

EMOCIONALNI PROFIL SHIZOFRENIH PACIJENATA

Sažetak: Shizofreni pacijenti imaju i problem u prepoznavanju sopstvenih i tuđih emocija. Cilj ovog istraživanja bio je da profile emocija kod shizofrenih pacijenata u odnosu na pacijente sa mešovitim anksiozno -depresivnim poremećajem i između shizofrenih subtipova. Istraživanje je uključivalo 65 pacijenata starosti od 25- 45 godina, koji su bili podeljeni u osnovnu grupu, N=30 shizofrenih pacijenata sa podgrupama Tip I i Tip II shizofrenije i kontrolnu grupu, N=35 pacijenata sa mešovitim anksiozno- depresivnim poremećajem. Shizofrenija i mešoviti anksiozno-depresivni poremećaj dijagnostikovani su prema ICD-10 kriterijumima za ove poremećaje.

U okviru instrumentarijuma, korišćeni su PANSS u cilju dihotomizacije pacijenata na Tip I i Tip II shizofrenije, HAMA i HAMD za evaluaciju anksioznih i depresivnih simptoma, kao i PIE-JRS za detekciju emocionalnog profila.

Istraživanje je pokazalo da se emocionalni profili bitno razlikuju između pacijenata različitih podgrupa kao i u odnosu na neshizofreni uzorak.

Cljučne reči: shizofrenija, pacijenti, emocionalni profil

Teorijski okvir

Važnost emocija kao psihičkih funkcija

Prema psihoevolutivnoj teoriji R. Plučika, emocije predstavljaju kompleksnu posledicu događaja, u kome su prisutni elementi kognitivnog procenjivanja, impulsa za aktivnost i bihevioralnog domena. Svi ovi elementi odgovor su na draž koja je pokrenula tu lančanu reakciju.

Osim verbalnog, on uzima u obzir i saznanja druga dva „jezika“ ili metoda kojima se takođe daju nazivi emocijama, a to su bihevioristički i funkcionalni jezik. Sa funkcionalnog stanovišta, emocije se opisuju prema tome da li se i na koji način obezbeđuju preživljavanje u spoljašnjem svetu. Mada u poslednje vreme

¹ bojana.dimitrijevic@filfak.ni.ac.rs

ima puno kognitivnih teorija emocija, ni u jednoj kognicija nije istraživana iz šire, evolutivne perspektive. Upravo to čini Plučik, smatrajući da su se kognitivne sposobnosti, posebno misaoni procesi, unutrašnji govor i govorne sposobnosti, razvile zajedno sa razvitkom mozga, i to posebno, u službi emocija. S evolutivnog aspekta posmatrano, moglo bi se reći, da je glavna funkcija čovekovog mozga i njegovog razvijenog kognitivnog sistema osiguravanje preživljavanja u kompleksnom okruženju. Svojim strukturalnim trodimenzionalnim modelom on prikazuje različite aspekte emocija kao što su intenzitet, bliskost (sličnost) i polarnost. Prostorna blizina emocija izražava sličnost, a udaljenost polaritet. Na istom principu zasnovan je i mehanizam mešanja emocija da bi se strukturisale crte ličnosti.

U tom kontekstu, Plučik navodi i stavove psihoanalitičara Čarlsa Brenera, koji smatra da je većina emocionalnih stanja, ustvari, mešavina prijatnih i neprijatnih osećanja, dobrih i ružnih sećanja. On dalje smatra da reči, koje te emocije opisuju, ne odaju uvek svu njihovu kompleksnost. Stoga, Plučik u svojoj psioevolativnoj teoriji emocija polazi od pretpostavke da se emocije mogu porediti sa bojama: postoje osnovne ili primame i sekundame emocije, koje su u stvari mešavina primarnih (ovaku analogiju koristili su i Spinoza, Darwin, Viljem Džejs i dr.)

Kriterijumi prema kojima je Plučik odredio primame emocije su :

- Potreba da budu povezane sa osnovnim biološkim procesima prilagođavanja.
- Odlučivanje da li je neka emocija primama ne zavisi od određenih nervnih struktura, niti introspekcije.
- Primarne emocije određujemo pre svega na osnovu ponašanja koje je usmereno ka cilju.

Prema ovom autoru, primarne emocije su povezane sa osnovnim problemima opstanka. Mogu se podeliti u četiri gmpe: **hierarhija, teritorijalnost, identitet i temporalnost.**

Pojam **hijerarhije** odnosi se na vertikalne dimenzije socijalnog života. Postojanje hijerarhijskog odnosa dovelo je do razvoja dveju vrsta reakcija: borbe za napredovanje u hijerarhiji i podređivanja. Prva reakcija uključuje ljutnju odnosno napad, a druga strah odnosno povlačenje. Organizmi koji se nalaze na vrhu hijerarhijske lestvice obično imaju zapovednički stav, a oni pri dnu bivaju prestrašeni.

Teritorijalnost označava potrebu za određenim prostorom. Osnovne emocije koje su povezane sa teritorijalnošću su eksploracija koja implicira nadzor, kao i orijentacija koja proizilazi iz iznenađenja ili gubitka nadzora.

