (2014). Appraisals and responses to experimental symptom analogues in clinical and nonclinical individuals with psychotic experiences. *Schizophrenia Bulletin*, *40* (4), 845-855.
601. Weich, S. (1997). Prevention of the common mental disorders: A public health perspective. *Psychological Medicine*, *27*, 757–764.
602. Weinberger, M., Kirkman, M. S., Samsa, G. P., Cowper, P. A., Shortliffe, E. A., Simel, D. L., & Feussner, J. R. (1994). The relationship between glycemic control and health-related quality of life of patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Medical Care*, *32*(12), 1173–1182.
603. Weinstein, S., & Graves, R. E. (2001). Creativity, schizotypy, and laterality. *Cognitive Neuropsychiatry*, *6*, 131–146.
604. Weinstein, S., & Graves, R. E. (2002). Are creativity and schizotypy products of a right hemisphere bias? *Brain and Cognition*, *49* (1), 138 –151.
605. Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
606. Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 301–320.

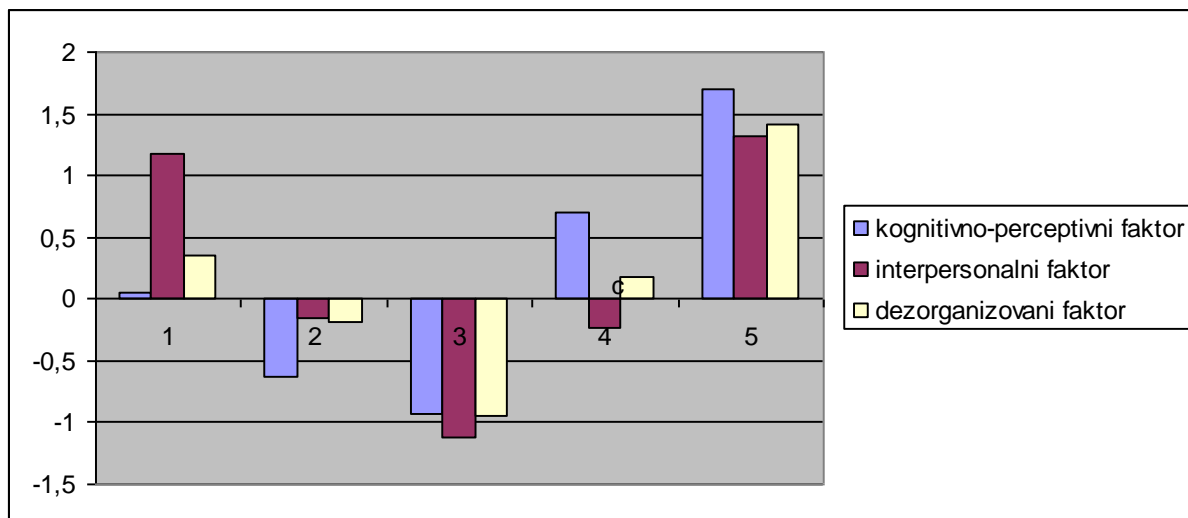
607. Wells, A., & Butler, G. (1997). Generalised anxiety disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 155-178). Oxford: Oxford University Press.
608. Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 385–396.
609. West, L. (1962). *Hallucinations*. New York and London: Grune & Stratton.
610. Wielkiewicz, R. M. (1990). Interpreting low scores on the WISC-R third factor: It's more than distractibility. *Psychological Assessment*, *2*, 91–97.
611. Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*, 305-316.
612. Wild, T., Kuiken, D., & Schopflocher, D. (1995). The role of absorption in experiential involvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(3), 569–579.
613. Williams, L. M., & Irwin, H. (1991). A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy and cognitive style. *Personality and Individual Differences*, *12*, 1339–1348.
614. Williams, L. (1994). The multidimensional nature of schizotypal traits, a cluster analytic study. *Personality and Individual Differences*, *16*, 103-112.
615. Williams, J. H., Wellman, N. A., & Rawlins, J. N., (1996). Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people. *Addiction*, *91*, 869–877.

616. Wilson, J., & Costanzo, P. (1996). A preliminary study of attachment, attention, and schizotypy in early adulthood. *Journal of Social and Clinical Psychology, 15*, 231–260. doi: 10.1521/jscp.1996.15.2.231
617. Wimberley, R. C. (1975). A program for the T-score normal standardizing transformation. *Educational and Psychological Measurement, 35*, 693-695.
618. Windholz, G., & Diamant, L. (1974). Some personality traits of believers in extraordinary phenomena. *Bulletin of the Psychonomic Society, 3*, 125-126.
619. Wood, S. J., Pantelis, C., Proffitt, T., Phillips, L. J., Stuart, G. W., Buchanan, J. A., . . . & McGorry, P. D. (2003). Spatial working memory ability is a marker of risk-for-psychosis. *Psychological Medicine, 33*, 1239-1247.
620. Woods, T., Antoni, M., Ironson, G., & Kling, D. (1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV- infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(2), 165-176.
621. Woody, E., & Claridge, G. (1977). Psychoticism and thinking. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 16*(3), 241-248.
622. World Health Organization. (1948). *WHO definition of health*. Preuzeto sa <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
623. Yates, D., Moore, D., & McCabe, G. (1999). *The Practice of Statistics* (1st ed.). New York: W. H. Freeman.
624. Yeung, A. S., Lyons, M. J., Waternaux, C. M., Faraone, S. V., & Tsuang, M. T. (1993). The relationship between DSM–III personality disorders and the five-factor model of personality. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 227–234.

625. Zammit, S., Odd, D., Horwood, J., Thompson, A., Thomas, K., Menezes, P., . . . & Harrison, G. (2009). Investigating whether adverse prenatal and perinatal events are associated with non-clinical psychotic symptoms at age 12 years in the ALSPAC birth cohort. *Psychological Medicine, 39*(9), 1457–1467. doi: 10.1017/S0033291708005126
626. Zanes, J., Ross, S., Hatfield, R., Houtler, B., & Whitman, D. (1998). The relationship between creativity and psychosis-proneness. *Personality and Individual Differences, 24*, 879-881.
627. Ziedonis, D. M., & George, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: Report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin, 23*, 247–254.
628. Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (2001). The psychiatric diagnostic screening questionnaire: Development, reliability, and validity. *Comprehensive Psychiatry, 42*(3), 175-189.
629. Zimmerman, M. (2002). *The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

5. PRILOZI

Prilog 1. Petoklastersko rešenje u prostoru dimenzija upitnika SPQ-BR



Napomena. Klaster 2 i klaster 3 deluju redundantno, te smo se opredelili za soluciju sa četiri klastera.

Prilog 2. Deskriptivni pokazatelji za četiri klastera prema nestandardizovanim skorovima na dimenzijama upitnika SPQ-BR

Dimenzija \ Klaster	Kognitivno-perceptivna					Interpersonalna				Dezorganizovanost				
	N	AS	SD	Min.	Maks.	AS	SD	Min.	Maks.	AS	SD	Min.	Maks.	ΣAS
Socijalno povlačenje	149	30.07	5.36	15	40	32.06	4.50	25	46	21.70	5.80	10	38	83.83
Niska shizotipija	303	22.97	4.37	14	34	16.91	4.50	10	29	14.78	4.66	8	33	54.66
Neobična iskustva	214	36.05	4.92	26	53	21.22	4.07	10	32	19.82	5.03	8	35	77.09
Visoka shizotipija	109	47.01	5.77	37	61	33.17	7.15	18	47	28.75	5.26	17	40	108.94

Prilog 3. Deskriptivni pokazatelji za četiri klastera na standardizovanim (z) skorovima na dimenzijama upitnika SPQ-BR

Dimenzija \ Klaster	Kognitivno-perceptivna			Interpersonalna		Dezorganizovanost		
	N	AS	SD	AS	SD	AS	SD	
Socijalno povlačenje	149	-.13	.56	1.05	.54	.32	.84	

Niska shizotipija	303	-.87	.45	-.77	.54	-.68	.68
Neobična iskustva	214	.49	.51	-.25	.49	.05	.73
Visoka shizotipija	109	1.63	.60	1.19	.86	1.35	.76
Σ	775	.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00

Prilog 4. Testovi normalnosti za sve kontinuirane varijable u drugom delu istraživanja pre normalizacije skorova