Identitet je povezan sa pripadnošću grupi. Osnovne emocije koje su povezane sa problemima identiteta su inkorporacija i odbacivanje. Organizam prihvata one koji pripadaju njegovoj grupi, a ostale odbacuje.

Temporalnost se odnosi na određeno trajanje života. Smrt donosi neizbežne gubitke i rastanke. U toku evolucije, oblikovala su se dva rešenja: jedno rešenje je razvoj signala koji služe kao poziv u pomoć, a drugo uključuje spremnost

ostalnih članova da se na taj signal odazovu. Emocija koja se javlja kod gubitka je žalost i predstavlja poziv u pomoć. U ovom kontekstu, emocije d pomažu uspostavljanju socijalne ravnoteže i prisutne su kod svih socijalnih transakcija.

Na osnovu opisanih kriterijuma, Plučik razlikuje **osam emocionalnih dimenzija**:

1. **Inkorporacija** - indukuje primanje neke potizivne draži iz spoljne sredine.
2. **Zaštita** - izbegavanje opasnosti.
3. **Orjentacija** - bihevioristička reakcija na nepoznatu draž.
4. **Lišenost** - povezana sa gubitkom objekta (osobe, društvenih relacija, nekog psihološkog polja).
5. **Odbacivanje** - cilj je odstranjivanje nečeg štetnog i povezano je sa osećanjem prezira, neprijateljstva i sarkazma.
6. **Agresija** - usmerena je na odstranjenje prepreke koja sprečava zadovoljenje organizmu neke važne potrebe.
7. **Istraživanje** - omogućuje kontakt organizma sa raznim aspektima njegove okoline.
8. **Reprodukcija** - obezbeđuje seksualni dodir da bi se produžio sostveni genetski kod.

U kontekstu napred navedenih emocionalnih dimenzija, Plučik je izdvojio osam primarnih emocija : strah, žalost, radost, agresija, prihvatanje, iznenađenje, odbacivanje i očekivanje.

Kombinovanjem navedenih primarnih emocija, izdvojio je i osam sekundarnih ili složenih emocija :**potčinjavanje** (prihvatanje + strah), **panika** (iznenađenje + strah), **razočarenje** (iznenađenje + žalost), **kajanje** (odbacivanje + žalost), **prezir** (odbacivanje + agresija), **neprijateljstvo** (očekivanje + agresija), **optimizam** (očekivanje + radost) i **Ijubav** (radost + prihvatanje).

Klinički oblici i klinička slika shizofrenije

Klinički oblici shizofrenije prema kriterijumima ICD- 10 klasifikacije su:

1. *Paranoidna shizofrenija*. Ovo je najrasprostranjeniji oblik shizofrenije. Dominantne su perzistentne sumanute ideje, često praćene auditivnim halucinacijama. Tupost ili nekongruentnost afekta, katatoni simptomi ili nepovezan govor, mogu biti prisutni u blažem obliku.
2. *Hebefrena shizofrenija*. Početak ovog oblika ispoljavanja shizofrenije je između 15. i 25. godine života. Karakteriše se afektivnim poremećajima u vidu dugotrajne nivelacije afekta, emotivne hladnoće, ili afektivnog nesklada, a moguća je afektivna neprimerenost određenim situacijama. Često se javlja nepredvidivo ponašanje, povremene sumanutosti, dezorganizacija misaonog procesa i halucinacije. Dolazi do

- brzog razvoja negativne simptomatologije i obično ima lošu prognozu.
3. *Katatona shizofrenija*. U ovom kliničkom obliku dominantno je katatono ponašanje koje traje najmanje dve nedelje, a može se ispoljiti najmanje jednim od sledećih simptoma: katatoni stupor, katatono uzbuđenje, neprimeren položaj dela tela ili celog tela, negativizam, rigidnost, voštana savitljivost ili automatska poslušnost (docilnost).
 4. *Nediferencirana shizofrenija*. Predstavlja stanje koje ne zadovoljava dijagnostičke kriterijume ni za jedan drugi klinički oblik, a opšti kriterijumi za shizofreniju moraju biti ispunjeni.
 5. *Postshizofrena depresija*. Ovaj oblik podrazumeva postojanje nekih od shizofrenih simptoma (češće negativnih) koji ne dominiraju kliničkom slikom i posle akutne faze bolesti, a uz dominantnu produženu depresivnu epizodu.
 6. *Rezidualna shizofrenija*. Predstavlja hroničnu fazu shizofrenog poremećaja koja je nastupila posle jasne ranije faze bolesti, a koja se karakteriše najčešće ireverzibilnim negativnim simptomima.
 7. *Simplex (jednostavna) shizofrenija*. Ovo je relativno redak klinički oblik. Karakteriše se podmuklim i progredijentnim razvojem neobičnog ponašanja uz progredijentno osiromašenje socijalnih kontakata.
 8. *Druga shizofrenija*. Ovaj oblik uključuje cenestopatični oblik i shizofreniformni neoznačen na drugom mestu.
 9. *Nespecifikovana shizofrenija*. Dijagnoza koja se može postaviti ukoliko poremećaj ne odgovara ni jednoj gore navedenoj kategoriji.

U shizofreniji postoji određena konstelacija specifično izmenjenih psihičkih funkcija i to: emocija (nivelacija afekta, atimija, afektivna disocijacija, afektivna ambivalencija), mišljenja (poremećaj asocijacija, blok misli, raspad pojmova, oskudnost govora, rasulo misli, autizam, gubitak misli, emitovanje misli, ubacivanje misli, sindrom uticaja), volje (hipobulija, ambivalencija, apragmatizam, katatonija), percepcije (halucinacije), voljno-nagonskih dinamizama (anhormija), pažnje (zbog nezainteresovanosti aktivna pažnja snižena), svesti (depersonalizacija, derealizacija, transformacija) sve do dezintegracije celokupnog intrapsihičkog funkcionisanja (intrapsihička ataksija). (Marić, 2005).

1. EMOCIJE. Kod shizofrenih pacijenata postoji široki dijapazon različitih emotivnih izmena. One mogu u početku izgledati kao neskladne, nestabilne, površne i neautentične. Ne treba zaboraviti ni uticaj intenzivne psihotične anksioznosti koja proističe iz zastrašujućih halucinatornih događaja, a koja umnogome može da modelira druge emotivne doživljaje i njihovu bihevioralnu pratnju. Zbog neautentičnosti, gubitka emocionalne dinamike u glasu i emocionalne rezonance, govori se o pseudodepresiji i pseudomaniji shizofrenih pacijenata. Ipak, depresivna dimenzija u okviru shizofrenije, a posebno u okviru neproduktivne forme sch, opstaje i u svetlu najnovijih istraživanja.

Kod negativne forme sch javlja se i afektivna nivelacija, aleksitimija, a pod uticajem pretežno autistične dimenzije njihovog funkcionisanja može izgledati kao da je došlo do atimije.

Najkarakterističnije promene emocija u shizofreniji predstavljene su trijasom:

- a. paratimija (ideoafektivna disocijacija);
- b. paramimija (afektivno mimična disocijacija) i
- c. defekt emocionalne rezonance.

2. MIŠLJENJE. Kod shizofrenije postoji poremećaj mišljenja po formi i sadržaju.

Ipak, karakterističniji poremećaj za shizofreniju je poremećaj mišljenja po formi. U tom kontekstu može postojati:

- a. Poremećaj asocijacija koji podrazumeva gubitak determinišuće tendencije, okolišenje, gubljenje sposobnosti usmeravanja logičkog mišljenja (čudno afektivno i imaginarno obojen svet često dobija prevlast u vođenju misaonog toka), te različiti stepeni disocijacije mišljenja i aliteracija.
- b. Primat simboličkog, magijskog mišljenja iz čega može slediti semantička disocijacija.
- c. Krutost u obrazovanju misli, nemogućnost skretanja misli i blok misli.
- d. Neologizmi mogu nastati kao fonemske parafazije ili kao rezultat dvostruke (fonemske i semantičke) greške. Oni se mogu shvatiti i kao posledica lošeg prepoznavanja semantike reči, zbog otuđenja smisla reči i izvesne rasplintosti njenog značenja (Gocić CD, 1998).
- e. Ideacijska disocijacija.
- f. Oskudnost govora, verbigeracije, stereotipije, alogija; to su naročito karakteristike mišljenja i govora neproduktivne forme shizofrenije.
- g. Poremećaji mišljenja po sadržaju - mogu se manifestovati kao eho misli, ubacivanje misli, gubitak misli, sumanutost ljudske kontrole, sumanutost odnosa, sumanutosti religiozne tematike, nihilističke, seksualne i sl.
- h. Autizam u sebi nosi poremećaje mišljenja, svesti i emocija. To je specifična forma self centriranog mišljenja i dvostruke orijentacije.

3. VOLJA. Poremećaji ove psihičke funkcije mogu biti u vidu: slabosti volje, sugestibilnosti, abulije, apragmatizma, ambivalencije i različitih katatonih poremećaja.

4. NAGONI. Mogu postojati poremećaji kako u kvantitativnom tako i kvalitativnom smislu. U kvantitativnom smislu najčešće postoji anhormija, koja je posebno čest simptom neproduktivnih formi sch. Zbog sniženog nagona za životom 30-50% pacijenata pokuša suicid, a jedan od deset pacijenata izvrši suicid.

Kvalitativni poremećaji nagona mogu biti vezani za nagon ishrane (pika,

koprofagija, nekrofagija i sl.), seksualni nagon (incest i dr. seksualne parafiiije).

5. PERCEPCIJA. Poremećaji opažanja mogu biti u vidu različitih formi halucijacija i to najčešće akustičnih, ali i auditivnih, olfaktivnih, taktilnih. Prateći simptomi su i tranzitivističke pojave. Takođe, opažanje može biti izmenjeno u kvalitetu doživljaja boja, zvuka, ili u formi preokupacije nevažnim detaljima sredine.