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	test	ss	p	test	ss	p
Psihopatološki simptomi	.15	181	.00	.90	181	.00
Ekstraverzija	.09	181	.00	.97	181	.00
Prijatnost	.13	181	.00	.95	181	.00
Savesnost	.11	181	.00	.98	181	.01
Neuroticizam	.09	181	.00	.99	181	.05
Otvorenost ka iskustvu	.06	181	.20	.98	181	.04
Apsorpcija	.08	181	.00	.98	181	.01
Emocionalno blagostanje	.19	181	.00	.90	181	.00
Socijalno blagostanje	.07	181	.03	.99	181	.22
Psihološko blagostanje	.10	181	.00	.97	181	.00
Fonemska fluentnost	.08	181	.01	.99	181	.05
Brojevi unapred	.11	181	.00	.97	181	.00
Brojevi unazad	.20	181	.00	.93	181	.00
TMT set A	.16	181	.00	.86	181	.00
TMT set B	.13	181	.00	.83	181	.00
Indeks egzekutivnosti B/A	.10	181	.00	.91	181	.00
Fluentnost (zadatak upotrebe stvari)	.13	181	.00	.94	181	.00
Fleksibilnost (zadatak upotrebe stvari)	.15	181	.00	.96	181	.00
Originalnost (zadatak upotrebe stvari)	.15	181	.00	.95	181	.00
Elaboracija (zadatak upotrebe stvari)	.11	181	.00	.97	181	.00
Fluentnost (zadatak alternat. znakova)	.15	181	.00	.95	181	.00
Fleksibilnost (zadatak alternat. znakova)	.13	181	.00	.96	181	.00
Originalnost (zadatak alternat. znakova)	.15	181	.00	.93	181	.00
Elaboracija (zadatak alternat. znakova)	.12	181	.00	.97	181	.00
Meta-kognicije (utisak) - neobično	.17	165	.00	.90	165	.00
Meta-kognicije (utisak) - zanimljivo	.26	165	.00	.74	165	.00
Meta-kognicije (utisak) – stresno	.41	165	.00	.45	165	.00
Meta-kognicije (utisak) - preteće	.49	165	.00	.27	165	.00
Meta-kognicije – zagonetka	.13	165	.00	.93	165	.00
Meta-kognicije – normalno iskustvo	.13	165	.00	.93	165	.00
Meta-kognicije – neko je umešan u ovo	.27	165	.00	.76	165	.00

Meta-kognicije – kompjuter čita misli	.46	165	.00	.34	165	.00
Meta-kognicije – namerno...	.47	165	.00	.41	165	.00
Meta-kognicije – deo veće zavere	.45	165	.00	.48	165	.00
Meta-kognicije – sa mnom nešto nije u redu	.49	165	.00	.23	165	.00
Stil odgovora – prihvatanje iskustva	.13	165	.00	.95	165	.00
Stil odgovora – razumno objašnjenje	.18	165	.00	.87	165	.00
Stil odgovora - izbegavanje	.15	165	.00	.89	165	.00
Stil odgovora - kontrolisanje	.15	165	.00	.91	165	.00
Stil odgovora - upuštanje	.13	165	.00	.95	165	.00
Stil odgovora - briga	.15	165	.00	.91	165	.00
Stil odgovora - vera u objašnjenje	.14	165	.00	.93	165	.00
Stil odgovora - odustajanje	.18	165	.00	.87	165	.00

Napomena. ss = stepeni slobode.

Prilog 5. Skjunis i kurtosis za sve kontinuirane varijable u drugom delu istraživanja nakon normalizacije skorova

	N	Min.	Maks.	Skjunis	std. gr.	Kurtosis	std. gr.
Psihopatološki simptomi	181	-1.62	2.70	.17	.18	-.41	.36
Ekstraverzija	181	-2.50	2.50	.00	.18	-.20	.36
Prijatnost	181	-2.70	2.70	-.01	.18	-.16	.36
Savesnost	181	-2.70	2.70	-.01	.18	-.13	.36
Neuroticizam	181	-2.70	2.50	-.00	.18	-.16	.36
Otvorenost ka iskustvu	181	-2.70	2.70	-.01	.18	-.15	.36
Apsorpcija	181	-2.70	2.70	.00	.18	-.13	.36
Emocionalno blagostanje	181	-2.70	2.00	-.10	.18	-.23	.36
Socijalno blagostanje	181	-2.70	2.70	.00	.18	-.13	.36
Psihološko blagostanje	181	-2.70	2.70	-.02	.18	-.20	.36
Kreativno ponašanje	181	-2.37	2.70	.03	.18	-.19	.36
Fonemska fluentnost	181	-2.70	2.70	.00	.18	-.12	.36
Brojevi unapred	181	-2.37	2.37	.02	.18	-.20	.36
Brojevi unazad	181	-2.11	2.70	.09	.18	-.15	.36
TMT set A	181	-2.70	2.70	.01	.18	-.13	.36
TMT set B	181	-2.70	2.70	.01	.18	-.15	.36
Indeks egzekutivnosti B/A	181	-2.70	2.70	.00	.18	-.13	.36
Fluentnost (zadatak upotrebe stvari)	181	-2.00	2.70	.08	.18	-.24	.36
Fleksibilnost (zadatak upotrebe stvari)	181	-2.11	2.50	.07	.18	-.21	.36
Originalnost (zadatak upotrebe stvari)	181	-2.27	2.70	.04	.18	-.20	.36
Elaboracija (zadatak upotrebe stvari)	181	-1.95	2.70	.08	.18	-.28	.36
Fluentnost (zadatak alternat. znakova)	181	-2.70	2.50	.05	.18	-.15	.36

Fleksibilnost (zadatak alternat. znakova)	181	-2.70	2.70	.04	.18	-.13	.36
Originalnost (zadatak aleternat. znakova)	181	-2.37	2.70	.04	.18	-.17	.36
Elaboracija (zadatak alternat. znakova)	181	-2.50	2.50	.02	.18	-.16	.36
Meta-kognicije (utisak) – neobično	167	-2.08	1.24	-.27	.19	-.70	.37
Meta-kognicije (utisak) – zanimljivo	167	-2.47	.71	-.74	.19	-.45	.37
Meta-kognicije (utisak) – stresno	167	-.30	2.68	1.64	.19	1.46	.37
Meta-kognicije (utisak) – preteće	167	-.14	2.68	2.70	.19	6.00	.37
Meta-kognicije – zagonetka	168	-2.47	1.31	-.24	.19	-.59	.37
Meta-kognicije – normalno iskustvo	168	-1.51	1.79	.08	.19	-.71	.37
Meta-kognicije – neko je umešan u ovo	168	-.70	1.87	.67	.19	-.79	.37
Meta-kognicije – kompjuter čita misli	168	-.21	2.68	2.12	.19	3.24	.37
Meta-kognicije – namerno...	168	-.21	2.68	2.12	.19	3.21	.37
Meta-kognicije – deo veće zavere	168	-.28	2.68	1.74	.19	1.77	.37
Meta-kognicije – sa mnom nešto nije u redu	168	-.12	2.68	3.00	.19	7.76	.37
Stil odgovora – prihvatanje iskustva	168	-1.79	1.66	-.04	.19	-.65	.37
Stil odgovora – razumno objašnjenje	168	-2.47	1.04	-.41	.19	-.62	.37
Stil odgovora – izbegavanje	168	-1.21	2.02	.28	.19	-.72	.37
Stil odgovora – kontrolisanje	167	-1.22	1.79	.22	.19	-.85	.37
Stil odgovora – upuštanje	168	-1.61	1.87	.06	.19	-.62	.37
Stil odgovora – briga	168	-1.21	1.79	.22	.19	-.86	.37
Stil odgovora – vera u objašnjenje	167	-1.53	1.55	.00	.19	-.83	.37
Stil odgovora – odustajanje	168	-1.00	2.47	.47	.19	-.60	.37

Napomena. std. gr. = standardna greška.

Prilog 6. Testovi normalnosti za sve kontinuirane varijable u drugom delu istraživanja nakon normalizacije skorova

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	test	ss	p	test	ss	p
Psihopatološki simptomi	.08	181	.01	.98	181	.00
Ekstraverzija	.04	181	.20	.99	181	.64
Prijatnost	.05	181	.20	.99	181	.74
Savesnost	.05	181	.20	1.00	181	.92
Neuroticizam	.05	181	.20	1.00	181	.88
Otvorenost ka iskustvu	.04	181	.20	1.00	181	.94
Apsorpcija	.02	181	.20	1.00	181	1.00
Emocionalno blagostanje	.12	181	.00	.97	181	.00
Socijalno blagostanje	.06	181	.20	1.00	181	.89
Psihološko blagostanje	.05	181	.20	.99	181	.72
Kreativno ponašanje	.05	181	.20	.99	181	.29

Fonemska fluentnost	.04	181	.20	1.00	181	.98
Brojevi unapred	.10	181	.00	.97	181	.00
Brojevi unazad	.17	181	.00	.96	181	.00
TMT set A	.04	181	.20	1.00	181	.98
TMT set B	.03	181	.20	1.00	181	1.00
Indeks egzekutivnosti B/A	.02	181	.20	1.00	181	1.00
Fluentnost (zadatak upotrebe stvari)	.10	181	.00	.98	181	.00
Fleksibilnost (zadatak upotrebe stvari)	.13	181	.00	.96	181	.00
Originalnost (zadatak upotrebe stvari)	.09	181	.00	.99	181	.07
Elaboracija (zadatak upotrebe stvari)	.07	181	.03	.98	181	.02
Fluentnost (zadatak alternat. znakova)	.12	181	.00	.97	181	.00
Fleksibilnost (zadatak alternat. znakova)	.11	181	.00	.97	181	.00
Originalnost (zadatak alternat. znakova)	.07	181	.03	.99	181	.25
Elaboracija (zadatak alternat. znakova)	.09	181	.00	.98	181	.03
Meta-kognicije (utisak) – neobično	.13	165	.00	.94	165	.00
Meta-kognicije (utisak) – zanimljivo	.29	165	.00	.83	165	.00
Meta-kognicije (utisak) – stresno	.46	165	.00	.59	165	.00
Meta-kognicije (utisak) – preteće	.52	165	.00	.38	165	.00
Meta-kognicije – zagonetka	.12	165	.00	.94	165	.00
Meta-kognicije – normalno iskustvo	.10	165	.00	.95	165	.00
Meta-kognicije – neko je umešan u ovo	.30	165	.00	.82	165	.00
Meta-kognicije – kompjuter čita misli	.50	165	.00	.48	165	.00
Meta-kognicije – namerno...	.50	165	.00	.49	165	.00
Meta-kognicije – deo veće zavere	.48	165	.00	.55	165	.00
Meta-kognicije – sa mnom nešto nije u redu	.53	165	.00	.35	165	.00
Stil odgovora – prihvatanje iskustva	.09	165	.00	.96	165	.00
Stil odgovora – razumno objašnjenje	.19	165	.00	.91	165	.00
Stil odgovora – izbegavanje	.13	165	.00	.94	165	.00
Stil odgovora – kontrolisanje	.13	165	.00	.93	165	.00
Stil odgovora – puštanje	.12	165	.00	.96	165	.00
Stil odgovora – briga	.14	165	.00	.93	165	.00
Stil odgovora – vera u objašnjenje	.10	165	.00	.95	165	.00
Stil odgovora – odustajanje	.20	165	.00	.90	165	.00

Napomena. ss = stepeni slobode.