6. SVEST. Kvalitativne izmene stanja svesti mogu biti u formi depersonalizacije (dezanimacija i dezinkamacije), derealizacije, transformacije ličnosti, sve do intrapsihičke ataksije i potpune dezintegracije ličnosti.

7. PAZNJA. Postoji problem procesiranja informacija, nemogućnost selekcije informacija. Produženo reakciono vreme čest je simptom neproaktivnih formi sch.

8. INTELIGENCIJA. Slabiji rezultati koji se beleže na testovima ispitivanja inteligencije mogu biti posledica više faktora: nezainteresovanosti, anksioznosti, autističnog mišljenja, težeg održavanja pažnje, nekooperativnosti i sl.

9. KRITIČNOST i UVID u fazi floridne simptomatologije se gube.

Metodološki okvir istraživanja

Osnovni cilj istraživanja je upoređivanje karakteristika emocionalnog profila ličnosti između dve podgrupe shizofrenih i grupe neshizofrenih pacijenata.

Analiza profila emocija ispitanika sprovedena je unutar uzorka koji je činilo 65 pacijenata, i koji je diferencirao pripadnost ispitanika u dve grupe, **osnovnu** (E), N=30 pacijenata sa dijagnozom shizofrenije, i **kontrolnu** grupu (K), N=35 pacijenata sa dijagnozom mešovito anksiozno- depresivnog poremećaja. Osnovna grupa je sadržala 15 pacijenata sa Tipom I Sch i 15 pacijenata sa Tipom II Sch.

Osnovna grupa je formirana u skladu sa principom homogenosti, po sledećim kriterijumima: pripadnosti ispitanika određenoj dobnoj grupi, dijagnostičkoj kategoriji, aktuelnom hospitalnom lečenju u fazi uspostavljene remisije i na neuroleptičkoj terapiji, urednom internističkom i neurološkom statusu.

Kontrolnu grupu činilo je 35 ispitanika sa dijagnozom mešovito anksiozno-depresivnog poremećaja (F 41.2), utvrđenom prema dijagnostičkim uputstvima oficijelne ICD-10 klasifikacije, pri čemu je prethodno svaki pacijent klinički procenjivan, nezavisno od strane tri psihijatra. Kontrolna grupa bila je ujednačena sa osnovnom grupom po relevantnim socio demografskim karakteristikama.

Starosna dob ispitanika obuhvatila je raspon od 25-45 godina, pri čemu je prosečna starosna dob iznosila 33,2 god.

U cilju dijagnostičke kategorizacije primenjena su uputstva oficijelne ICD-10 klasifikacije za shizofreniju (F 20), pri čemu je prethodno svaki pacijent klinički procenjivan, nezavisno od strane tri psihijatra.

Radi procene tipa shizofrenije sa stanovišta dihotomije neproaktivno/proaktivno, negativno/pozitivno u shizofreniji, koje se nadovezuje na patogenetski koncept dvaju osnovnih tipova shizofrenije: pozitivnog (Tip I) i negativnog (Tip II) oblika shizofrenije (Crow, 1980.); korišćena je Skala za procenu negativnog i pozitivnog sindroma u shizofreniji (PANSS-The positive and negative syndrome scale, Kay et al., 1987).

Instrumenti

PANSS se sastoji iz tri podskale: pozitivna skala, negativna skala i skala opšte psihopatologije. Pozitivna subskala sadrži 7 ajtema koji se kao i svi dugi u ovoj skali, skoruju vrednostima od 1 (odsutno) do 7 (ekstremno).

U okviru pozitivne subskale opisuje se:

P1. Sumanutost; **P2.** Pojmovna dezorijentacija (uključuje gubitak determinišuće tendence, cirkumstancijalno mišljeje, tangencijalno mišljenje, gubitak asocijacija, blok misli i gruba nelogičnost); **P3.** Halucinatomo ponašanje; **P4.** Uznemirenost; **P5.** Grandioznost; **P6.** Sumnjičavost; **P7.** Hostilnost. Maksimalni skor na ovoj subskali je 49 poena (opseg 7-49).

Negativna subskala sadrži takođe 7 ajtema:

N1. Zaravnjen afekat; **N2.** Emocionalno povlačenje; **N3.** Osiromašeno emocionalno komuniciranje; **N4.** Pasivno/apatično socijalno povlačenje; **N5.** Teškoće u apstraktnom mišljenju; **N6.** Nedostatak spontanosti i fluentnosti konverzacije; **N7.** Stereotipno mišljenje. Maksimalni skor je i na ovoj subskali 49 poena (opseg 7-49).

Skala opšte psihopatologije sadrži 16 ajtema i prezentuje strukturu kliničke slike, ona obuhvata:

G1. Briga za telesno zdravlje; **G2.** Anksioznost; **G3.** Osećanje krivice; **G4.** Napetost; **G5.** Manirizmi i držanje; **G6.** Depresija; **G7.** Motorna usporenost; **G8.** Nekooperativnost; **G9.** Neobičan misaoni sadržaj; **G10.** Dezorijentacija; **G11.** Slabost pažnje; **G12.** Nedostatak rasuđivanja i uvida; **G13.** Poremećaj volje; **G14.** Slabost kontrole impulsa;

G15. Preokupacija (autizam, opsednutost sobom); **G16.** Aktivno izbegavanje socijalnih kontakata. Ukupan zbir na ovoj skali iznosi maksimalno 112 poena (opseg 16-112). Osnovnim skoriranjem dobija se dimenzionalna slika datog poremećaja. Izdvajanje pozitivnog i negativnog sindroma, odnosno ocena njihove relativne zastupljenosti u svakog pacijenta dobija se na dva načina. Vrednost kompozitnog skora pokazuje nivo zastupljenosti negativnih u odnosu na pozitivne simptome. Sve negativne vrednosti kompozitnog skora ukazuju na veću izraženost negativne simptomatologije u odnosu na pozitivnu, i obrnuto, ali vrednosti koje su blizu nule ukazuju na mešoviti oblik, odnosno približnu zastupljenost oba

sindroma. Vrednosti veće od 3 govore u prilog predominantnijem pozitivnom sindromu, a manje od -8 u prilog zastupljenijem negativnom sindromu (percentili 75 i 25). Za rigorozno odvajanje bolesnika sa predominantno negativnim ili predominantno pozitivnim sindromom kao granica se uzima kompozitni skor od -15, odnosno +11 (percentil 5 i 95).

Zbog svoje potvrđene validnosti, kao instrument u globalnoj proceni anksioznosti i depresivnosti, kod svih pacijenata je primenjena Hamiltonova skala za procenu anksioznosti (HAMA - Hamilton anxiety rating scale, Hamilton, 1969). HAMA poseduje ukupno 14 ajtema koji pokrivaju psihičke i somatske simptome anksioznosti i depresivnosti (psihička anksioznost prvih 7 ajtema, somatska anksioznost sledećih 7 ajtema), pri čemu se svaki od njih skoruje vrednostima od 0 (ne postoji), 1 (slabo), 2 (umereno), 3 (ozbiljno) do 4 (izraženo).

Na ovoj skali su, pored svakog pitanja naznačene bliže karakteristike navedenih simptoma. U definisanju simptoma, u proceni njihovog kvaliteta i intenziteta poremećaja koristi se priručnik za Hamiltonovu skalu za anksioznost. Ocena prisutnosti i intenziteta pojedinih parametara temelji se na ispitivačkoj proceni stanja bolesnika tokom razgovora. Samo nekoliko ajtema odnosi se na manifestne kliničke znake. Ostali ajtemi odnose se na simptome (bolesnikove tegobe) pa se ocena zasniva na stanju bolesnika u toku najmanje tri protekla dana.

Rezultati testiranja sa pojedinačnim skorovima HAMA ispitanika K grupe višim od 18-24 potvrdili su postojanje klinički signifikantnog anksioznog poremećaja.

Za kvantifikaciju inteziteta simptoma depresije ispitanika K grupe primenjena je Hamiltonova skala za procenu depresivnosti (HAMD - Hamilton depression rating scale; Hamilton, 1967). Ova skala konstruisana zbog standardizacije fenomenologije depresivnog sindroma i procene stepena izraženosti depresivnog poremećaja postala je standard za procenu vrednosti drugih skala u merenju depresivnosti. Spada u grupu individualnih skala i popunjava je ispitivač. Osnovne karakteristike skale su: 1) nije suviše duga; 2) pokriva simptome koji su najznačajniji za procenu depresivnosti; 3) pouzdana je; 4) postoji visoka korelacija sa drugom klasičnom skalom za procenu depresivnosti, Bekovom. Skala je pouzdana, naročito kada se radi o prosečnim skorovima. Ona je takođe i validna i u odnosu na procenu samog poremećaja i primenu drugih skala.

HAMD sa 21 ajtemom pojedinačno je primenjena kod svakog pacijenta K grupe i to pod istim uslovima (u isto vreme i od strane istog ispitivača). Ukupan skor HAMD koji se kretao u rasponu od 17- 24 definisao je težinu depresivnog poremećaja u K grupi u smislu umerene depresivnosti.

Istraživanje je obavljeno na Klinici za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ u Beogradu u periodu od januara 2013. do novembra 2013. godine.

Rezultati istraživanja

U kontekstu interpretacije rezultata istraživanja neophodno je razmotriti značaj dijagnostikovanja opšte emocionalne dispozicije ispitanika, kao i pojedinačnih emocionalnih dimenzija kao konstituenta opšte emocionalne adaptabilnosti ličnosti s funkcijom održavanja psihofizičke homeostaze. Kvalitet adaptibilnosti pojedinca stiže se uvidom u angažovanosti psihičke energije unutar pojedinačnih emocionalnih dimenzija i njihove međuzavisnosti standardizovane unutar testa PIE-JRS.