Prilog 7. Frekvence prema klasterima za demografske i biografske varijable za koje nije mogao biti izračunat χ^2 test

Klaster		Ekonomski status (u poređenju sa drugima)			Fizičko kažnjavanje			Droge		Psihofarmaci	
		isti	bolji	lošiji	nikad	ponekad	često	Da	Ne	Da	Ne
Socijalno povlačenje	N	33	8	5	42	4	0	3	43	2	44
	%	71,7	17,4	10,9	91,3	8,7	0,0	6,5	93,5	4,3	95,7
Niska shizotipija	N	28	13	4	45	0	0	6	39	3	42
	%	62,2	28,9	8,9	100,0	0,0	0,0	13,3	86,7	6,7	93,3
Neobična iskustva	N	42	3	2	46	0	1	1	46	2	45
	%	89,4	6,4	4,3	97,9	0,0	2,1	2,1	97,9	4,3	95,7
Visoka shizotipija	N	32	4	7	40	3	0	2	41	4	39
	%	74,4	9,3	16,3	93,0	7,0	0,0	4,7	95,3	9,3	90,7

Prilog 8. Deskriptivni statistički pokazatelji prema klasterima za varijable na kojima su primenjene parametrijske statističke procedure

Varijabla	Klaster	N	AS	SD	std. gr	Min.	Maks.
Psihopatološki simptomi	Socijalno povlačenje	46	5.67	3.86	.57	0	18
	Niska shizotipija	45	2.49	2.84	.42	0	15
	Neobična iskustva	47	4.17	3.25	.47	0	12
	Visoka shizotipija	43	9.21	5.41	.82	0	20
Ekstraverzija	Socijalno povlačenje	46	24.65	6.31	.93	14	39
	Niska shizotipija	45	32.01	4.53	.68	20	40
	Neobična iskustva	47	31.00	5.02	.73	17	40
	Visoka shizotipija	43	25.19	5.54	.84	14	35
Prijetnost	Socijalno povlačenje	46	33.41	6.27	.92	22	44
	Niska shizotipija	45	35.53	4.60	.69	24	45
	Neobična iskustva	47	37.15	4.95	.72	22	44
	Visoka shizotipija	43	33.00	5.88	.90	13	44
Savesnost	Socijalno povlačenje	46	29.50	6.15	.91	14	39
	Niska shizotipija	45	31.87	5.89	.88	18	44
	Neobična iskustva	47	32.11	5.33	.78	17	41
	Visoka shizotipija	43	28.70	5.95	.91	16	39
Neuroticizam	Socijalno povlačenje	46	24.23	5.95	.88	10	36.51
	Niska shizotipija	45	20.22	4.99	.74	11	35
	Neobična iskustva	47	21.19	5.41	.79	11	37
	Visoka shizotipija	43	27.07	5.87	.90	14	38
Otvorenost ka	Socijalno povlačenje	46	35.00	6.40	.94	16	48

iskustvu	Niska shizotipija	45	37.04	6.96	1.04	20	50
	Neobična iskustva	47	37.66	6.53	.95	18	48
	Visoka shizotipija	43	38.77	6.65	1.01	24	49
Apsorpcija	Socijalno povlačenje	46	69.33	17.48	2.58	48	116
	Niska shizotipija	45	63.94	16.20	2.42	36	102.09
	Neobična iskustva	47	77.17	16.32	2.38	52	114
	Visoka shizotipija	43	89.47	15.58	2.38	61	131
Emocionalno blagostanje	Socijalno povlačenje	46	13.28	3.19	.47	4	18
	Niska shizotipija	45	15.29	1.90	.28	10	18
	Neobična iskustva	47	14.96	2.31	.34	9	18
	Visoka shizotipija	43	13.19	2.75	.42	6	18
Socijalno blagostanje	Socijalno povlačenje	46	15.65	5.85	.86	5	30
	Niska shizotipija	45	16.98	4.70	.70	6	29
	Neobična iskustva	47	17.85	4.88	.71	9	28
	Visoka shizotipija	43	15.49	5.25	.80	8	28
Psihološko blagostanje	Socijalno povlačenje	46	21.24	6.71	.99	10	35
	Niska shizotipija	45	27.04	5.23	.78	14	36
	Neobična iskustva	47	26.49	5.32	.78	14	35
	Visoka shizotipija	43	23.02	6.83	1.04	9	35
Kreativno ponašanje	Socijalno povlačenje	46	6.26	3.88	.57	0	14
	Niska shizotipija	45	6.91	4.45	.66	1	17
	Neobična iskustva	47	7.00	4.20	.61	1	20
	Visoka shizotipija	43	8.23	3.96	.60	2	16
Fonemska fluentnost	Socijalno povlačenje	46	35.96	7.68	1.13	22	51
	Niska shizotipija	45	36.13	8.03	1.20	24	55
	Neobična iskustva	47	35.34	7.95	1.16	17	53
	Visoka shizotipija	43	34.95	8.25	1.26	16	56
Brojevi unapred	Socijalno povlačenje	46	7.93	2.17	.32	4	13
	Niska shizotipija	45	8.71	1.82	.27	4	13
	Neobična iskustva	47	8.45	1.73	.25	5	11
	Visoka shizotipija	43	7.49	1.80	.28	4	12
Brojevi unazad	Socijalno povlačenje	46	6.93	2.08	.31	4	13
	Niska shizotipija	45	7.16	1.51	.22	4	12
	Neobična iskustva	47	6.98	1.84	.27	4	11
	Visoka shizotipija	43	7.05	1.54	.24	5	11
TMT set A	Socijalno povlačenje	46	29.30	9.08	1.34	17	62
	Niska shizotipija	45	26.71	11.97	1.78	12	74
	Neobična iskustva	47	28.13	10.94	1.60	11	67
	Visoka shizotipija	43	29.40	10.74	1.64	15	71
TMT set B	Socijalno povlačenje	46	39.46	16.02	2.36	23	127
	Niska shizotipija	45	40	17.02	2.54	20	110
	Neobična iskustva	47	38.74	16.81	2.45	16	96
	Visoka shizotipija	43	36.33	9.39	1.43	19	61
Indeks egzekutivnosti B/A	Socijalno povlačenje	46	1.38	.38	.06	.74	2.39

	Niska shizotipija	45	1.61	.65	.10	.59	3.33
	Neobična iskustva	47	1.43	.48	.07	.70	3.10
	Visoka shizotipija	43	1.30	.31	.05	.70	2.13
Fluentnost (zadatak upotrebe stvari)	Socijalno povlačenje	46	5.83	2.01	.30	2	10
	Niska shizotipija	45	5.98	2.67	.40	2	17
	Neobična iskustva	47	6.15	2.69	.39	2	12
	Visoka shizotipija	43	5.77	2.18	.33	2	12
Fleksibilnost (zadatak upotrebe stvari)	Socijalno povlačenje	46	4.11	1.43	.21	2	8
	Niska shizotipija	45	4.36	1.72	.26	1	9
	Neobična iskustva	47	4.40	1.87	.27	1	9
	Visoka shizotipija	43	3.80	1.57	.24	1	6
Originalnost (zadatak upotrebe stvari)	Socijalno povlačenje	46	5.89	3.15	.46	1	14
	Niska shizotipija	45	6.20	3.89	.58	0	19
	Neobična iskustva	47	6.36	4.17	.61	1	16
	Visoka shizotipija	43	5.91	3.50	.53	0	15
Elaboracija (zadatak upotrebe stvari)	Socijalno povlačenje	46	4.67	3.22	.47	0	13
	Niska shizotipija	45	4.91	2.95	.44	0	12
	Neobična iskustva	47	4.72	2.66	.39	0	10
	Visoka shizotipija	43	5.28	2.69	.41	0	11
Fluentnost (zadatak alternat. znakova)	Socijalno povlačenje	46	5.46	1.82	.27	2	10
	Niska shizotipija	45	5.38	2.20	.33	2	12
	Neobična iskustva	47	5.89	2.54	.37	0	11
	Visoka shizotipija	43	5.53	2.35	.36	2	12
Fleksibilnost (zadatak alternat. znakova)	Socijalno povlačenje	46	4.41	1.73	.26	2	8
	Niska shizotipija	45	4.16	1.41	.21	1	7
	Neobična iskustva	47	4.68	1.72	.25	0	9
	Visoka shizotipija	43	4.16	1.70	.26	1	8
Originalnost (zadatak alternat. znakova)	Socijalno povlačenje	46	6.54	3.02	.44	1	16
	Niska shizotipija	45	6.24	3.73	.56	0	15
	Neobična iskustva	47	7.09	4.23	.62	0	18
	Visoka shizotipija	43	7.09	5.04	.77	0	21
Elaboracija (zadatak alternat. znakova)	Socijalno povlačenje	46	6.20	2.82	.42	1	14
	Niska shizotipija	45	5.58	2.28	.34	2	10
	Neobična iskustva	47	6.19	2.97	.43	0	13
	Visoka shizotipija	43	6.58	2.91	.44	0	14

Napomena. std. gr. = standardna greška.

Prilog 9. Pirsonovi koeficijenti korelacije između normalizovanih skorova na pet dimenzija ličnosti merenih upitnikom BFI

	Ekstraverzija	Prijatnost	Savesnost	Neuroticizam
Prijatnost	.27**			
Savesnost	.34**	.30**		
Neuroticizam	-.41**	-.23**	-.26**	
Otvorenost ka iskustvu	.21**	.15	.13	-.05

** $p < .01$

Prilog 10. Leveneov test homogenosti varijanse za normalizovane skorove na pet dimenzija ličnosti merenih upitnikom BFI

	Leveneov test	ss 1	ss 2	p
Ekstraverzija	.77	3	177	.51
Prijatnost	1.40	3	177	.25
Savesnost	.26	3	177	.85
Neuroticizam	.39	3	177	.76
Otvorenost ka iskustvu	.46	3	177	.71

Napomena. ss = stepeni slobode.

Prilog 11. Pirsonovi koeficijenti korelacije za normalizovane skorove na tri dimenzije blagostanja merene upitnikom MHC-SF

	Emocionalno blagostanje	Socijalno blagostanje
Socijalno blagostanje	.58**	
Psihološko blagostanje	.70**	.57**

** $p < .01$

Prilog 12. Leveneov test jednakosti varijanse greške za normalizovane skorove na tri dimenzije blagostanja merene upitnikom MHC-SF

	F	ss1	ss2	p
Emocionalno blagostanje	.29	3	177	.83
Socijalno blagostanje	1.17	3	177	.32
Psihološko blagostanje	.95	3	177	.42

Napomena. ss = stepeni slobode.

Prilog 13. Leveneov test jednakosti varijanse greške za normalizovane skorove na suptestovima Brojevi unapred i Brojevi unazad

	F	ss 1	ss 2	p
Brojevi unapred	.90	3	177	.44
Brojevi unazad	3.07	3	177	.03

Napomena. ss = stepeni slobode.

Prilog 14. Pirsonovi koeficijenti korelacije između normalizovanih skorova sa instrumenta TMT

	TMT set A	TMT set B
TMT set A		
TMT set B	.56**	
Indeks egzekutivnosti B/A	-.45**	.46**

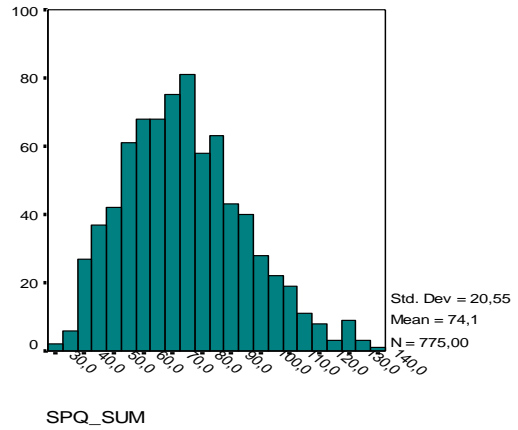
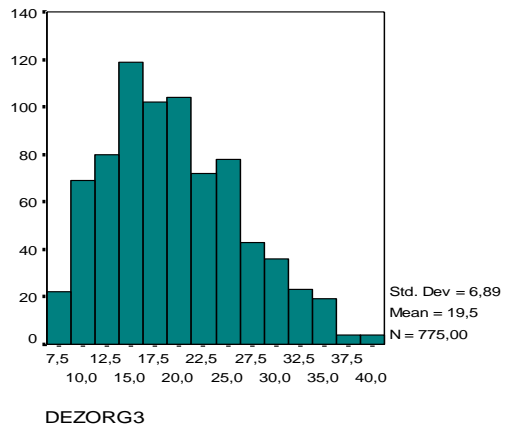
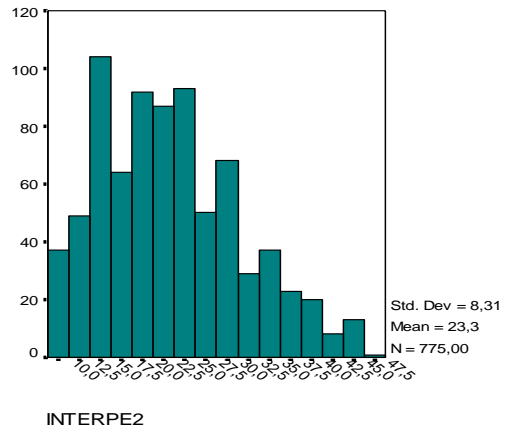
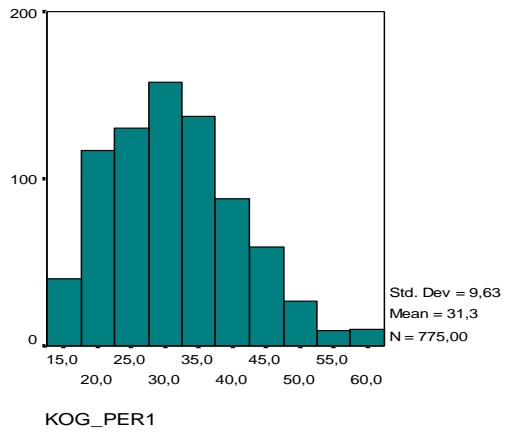
** p < .01

Prilog 15. Pirsonovi koeficijenti korelacije između normalizovanih skorova sa zadatka upotrebe stvari i zadatka alternativnih znakova

	Fluentnost (zadatak upotrebe stvari)	Fleksibilnost (zadatak upotrebe stvari)	Originalnost (zadatak upotrebe stvari)	Elaboracija (zadatak upotrebe stvari)	Fluentnost (zadatak alternat. znakova)	Fleksibilnost (zadatak alternat. znakova)	Originalnost (zadatak alternat. znakova)
Fleksibilnost (zadatak upotrebe stvari)	.74**						
Originalnost (zadatak upotrebe stvari)	.86**	.82**					
Elaboracija (zadatak upotrebe stvari)	.39**	.47**	.46**				
Fluentnost (zadatak alternat. znakova)	.48**	.36**	.49**	.20**			
Fleksibilnost (zadatak alternat. znakova)	.39**	.37**	.42**	.24**	.77**		
Originalnost (zadatak alternat. znakova)	.38**	.23**	.39**	.15*	.84**	.61**	
Elaboracija (zadatak alternat. znakova)	.33**	.29**	.35**	.40**	.51**	.59**	.51**

* p < .05, ** p < .01

Prilog 16. Distribucije pojedinačnih supskala i ukupnog skora za upitnik SPQ-BR



Prilog 17. Saglasnost za učešće u istraživanju

Poštovani/a,

istraživanje u kome učestvujete sprovodi se pri Odseku za psihologiju na Filozofskom fakultetu i spada u deo Vaših predispitnih aktivnosti. Za učešće u ovoj fazi bićete nagrađeni bodom za predispitnu aktivnost u okviru kursa putem kog ste saznali za istraživanje. Osim toga, stićete pravo da učestvujete u nagradnoj igri i prijavite se na jednu od besplatnih radionica za studente koje će se održavati tokom proleća.

Vaš identitet u ovom istraživanju će kompletno biti zaštićen jer lični podaci o Vama neće biti nigde spominjani. Vaši rezultati će biti obrađivani isključivo grupno, sa rezultatima svih ostalih ispitanika. Svi podaci prikupljeni u ovom istraživanju biće korišćeni isključivo u naučne svrhe. Broj indeksa, te podaci o tome sa kog ste odseka i preko kog kursa ste saznali za ovo istraživanje biće upotrebljeni samo i jedino u cilju dobijanja bodova za predispitnu aktivnost.

Sada učestvujete u drugoj fazi istraživanja koja traje oko 45 minuta. Radićete nekoliko zadataka kojima se ispituje kako ljudi razmišljaju u određenim situacijama. Takođe, popunićete nekoliko upitnika koji se odnose na osećanja, osobine ličnosti, stavove, iskustva, mentalno zdravlje i kreativnost. Vaš zadatak je da aktivno učestvujete i da na sva pitanja u upitnicima odgovorite iskreno.