Tabela 1. Deskriptivne vrednosti parametara Emocionalnog profila kod Osnovne grupe (O):

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Varijansa	Minimalni skor	Maksimalni skor
Inkorporacija	32,03	26,24	688,45	0	92
Zaštita	56,70	31,03	962,56	3	97
Orjentacija	24,83	20,83	434,01	0	74
Lišenost	82,27	19,17	367,51	24	100
Odbacivanje	57,63	28,97	839,21	2	100
Agresija	62,43	27,95	780,94	14	100
Istraživanje	63,23	23,20	538,19	25	97
Reprodukcija	32,03	23,43	548,79	0	83
BIAS	21,77	17,45	304,46	0	60

Tabela 2. – Deskriptivne vrednosti parametara Emocionalnog profila kod Kontrolne grupe (K):

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Varijansa	Minimalni skor	Maksimalni skor
Inkorporacija	39,40	24,69	609,60	5	86
Zaštita	74,06	11,91	141,82	61	100
Orjentacija	23,80	19,80	391,93	3	84
Lišenost	88,43	10,00	100,08	64	100
Odbacivanje	46,94	21,04	442,76	9	90
Agresija	56,66	27,76	770,35	8	96
Istraživanje	67,37	26,14	608,30	15	97
Reprodukcija	29,57	22,58	509,72	1	83
BIAS	27,37	22,39	501,12	0	81

Tabela 3. – Deskriptivne vrednosti parametara Emocionalnog profila kod Shizofrenih pacijenata tip I

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Varijansa	Minimalni skor	Maksimalni skor
Inkorporacija	47,00	26,50	702,43	12	92
Zaštita	54,33	28,27	799,38	5	90
Orjentacija	30,80	25,10	629,89	1	74
Lišenost	71,80	21,93	480,74	24	97
Odbacivanje	42,80	25,42	646,31	9	96
Agresija	56,73	23,16	536,35	15	99
Istraživanje	63,67	17,10	292,52	25	88
Reprodukcija	49,53	16,87	284,70	22	83
BIAS	32,40	17,25	297,69	8	60

Tabela 4. – Deskriptivne vrednosti parametara Emocionalnog profila kod Shizofrenih pacijenata tip II

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Varijansa	Minimalni skor	Maksimalni skor
Inkorporacija	17,07	15,61	243,64	0	49
Zaštita	59,07	34,39	1182,50	3	97
Orjentacija	18,87	13,89	192,84	0	39
Lišenost	92,73	6,77	45,78	77	100
Odbacivanje	72,47	24,91	620,55	2	100
Agresija	68,13	31,81	1011,70	14	100
Istraživanje	62,80	28,67	821,89	30	97
Reprodukcija	14,53	13,99	195,84	0	49
BIAS	11,13	9,52	90,70	0	28

Analiza dobijenih rezultata na testu PIE- JRS u okviru osnovne grupe pacijenata sa dijagnozom shizofrenije ukazuje na sledeće emocionalne profile:

Tabela 5. – Vrednosti skorovi i frekvenci dimenzija Emocionalnog profila kod Shizofrenih pacijenata tip I

INDIKATOR	SKOR	FREKVENCA	(%)
inkorporacija	Nizak	8	53,3
	Optimalni	2	13,3
	Visok	5	33,3
zaštita	Nizak	5	33,3
	Optimalni	2	13,3
	Visok	8	53,3
orijentacija	Nizak	11	73,3
	Optimalni	1	6,7
	Visok	3	20,0
lišenost	Nizak	1	6,7
	Optimalni	3	20,0
	Visok	11	73,3
odbacivanje	Nizak	7	46,7
	Optimalni	4	26,7
	Visok	4	26,7
agresija	Nizak	4	26,7
	Optimalni	3	20,0
	Visok	8	53,3
istraživanje	Nizak	1	6,7
	Optimalni	5	33,3
	Visok	9	60,0
reprodukcija	Nizak	5	33,3
	Optimalni	6	40,0
	Visok	4	26,7
bias	Nizak	10	66,7
	Optimalni	5	33,3
	Visok	0	0

Na osnovu podataka prikazanih na tabeli br.5 uočava se da je u grupi shizofrenih pacijenata Tip I:

- na dimenziji *Inkorporacija*: *nizak* kod 53,3 % ispitanika (8 ispitanika), *optimalan* kod 13,3% ispitanika (2 ispitanika), *visok* kod 33,3 % ispitanika (5 ispitanika);
- na dimenziji *Zaštita*: *nizak* kod 33,3 % ispitanika (5 ispitanika), *optimalan* kod 13,3% ispitanika (2 ispitanika), *visok* kod 53,3 % ispitanika