Tokom učešća, od Vas će se očekivati da odgovorite na nekoliko pitanja koja se odnose na moguća stresna iskustava i upotrebu alkohola i psihoaktivnih supstanci. Ovi podaci su nam važni kako bismo bolje razumeli zbog čega neki ljudi imaju probleme u oblasti mentalnog zdravlja i da pronademo načine da im pomognemo. Većina ljudi sa lakoćom odgovara na ova pitanja. U slučaju da se ipak desi da tokom odgovaranja na neka od ovih pitanja osetite izrazitu uznemirenost, možete odbiti da odgovorite na dato pitanje ili možete prekinuti sa učešćem u istraživanju, bez štete po Vas, a da kasnije sa predmetnim nastavnikom dogovorite nadoknadu predispitnih aktivnosti na alternativni način.

Zadatak koji budete radili na računaru može s vremena na vreme delovati zbunjujuće. Međutim, bićemo u mogućnosti da Vam obezbedimo pojašnjenje nakon što se završi istraživačka procedura.

Cilj ovog istraživanja je utvrđivanje činilaca koji doprinose mentalnom zdravlju mladih i pronalaženje načina da pomognemo u tom procesu. Stoga je važno da znate da svojim učešćem pomažete razumevanje veoma značajnih naučnih i praktičnih pitanja i dajete doprinos važnom naučnom projektu. Verujemo da će i Vama učešće u ovom istraživanju biti vredno i zanimljivo iskustvo.

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

DA

NE

potpis ispitanika:

potpis istraživača:

Datum: _____

Za sve dodatne informacije, komentare ili pitanja se možete obratiti na e-mail ivananovakov@sbb.rs

Prilog 18. SPQ – BR

Molimo Vas da pročitate sledeće tvrdnje i pitanja i da na njih odgovorite što iskrenije moguće, ne preskačući ni jednu stavku i dajući samo Vaše sopstveno mišljenje. Kada razmišljate o sebi i Vašim iskustvima, ne računajte kao važne one stavove, osećanja ili iskustva koja ste mogli imati samo pod uticajem alkohola ili drugih supstanci (marihuana, LSD, kokain).

Brojevi imaju sledeća znčenja:

1 – uopšte se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – nisam siguran/sigurna, 4 – uglavnom se slažem, 5 – potpuno se slažem

1.	Ponekad izbegavam da idem na mesta gde će biti mnogo ljudi zato što ću postati anksiozan.	1	2	3	4	5
2.	Drugi ljudi me vide kao pomalo ekscentričnu (čudnu) osobu.	1	2	3	4	5
3.	Da li verujete u telepatiju (čitanje misli)?	1	2	3	4	5
4.	Ljudi ponekad komentarišu moje neobične manire i navike.	1	2	3	4	5
5.	Kada pričam, ponekad skačem brzo sa jedne teme na drugu.	1	2	3	4	5
6.	Nisam dobar u izražavanju svojih pravih osećanja kroz način na koji govorim i izgledam.	1	2	3	4	5
7.	Kada gledate u neku osobu ili sebe u ogledalu, da li ste ikada videli kako se lice menja pred Vašim očima?	1	2	3	4	5
8.	Ponekad zaboravim šta pokušavam da kažem.	1	2	3	4	5
9.	Retko se smejem i osmehujem.	1	2	3	4	5
10.	Da li se ponekad zabrinete da Vaši prijatelji ili saradnici nisu istinski lojalni i pouzdani?	1	2	3	4	5
11.	Postajem anksiozan kada susrećem nekoga po prvi put.	1	2	3	4	5
12.	Da li verujete u vidovitost (paranormalne moći, proricanje budućnosti)?	1	2	3	4	5
13.	Često čujem glas koji izgovara naglas moje misli.	1	2	3	4	5
14.	Teško mi je da budem emotivno blizak/bliska sa drugim ljudima.	1	2	3	4	5
15.	Često se udaljim od teme kada pričam.	1	2	3	4	5
16.	Da li se često osećate napeto kada ste u grupi nepoznatih ljudi?	1	2	3	4	5
17.	Da li Vam se čini da Vam niko nije zbilja blizak osim uže porodice i najužeg kruga poverljivih osoba?	1	2	3	4	5
18.	Kada ste u kupovini da li imate osećaj da drugi ljudi obraćaju pažnju na Vas?	1	2	3	4	5
19.	Osećam se veoma neprijatno u socijalnim situacijama u kojima ima nepoznatih ljudi.	1	2	3	4	5
20.	Da li ste imali iskustva sa astrologijom, gledanjem u budućnost, neidentifikovanim letećim objektima, ekstra-senzornom percepcijom ili šestim čulom?	1	2	3	4	5
21.	Da li svakodnevne stvari izgledaju neobično veliko ili malo?	1	2	3	4	5
22.	Da li ste ikada imali utisak da komunicirate sa drugom osobom telepatski (putem čitanja misli)?	1	2	3	4	5
23.	Da li ste skloni da odlutate sa teme kada razgovarate?	1	2	3	4	5
24.	Često osećam da ljudi žele da mi naude.	1	2	3	4	5
25.	Da li ponekad imate utisak da Vas drugi ljudi posmatraju?	1	2	3	4	5
26.	Da li ponekad imate utisak da ljudi pričaju o Vama?	1	2	3	4	5
27.	Da li su Vaše misli ponekad toliko jake da možete skoro da ih čujete?	1	2	3	4	5
28.	Da li ste često na oprezu kako biste sprečili da Vas drugi iskoriste?	1	2	3	4	5
29.	Da li imate utisak da ne možete da postanete bliski sa ljudima?	1	2	3	4	5
30.	Ja sam čudna, neobična osoba.	1	2	3	4	5
31.	Imam neke ekscentrične (čudne) navike.	1	2	3	4	5
32.	Težim da svoja osećanja držim za sebe.	1	2	3	4	5

Prilog 19. SSP

Ovaj upitnik sadrži tvrdnje koje opisuju različite osobine i ponašanja ljudi. Za svaku od navedenih tvrdnji odredite da li je za Vas tačna ili netačna.

1.	Ponekad mi je teško da istrajem u nekom poslu ako me neko ne podstiče.	TAČNO	NETAČNO
2.	Ponekad se loše osećam ako ne ide po mome.	TAČNO	NETAČNO
3.	U nekoliko navrata odustao sam od nekog posla jer sam sumnjao u svoje sposobnosti.	TAČNO	NETAČNO
4.	Ponekad sam pozeleo da se pobunim protiv autoriteta mada sam znao da su bili u pravu.	TAČNO	NETAČNO
5.	Bez obzira sa kim razgovaram, ja uvek pažljivo saslušam šta sagovornik ima da mi kaže.	TAČNO	NETAČNO
6.	Bilo je slučajeva da sam iskoristio neke ljude.	TAČNO	NETAČNO
7.	Uvek priznam kad nešto pogrešim.	TAČNO	NETAČNO
8.	Ponekad želim da se osvetim nekim ljudima, a ne da jednostavno pređem preko nekih stvari i oprostim.	TAČNO	NETAČNO
9.	Ja sam uvek prijatan, čak i sa ljudima sa kojima ne delim mišljenje.	TAČNO	NETAČNO
10.	Nikad mi nije išlo na živce kada bi ljudi izražavali mišljenja koja su sasvim različita od mojih.	TAČNO	NETAČNO
11.	Događalo mi se da sam bio ljubomoran na uspehe drugih.	TAČNO	NETAČNO
12.	Ponekad me nerviraju ljudi koji od mene traže neku uslugu.	TAČNO	NETAČNO
13.	Nikad nisam namerno rekao bilo šta što bi povredilo nečija osećanja.	TAČNO	NETAČNO

Prilog 20. PDSQ – supskala psihotičnih simptoma

Pitanja koja su pred Vama odnose se isključivo na period tokom POSLEDNJE DVE NEDELJE. Molimo Vas da označite "da" ukoliko je pitanje za Vas tačno, odnosno "ne" ako to nije slučaj. TOKOM POSLEDNJE DVE NEDELJE...

1.	... da li su Vam se neke stvari zaista desile, ali su Vam drugi ljudi rekli da ste ih Vi umislili?	DA	NE
2.	... da li ste bili ubeđeni da Vas drugi ljudi posmatraju, govore o Vama, ili Vas špijuniraju?	DA	NE
3.	... da li ste mislili da ste u opasnosti jer neko kuje zaveru protiv Vas?	DA	NE
4.	... da li ste mislili da imate posebne moći koje drugi ljudi nemaju?	DA	NE
5.	... da li ste mislili da neka spoljašnja moć ili sila kontroliše Vaše telo ili um?	DA	NE
6.	... da li ste čuli glasove koje drugi ljudi nisu čuli, ili ste videli stvari koje drugi ljudi nisu videli?	DA	NE

Prilog 21. Upitnik o socio-demografskim i biografskim podacima

PODACI U VEZI SA DOBIJANJEM BODOVA ZA PREDISBITNU AKTIVNOST

1. Naziv odseka: _____

2. Broj indeksa: _____

3. Godina studija:

- a) prva b) druga c) treća d) četvrta e) peta

4. Naziv kursa (predmeta) iz kog dobijate nagradni bod za učešće u drugoj fazi istraživanja:

OSNOVNI LIČNI PODACI

1. Pol

- a) muško
b) žensko

2. Koliko imate godina? _____

3. Radni status: a) zaposlen b) nezaposlen

4. Da li trenutno imate partnera? DA NE

1a. Ako je odgovor na prethodno pitanje NE, koliko dugo ste bez partnera? _____

5. Dok ste odrastali, sa kim ste živeli?

- a) oba roditelja
b) samo majka
c) samo otac
d) rodbina (baba, deda, tetka...)
e) hraniteljska porodica ili dom

6. U poređenju sa drugim studentima, kako procenjujete Vaš ekonomski status?

- a) isti kao kod većine
b) bolji od većine
c) lošiji od većine

7. Sa kim trenutno živite?

- a) sam/sama
b) sa porodicom
c) sa partnerom/kom
d) sa cimerom/kom

PODACI O EMOCIONALNIM ODNOSIMA I VAŠEM DETINJSTVU

1. U međuljudskim odnosima, vidim sebe kao osobu koja:

- a) ima pozitivan stav o sebi i drugima, ravnotežu između potrebe za bliskošću i autonomije
- b) ima jaku potrebu za bliskošću, često traži potvrdu i prihvatanje od drugih jer je nesigurna i plaši se da će biti odbačena
- c) brine da će biti povređena ako se previše zbliži sa ljudima, rezervisana je jer teško može potpuno da veruje drugima
- d) ima visoko samopouzdanje, povećanu potrebu za autonomijom i smanjenu potrebu da se vezuje za druge

2. Kako biste opisali svoju majku?

- a) Topla, brižna
- b) Uzdržana, odsutna
- c) Agresivna, kažnjavajuća

3. Kako biste opisali svog oca?

- a) Topao, brižan
- b) Uzdržan, odsutan
- c) Agresivan, kažnjavajući

4. Tokom detinjstva bio/bila sam

- a) omiljen i prihvaćen među vršnjacima
- b) prihvaćen u manjoj grupi vršnjaka
- c) odbačen i maltretiran
- d) distanciran i izolovan

5. Da li je u vašoj porodici bilo više svađa nego što je uobičajeno?

NIKAD PONEKAD ČESTO

6. Da li vas je u detinjstvu neko od ukućana fizički kažnjavao tako da ste bili ozbiljno povređeni?

NIKAD PONEKAD ČESTO

7. Da li je neko u porodici fizički maltretirao nekog drugog ukućana?

NIKAD PONEKAD ČESTO

8. Da li je tokom detinjstva neko od vaših ukućana loše uticao na vaše samopoštovanje?

NIKAD PONEKAD ČESTO

9. Da li vas je u detinjstvu neko van porodice maltretirao na bilo koji način?

NIKAD

PONEKAD

ČESTO

PODACI O VAŠIM NAVIKAMA

1. Da li konzumirate cigarete? DA NE

2. Da li konzumirate alkohol? DA NE

2 a. Ako je odgovor DA, koliko često?

- a) Jednom do dva puta mesečno
- b) Jednom do dva puta nedeljno
- c) Više puta nedeljno
- d) Svakodnevno

3. Da li konzumirate droge? DA NE

3 a. Ako je odgovor DA, šta konzumirate?

- a) marihuanu
- b) heroin
- c) kokain
- d) LSD
- e) ostalo _____

ŽIVOTNA ISTORIJA PSIHIČKIH TEGOBA

1. Da li ste se ikada tokom života usled tegoba obraćali za pomoć psihologu, psihoterapeutu ili psihijatru? DA NE

2. Da li su Vam ikada tokom života prepisani lekovi zbog psihičkih tegoba?

DA NE

3. Ako ste na bilo koje od prethodna dva pitanja odgovorili sa DA, navedite kada je to bilo?

- a) tokom poslednje dve godine
- b) pre više od dve godine

3 a. Koliko puta vam se to desilo? _____

4. Da li ste ikada doživeli ili bili svjedok nekog traumatskog događaja kao što je rat, razbojništvo, seksualno zlostavljanje, ili nekog drugog ekstremno uznemirujućeg događaja?

DA NE

4 a. Ako je odgovor DA, kada vam se to dogodilo? _____

5. Da li je neko u Vašoj porodici:

- a) Lečen od depresije(manije)
- b) Imao ozbiljne strahove (da ostane sam, od zatvorenog, otvorenog prostora i sl.)
- c) Lečen od psihoze (pričao nepovezano, imao halucinacije, mislio da ga progone i sl.)
- d) Bio zavisian od alkohola ili droga
- e) Pokušavao ili izvršio samoubistvo
- f) Bio čudan, ekscentričan
- g) Imao posla sa zakonom
- h) Imao napade besa - lomio stvari napadao ukućane
- i) Niko nije imao takve tegobe

5 a. Ako jeste, ko je ispoljavao ovakva ponašanja? _____

<p>PODACI O VAŠIM STAVOVIMA VEZANIM ZA RELIGIOZNOST / DUHOVNOST</p>
--

1. Koja od četiri navedene opcije u najboljoj meri opisuje Vaš stav?

- a) Ja sam religiozna osoba (u smislu tradicionalnih religijskih učenja i/ili zvanično organizovanih crkava/verskih zajednica).

Ako ste vernik, molimo Vas da napišete koje ste veroispovesti _____

- b) Ja sam spiritualna osoba (u smislu subjektivnih spiritualnih iskustva i povezanosti sa nečim božanskim/duhovnim, ali izvan konteksta organizovane religije i zvanično registrovanih verskih zajednica).
- c) U mom životu veoma veliki značaj imaju vrednosti kao što su ljubav, saosećanje, opraštanje, odgovornost, harmonija i brižnost za druge, ali bez povezanosti sa verovanjem u božansko i natprirodno.
- d) U mom životu veći značaj imaju konkretne, opipljive i materijalne stvari nego humanističke vrednosti, a verovanje u božansko i natprirodno nije mi blisko.

Prilog 22. PDSQ – lista kritičnih ajtema

Ovaj upitnik sadrži pitanja o vašim osećanjima, raspoloženju, mislima i ponašanjima. Za svako pitanje zaokružite DA ako pitanje opisuje kako ste se ponašali, osećali ili razmišljali. Ako se ne odnosi na vas zaokružite NE. Molimo vas da **odgovorite na svako pitanje**.

TOKOM POSLEDNJE DVE NEDELJE...		
1.	... da li ste često razmišljali da umrete ne neki pasivan način, npr. da zaspate i nikada se ne probudite?	DA NE
2.	... da li ste želeli da ste mrtvi?	DA NE
3.	... da li ste mislili da bi bilo bolje da ste mrtvi?	DA NE
4.	... da li ste razmišljali o samobistvu, iako to zaista ne biste uradili?	DA NE
5.	... da li ste ozbiljno razmišljali da sebi oduzmete život?	DA NE
6.	... da li ste razmišljali o konkretnom načinu kako biste sebi oduzeli život?	DA NE
7.	... da li ste se često prejedali (jeli velike količine hrane, veoma brzo, za kratko vreme)?	DA NE
8.	da li ste izazivali povraćanje ili koristili tablete za čišćenje ili izbacivanje vode (laksative i diuretike) da biste sprečili dobijanje na težini?	DA NE
9.	... da li su težina ili oblik tela bile jedne od najvažnijih stvari koje su uticale na to kakvo mišljenje imate o sebi?	DA NE
TOKOM POSLEDNJE DVE NEDELJE...		
10.	... da li ste se opsesivno brinuli u vezi prljavštine, klica ili higijene?	DA NE
11.	da li ste opsesivno brinuli da će se nešto loše desiti jer ste zaboravili da uradite nešto važno – npr. da zaključate vrata, ugasite šporet, ili da iskopčate aparate iz utičnica?	DA NE
12.	da li ste osećali prisilu da radite neke stvari stalno iznova (bar pola sata dnevno) i da niste mogli da prestanete kada pokušate?	DA NE
13.	... da li ste osećali prisilu da radite neke stvari stalno iznova, mada su vas ometale da obavite druge poslove?	DA NE
14.	... da li ste opsesivno i preterano prali i čistili sebe ili stvari oko vas?	DA NE
15.	... da li ste opsesivno i preterano proveravali stvari ili iznova ponavljali neke aktivnosti?	DA NE
16.	... da li ste opsesivno i preterano brojali stvari?	DA NE
TOKOM POSLEDNJE DVE NEDELJE...		
17.	... da li ste imali iznenadne napade intenzivne strepnje ili straha, koji su se pojavili neočekivano, bez ikakvog razloga?	DA NE
18.	da li ste imali napade strepnje (anksioznosti) zbog kojih ste izbegavali određene situacije ili menjali uobičajeno ponašanje i svakodnevnu rutinu?	DA NE
19.	da li ste redovno izbegavali neke situacije jer ste se plašili da će vam prouzrokovati napad strepnje (anksioznosti)?	DA NE
20.	... da li ste redovno izbegavali neke situacije jer ste se plašili da ćete uraditi ili reći nešto čime ćete osramotiti?	DA NE
TOKOM POSLEDNJIH 6 MESECI...		
21.	... da li ste pomislili da previše pijete?	DA NE
22.	... da li je neko u vašoj porodici mislio ili rekao da previše pijete, ili da imate problema sa alkoholom?	DA NE
23.	... da li su vaši prijatelji, doktor ili neko drugi mislili ili rekli da previše pijete?	DA NE
24.	... da li ste razmišljali da smanjite ili ograničite piće?	DA NE
25.	... da li ste pomislili da imate problem sa alkoholom?	DA NE
26.	da li ste zbog pića imali problema u braku; poslu; sa prijateljima ili porodicom; u obavljanju kućnih poslova ili u nekoj drugoj važnoj oblasti vašeg života?	DA NE
TOKOM POSLEDNJIH 6 MESECI...		
27.	... da li ste pomislili da previše koristite drogu ili lekove?	DA NE
28.	... da li je neko u vašoj porodici mislio ili rekao da previše koristite drogu ili lekove, ili da imate problema sa tim?	DA NE
29.	... da li su vaši prijatelji, doktor ili neko drugi mislili ili rekli da previše koristite drogu ili lekove?	DA NE
30.	... da li ste razmišljali da smanjite ili ograničite korišćenje droge ili lekova?	DA NE
31.	... da li ste mislili da imate problem sa drogom ili lekovima?	DA NE
32.	da li ste zbog droge ili lekova imali problema u braku; poslu; sa prijateljima ili porodicom; u	DA NE