- (8 ispitanika);
- na dimenziji *Orjentacija*: *nizak* kod 73,3 % ispitanika (11 ispitanika), *optimalan* kod 6,7% ispitanika (1 ispitanik), *visok* kod 20 % ispitanika (3 ispitanika);
 - na dimenziji *Lišenost*: *nizak* kod 6,7% ispitanika (1 ispitanik), *optimalan* kod 20 % ispitanika (3 ispitanika), *visok* kod 73,3 % ispitanika (11 ispitanika);
 - na dimenziji *Odbacivanje*: *nizak* kod 46,7 % ispitanika (7 ispitanika), *optimalan* kod 26,7 % ispitanika (4 ispitanika), *visok* kod 26,7 % ispitanika (4 ispitanika);
 - na dimenziji *Destrukcija*: *nizak* kod 4 ispitanika, *optimalan* kod 20 % ispitanika (3 ispitanika), *visok* kod 53,3 % ispitanika (8 ispitanika);
 - na dimenziji *Istraživanje*: *nizak* kod 6,7 % ispitanika (1 ispitanik), *optimalan* kod 33,3 % ispitanika (5 ispitanika), *visok* kod 60 % ispitanika (9 ispitanika);
 - na dimenziji *Reprodukcija*: *nizak* kod 33,3 % ispitanika (5 ispitanika), *optimalan* kod 40 % ispitanika (6 ispitanika), *visok* kod 26,7 % ispitanika (4 ispitanika);
 - na *BIASU*: *nizak* kod 66,7 % ispitanika (10 ispitanika), *optimalan* kod 33% ispitanika, dok *visok* nije postigao ni jedan ispitanik.

Tabela 6. – Vrednosti skorovi i frekvenci dimenzija Emocionalnog profila kod Shizofrenih pacijenata tip II

INDIKATORI	SKOR	FREKVENCA	(%)
inkorporacija	Nizak		86,7
	Optimalni	2	13,3
	Visok	0	0
zaštita	Nizak	5	33,3
	Optimalni	1	6,7
	Visok	9	60,0
orjentacija	Nizak	15	100,0
	Optimalni	0	0
	Visok	0	0
lišenost	Nizak	0	0
	Optimalni	0	0
	Visok	15	100,0
odbacivanje	Nizak	1	6,7
	Optimalni	2	13,3
	Visok	12	80,0

agresija	Nizak	4	26,7
	Optimalni	1	6,7
	Visok	10	66,7
istraživanje	Nizak	5	33,3
	Optimalni	4	26,7
	Visok	6	40,0
reprodukcija	Nizak	14	93,3
	Optimalni	1	6,7
	Visok	0	0
bias	Nizak	15	100
	Optimalni	0	0
	Visok	0	0

- na dimenziji *Inkorporacija*: *nizak* kod 86,7 % ispitanika (13 ispitanika), *optimalan* kod 13,3% ispitanika (2 ispitanika), dok *visok* nije zabeležen ni kod jednog ispitanika.
- na dimenziji *Zaštita*: *nizak* kod 33,3% ispitanika (5 ispitanika), *optimalan* kod 6,7 % ispitanika (1 ispitanik), *visok* kod 60 % ispitanika (9 ispitanika);
- na dimenziji *Orjentacija* *nizak* skor postiglo 100% ispitanika (svih 15 ispitanika);
- na dimenziji *Lišenost visok* skor postiglo 100% ispitanika (svih 15 ispitanika);
- na dimenziji *Odbacivanje*: *nizak* kod 6,7 % ispitanika (1 ispitanik), *optimalan* kod 13,3 % ispitanika (2 ispitanika), *visok* kod 80 % ispitanika (12 ispitanika);
- na dimenziji *Destrukcija*: *nizak* kod 4 ispitanika, *optimalan* kod 6,7 % ispitanika (1 ispitanik), *visok* kod 66,7 % ispitanika (10 ispitanika);
- na dimenziji *Istraživanje*: *nizak* kod 33,3 % ispitanika (5 ispitanika), *optimalan* kod 26,7 % ispitanika (4 ispitanika), *visok* kod 40 % ispitanika (6 ispitanika);
- na dimenziji *Reprodukcija*: *nizak* kod 93,3 % ispitanika (14 ispitanika), *optimalan* kod 6,7 % ispitanika (1 ispitanik), dok *visok* nije postigao ni jedan od ispitanika;
- na *BIASU* *nizak* skor postiglo 100% ispitanika (svih 15 ispitanika).

Tabela 7. – Vrednosti skorovi i frekvenci dimenzija Emocionalnog profila kod anksiozno-depredivnih pacijenata

INDIKATOR	SKOR	FREKVENCA	(%)
inkorporacija	Nizak	14	40,0
	Optimalan	15	42,9
	Visok	6	17,1
zaštita	Nizak	0	0
	Optimalan	0	0
	Visok	35	100,0
orjentacija	Nizak	27	77,1
	Optimalan	7	20,0
	Visok	1	2,9
lišenost	Nizak	0	0
	Optimalnan	0	0
	Visok	35	100,0
odbacivanje	Nizak	9	25,7
	Optimalan	21	60,0
	Visok	5	14,3
agresija	Nizak	8	22,9
	Optimalan	12	34,2
	Visok	15	42,9
israživanje	Nizak	6	17,1
	Optimalan	5	14,3
	Visok	24	68,6
reprodukcija	Nizak	21	60,0
	Optimalan	13	37,1
	Visok	1	2,9
bias	Nizak	24	68,6
	Optimalan	8	22,8
	Visok	3	8,6