	obavljanju kućnih poslova ili u nekoj drugoj važnoj oblasti vašeg života?		
33.	... da li ste bili nervozni većinu dana u nedelji?	DA	NE
34.	... da li vam je tokom većine dana u nedelji bilo teško da kontrolišete ili da prekinete vaše brige?	DA	NE
35.	... da li ste često bili zabrinuti da možda imate neku ozbiljnu telesnu bolest?	DA	NE
TOKOM ŽIVOTA			
36.	22. Da li ste <i>ikada doživeli</i> neki traumatski događaj kao što je rat, silovanje, razbojništvo, seksualno zlostavljanje, ili neki drugi ekstremno uznemirujući događaj?	DA	NE
37.	23. Da li ste <i>ikada bili svedok</i> traumatskog događaja, kao što je silovanje, razbojništvo, nečija smrt u nesreći, ili nekog drugog ekstremno uznemirujućeg događaja?	DA	NE
38.	105. Da li je vaše telesno zdravlje bilo loše tokom većeg dela života?	DA	NE
39.	106. Da li doktori obično ne mogu da pronađu fizički uzrok vaših telesnih simptoma?	DA	NE

Prilog 23. BFI

Ovaj upitnik sadrži tvrdnje koje se odnose na osećanja, mišljenja i ponašanja zajednička svim ljudima. Molimo Vas da zaokružite broj koji najviše odgovara vašem ličnom stepenu slaganja sa iznetom tvrdnjom. Brojevi imaju sledeće značenje:

1 - Uopšte se ne slažem; **2** - Uglavnom se ne slažem; **3** - Nisam siguran; **4** - Uglavnom se slažem; **5** - Potpuno se slažem

Vidim sebe kao osobu koja...

E1	... je pričljiva	1	2	3	4	5
P2	... je sklona da traži mane u drugima	1	2	3	4	5
S3	... temeljno obavlja posao	1	2	3	4	5
N4	... je depresivna, utučena	1	2	3	4	5
O5	... je originalna, puna novih ideja	1	2	3	4	5
E6	... je uzdržana	1	2	3	4	5
P7	... je nesebična i voli da pomaže drugima	1	2	3	4	5
S8	... je ponekad nepažljiva	1	2	3	4	5
N9	... je opuštena, dobro podnosi stres	1	2	3	4	5
O10	...je zainteresovana za mnoge stvari	1	2	3	4	5
E11	... je puna energije	1	2	3	4	5
P12	... započinje svade sa drugima	1	2	3	4	5
S13	... je pouzdan saradnik	1	2	3	4	5
N14	... je ponekad napeta	1	2	3	4	5
O15	...je dovtljiva	1	2	3	4	5
E16	... je puna entuzijazma	1	2	3	4	5
P17	... ume da oprostí drugima	1	2	3	4	5
S18	... je neorganizovana	1	2	3	4	5
N19	... mnogo brine	1	2	3	4	5
O20	... je maštovita	1	2	3	4	5
E21	... je uglavnom tiha	1	2	3	4	5
P22	... je poverljiva	1	2	3	4	5
S23	... ume da bude lenja	1	2	3	4	5
N24	... je emocionalno stabilna, ne uznemiri se lako	1	2	3	4	5
O25	...je kreativna	1	2	3	4	5

E26	... ume da se izbori za svoja prava	1	2	3	4	5
P27	... je hladna i zatvorena	1	2	3	4	5
S28	... ne odustaje dok ne završi posao	1	2	3	4	5
N29	... je uglavnom raspoložena	1	2	3	4	5
O30	...ceni estetske i umetničke vrednosti	1	2	3	4	5
E31	... je ponekad stidljiva i sputana	1	2	3	4	5
P32	... je brižna i prijatna skoro prema svima	1	2	3	4	5
S33	... efikasno obavlja posao	1	2	3	4	5
N34	... u napetim situacijama ostaje hladnokrvna	1	2	3	4	5
O35	... više voli rutinske poslove	1	2	3	4	5
E36	... je druželjubiva, društvena	1	2	3	4	5
P37	... je ponekad neprijatna prema drugima	1	2	3	4	5
S38	... planira i drži se tog plana	1	2	3	4	5
N39	... se lako iznervira	1	2	3	4	5
O40	...voli da razmišlja, da se igra idejama	1	2	3	4	5
O41	...je zainteresovana za umetnost	1	2	3	4	5
P42	... voli da saraduje sa drugima	1	2	3	4	5
S43	... se lako dekoncentriše	1	2	3	4	5
O44	...ima istančan ukus za književnost, slikarstvo ili muziku	1	2	3	4	5

**MOLIMO VAS DA PROVERITE DA LI STE ODGOVORILI NA SVA PITANJA!
HVALA NA SARADNJI!**

Prilog 24. MHC-SF

Molimo vas da zaokružite odgovor koji najbolje opisuje vaša iskustva i osećanja **tokom poslednjih mesec dana.**

TOKOM POSLEDNJIH MESEC DANA, koliko često ste se osećali...						
1. srećno	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
2. zainteresovani za život	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
3. zadovoljno životom	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
4. da ste imali nešto važno da doprinesete društvu	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
5. da pripadate nekoj zajednici (kao što je vaše društvo ili vaš komšiluk)	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
6. da je naše društvo dobro mesto, ili da postaje bolje mesto, za sve ljude	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
7. da su ljudi suštinski dobri	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
8. da način na koji funkcioniše naše društvo za vas ima smisla	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
9. da vam se sviđa većina delova vaše ličnosti	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
10. da se uspešno nosite sa obavezama u vašem svakodnevnom životu	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
11. da je vaš odnos sa drugim ljudima topao i pun poverenja	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
12. da ste imali iskustva koja su vas podstakla da se razvijate i postanete bolja osoba	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
13. da imate samopouzdanja da mislite ili izrazite svoje ideje i mišljenja	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN
14. da u vašem životu postoji osećaj usmerenosti i smisla	NIKADA	JEDNOM ILI DVAPUT	OTPRILIKE JEDNOM NEDELJNO	OTPRILIKE 2-3 PUTA NEDELJNO	SKORO SVAKI DAN	SVAKI DAN

Prilog 25. BICB

Molimo Vas da na sledeće stavke odgovorite što iskrenije moguće i da upišete znak X pored svake aktivnosti u koju ste bili aktivno uključeni tokom poslednjih **12 meseci**.

U poslednjih **12 MESECI**, da li ste...

1.	... napisali kratku priču	
2.	... napisali roman	
3.	... organizovali događaj, priredbu, predstavu ili aktivnost	
4.	... proizveli scenario za TV/pozorišni komad	
5.	... dizajnirali i proizveli tekstilni proizvod (npr. napravili komad odeće ili predmet za domaćinstvo)	
6.	... redizajnirali ili iznova dekorisali kupatilo, kuhinju, lični prostor i td.	
7.	... osmislili i napravili proizvod koji se može koristiti	
8.	... nacrtali lik za crtani film	
9.	... osnovali klub, udruženje ili grupu	
10.	... proizveli sliku (ne samo škrabotinu) koristeći boje, olovke, ugljen, akrilik i td.	
11.	... objavili članak	
12.	... napravili skulpturu koristeći bilo koji pogodan materijal	
13.	... prepoznali gde prihvaćena naučna teorija/pristup ne objašnjava ono što se tvrdi da objašnjava	
14.	... proizveli svoj sopstveni recept za jelo/hranu	
15.	... proizveli kratak film	
16.	... izradili svoj sopstveni web-sajt	
17.	... napravili teoriju da objasnite neki fenomen	
18.	... izmislili igru ili neki drugi vid zabave	
19.	... bili izabrani da vodite/organizujete druge	
20.	... napravili sami poklon za nekoga	
21.	... napisali pesmu	
22.	... prilagodili neki predmet i koristili ga na nov i originalan način, za koji nije prvobitno namenjen	
23.	... objavili istraživanje	
24.	... osmislili koreografiju za ples	
25.	... dizajnirali i zasadili baštu	
26.	... proizveli kolekciju umetničkih fotografija (ne fotografija sa odmora, zabava i td.)	
27.	... glumili u dramskom komadu	
28.	... održali govor	
29.	... bili mentor ili trener nekome kako bi poboljšali njihovo izvođenje	
30.	... osmislili eksperiment da pomogne razumevanju nečega	
31.	... izmislili šalu/vic	
32.	... bili u ulozi lidera/kapitena grupe/tima (predsedavajući ispred nekog udruženja , kapiten sportskog tima i td...)	
33.	... komponovali muzičko delo	
34.	... napravili kolaž	