Na osnovu podataka prikazanih na tabeli br. 7 uočava se da je u grupi pacijenata sa mešovitim anksiozno- depresivnim poremećajem:

- na dimenziji *inkorporacija*: *nizak* kod 40 % ispitanika (14 ispitanika), *optimalan* kod 42,9 % ispitanika (15 ispitanika), *visok* kod 17,1 % is-

- pitanika(6 ispitanika);
- na dimenziji *zaštita visok* skor postiglo 100% ispitanika (svih 35 ispitanika);
 - na dimenziji *orijentacija* sledeća distribucija postignutih skorova: *nizak* kod 77,1 % ispitanika (27 ispitanika), *optimalan* kod 20 % ispitanika (7 ispitanika), *visok* kod 2,9 % ispitanika (1 ispitanik);
 - na dimenziji *lišenost visok* skor postiglo 100% ispitanika (svih 15 ispitanika);
 - na dimenziji *odbacivanje: nizak* kod 25,7 % ispitanika (9 ispitanika), *optimalan* kod 60 % ispitanika (21 ispitanika), *visok* kod 14,3 % ispitanika (5 ispitanika);
 - na dimenziji *agresija: nizak* kod 22,9 % ispitanika (8 ispitanika), *optimalan* kod 34,2 % ispitanika (12 ispitanika), *visok* kod 42,9 % ispitanika (15 ispitanika);
 - na dimenziji *istraživanje: nizak* kod 17,1 % ispitanika (6 ispitanika), *optimalan* kod 14,3 % ispitanika (5 ispitanika), *visok* kod 68,6 % ispitanika (24 ispitanika);
 - na dimenziji *reprodukcija: nizak* kod 60 % ispitanika (21 ispitanik), *optimalan* kod 37,1 % ispitanika (13 ispitanika), *visok* kod 2,9 % ispitanika (1 ispitanik);
 - na *BIASU: nizak* kod 68,6 % ispitanika (24 ispitanika), *optimalan* kod 22,8 % ispitanika (8 ispitanika), *visok* kod 8,6 % ispitanika (3 ispitanika).

Komparacija Sch tip 1 i tip 2- Grupe shizofrenih pacijenata Tip I i Tip II razlikuju se po dimenzijama *Odbacivanje* i *Reprodukcija*, u tom smislu što je grupa Tip I postigla niže skorove na indikatoru *Odbacivanje*, a znatno više na indikatoru *Reprodukcija* u odnosu na grupu Tip II, sa statističkom značajnošću na nivou $p < 0.01$.

Komparacija sch sa kontrolnom grupom

Osnovna i Kontrolna grupa ispitanika razlikuju se po ajtemima *Zaštita*, *Lišenost* i *Odbacivanje*, u tom smislu što je O grupa postigla niže skorove na ajtemu *Zaštita* i *Lišenost*, a znatno više na ajtemu *Odbacivanje* u odnosu na K grupu, sa statističkom značajnošću na nivou $p < 0.01$ za ajtem *Zaštita*, dok je na ajtemima *Lišenost* i *Odbacivanje* statistička značajnost na nivou $p < 0,05$.

Na dimenziji Inkorporacija beleži se dominacija niskog skora u grupi shizofrenih pacijenata Tip I (53,3 %) i Tip II (86,7 %). Ovi rezultati bi se mogli tumačiti s aspekta lošeg kvaliteta internalizovanih objektnih relacija koje i određuju dominantne nivoe funkcionisanja ovih pacijenata. Shizofreni pacijenti uglavnom

pokazuju izrazitu nepoverljivost, sumnjičavost i opštu uzdržanost prema ljudima i idejama, te njihov vid paranoidne adaptacije na psihotičnom nivou funkcionisanja može se na bihevioralnom planu manifestovati i ekstremnom izolacijom iz socijalnog okruženja. U interpersonalnim relacijama nedostaje im spontano prihvatanje, srdačnost, društvenost i autentičnost susreta. Ovaj rezultat je iskustveno očekivan i klinički potvrđen. (Marić, 2005). Takođe, niska inkorporacija na intrapsihičkom planu ukazuje i na snižen lični kapacitet za prijem emotivnih informacija, tj. deficit u emocionalnoj percepciji i empatskom potencijalu što potvrđuju i najnovija istraživanja stranih autora. (Montrag et al., 2007; Kosmidis et al., 2007).

Dominantno visoki skor na dimenziji Zaštita prisutan je i u grupi shizofrenih pacijenata Tip I (53,3 %), kao i u grupi Tip II (60,0 %). Dobijeni rezultati ukazuju da ove pacijente karakteriše visoki stepen psihotične anksioznosti. Neprijatna, a ponekad i zastrašujuća halucinatorna doživljavanja mogu biti jedan od značajnih kauzalnih činilaca u genezi osećanja straha i generalizovane anksioznosti, pokazuju određeni autorski pristupi. (Kosmidis et al., 2007). Ovi rezultati se mogu tumačiti i Frojdovim konceptom da strah koji prati halucinacije potiče iz ponovne pojave jednog