Prilog 26. Suptsest Brojevi sa VITI-a

Brojevi unapred		+ USPEO - NIJE	SKOR 0-1-2	Brojevi unazad		+ USPEO - NIJE	SKOR 0-1-2
1.	5-8-2 6-9-4			1.	2-4 5-8		
2.	6-4-3-9 7-2-8-6			2.	6-2-9 4-1-5		
3.	4-2-7-3-1 7-5-8-3-6			3.	3-2-7-9 4-9-6-8		
4.	6-1-9-4-7-3 3-9-2-4-8-7			4.	1-5-2-8-6 6-1-8-4-3		
5.	5-9-1-7-4-2-8 4-1-7-9-3-8-6			5.	5-3-9-4-1-8 7-2-4-8-5-6		
6.	5-8-1-9-2-6-4-7 3-8-2-9-5-1-7-4			6.	8-1-2-9-3-6-5 4-7-3-9-1-2-8		
7.	2-7-5-8-6-2-5-8-4 7-1-3-9-4-2-5-6-8			7.	9-4-3-7-6-2-5-8 7-2-8-1-9-6-5-3		

Prilog 27. Zadatak fonemske fluentnosti

„Sada ću reći jedno slovo alfabeta, a od Vas se očekuje da kažete, što brže možete, sve reči kojih se možete setiti da počinju na to slovo. Možete reći bilo koju reč, osim vlastitih imena kao što su imena ljudi ili mesta. Dakle, ne možete reći Branka ili Beograd. Takođe, ne koristite više puta istu osnovu reči, ali sa različitim završetkom kao što su bol, bolest, bolnica i slično. Na primer, ako ja kažem B, Vi možete da kažete: bašta, boja, banka i tako dalje... Možete li da smislite još neke reči koja počinje na slovo „B“?“

Pre početka testiranja potrebno je pročitati sledeću instrukciju: „U redu, sada ću Vam zadati drugo slovo, a Vi treba da kažete sve reči koje počinju na to slovo kojih se možete setiti. Zapamtite, nema imena ljudi i mesta, samo obične reči. Ukoliko Vam se desi da ostanete bez ideja, nastavite da pokušavate, sve dok vreme ne istekne. Za svako slovo imaćete po 1 minut vremena.“

Pripremite štopericu. Započnite zadatak govoreći „Prvo slovo je S. Da li ste spremni? Počnite.“ Kada prođe 60 sekundi, kažite „Stop.“ Ponovite istu proceduru za slova K i L.

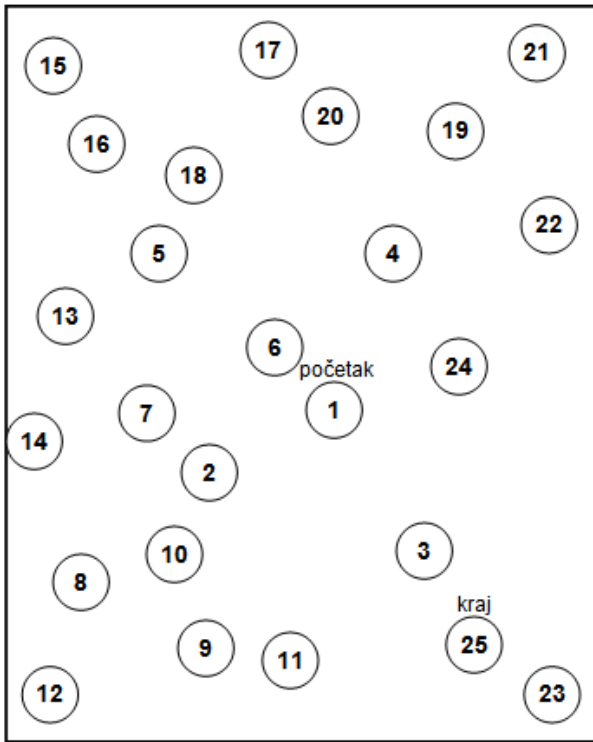
S

K

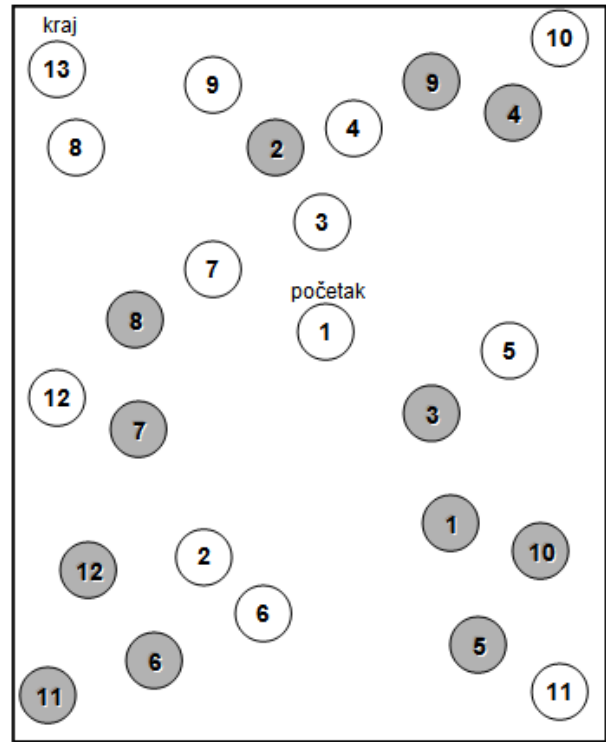
L

Prilog 28. TMT set A i set B

Ime: _____ TMT/A _____



TMT/B _____



Prilog 29. Divergentno mišljenje – zadatak upotrebe stvari i zadatak alternativnih znakova

1. Navedite što više mogućnosti upotrebe navedenog predmeta (šta sve možete učiniti sa ciglom). Za rešavanje imate 2 minuta.

CIGLA može poslužiti za :

2. Pokušajte na što više načina da crtežom predstavite reč “ **TEŽAK**”. Za rešavanje imate 3 minuta.

Prilog 30. Upitnik meta-kognitivnih uverenja

Br: 1 2 3 4 Kr: 1 2 3 4

Molimo Vas da za svaku stavku označite Vaš odgovor na skali od 0 do 10 tako što ćete zaokružiti onaj broj koji u najboljoj meri opisuje Vaš stav.

Brojevi imaju sledeće značenje:

0 = uopšte ne

10 = u potpunosti

Na skali od 0 do 10 označite u kojoj meri je za Vas ovo iskustvo bilo:											
1. NEOBIČNO											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
2. ZANIMLJIVO											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
3. STRESNO											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
4. PRETEĆE											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
Na skali od 0 do 10 označite za svaku tvrdnju u <u>kojoj meri verujete da je ona tačno objašnjenje</u> ovog iskustva.											
1. To je samo jednostavna matematička zagonetka koja je deo istraživanja.											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
2. To je zbog načina na koji moj um funkcioniše, to je samo deo normalnog ljudskog iskustva i doživljaja.											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
3. Nije kompjuter taj koji je pogodio; postoji neko ko je umešan u ovo.											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
4. Zadatak radi zato što kompjuterski sistem može da čita misli ljudima.											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
5. To je urađeno namerno, da me prevari ili da učini da izgledam glupo.											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
6. To je trik koji je deo mnogo veće zavere.											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
7. To znači da sa mnom nešto nije u redu.											
(uopšte ne)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (u potpunosti)
Na skali od 0 do 10 označite za svaku tvrdnju u <u>kojoj meri verujete da biste usvojili opisano ponašanje</u> ukoliko bi ovo iskustvo počelo redovno da se dešava.											

1. Pustio/la bih da iskustvo dođe i prođe, bez preteranog upuštanja u njega. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)
2. Pokušao/la bih da pronađem razumno objašnjenje iskustava/ pronađem konstruktivan način razmišljanja o njima. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)
3. Pronašao/la bih načine da izbegnem ta iskustva ili da skrenem svoje misli sa njih. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)
4. Pronašao/la bih načine da kontrolišem ta iskustva ili da sprečim da se dešavaju. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)
5. Upuštao/la bih se u ta iskustva što je više moguće. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)
6. Brinuo/la bih o tim iskustvima, oživljavajući ih iznova i iznova u svojim mislima, pokušavajući da proniknem u njihovo značenje. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)
7. Verovao/la bih da će mi neko ili nešto razrešiti/objasniti tu situaciju. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)
8. Odustao/la bih. Ništa ne mogu učiniti povodom toga. (uopšte ne) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (u potpunosti)

Napišite ukratko svoje objašnjenje kako radi zadatak: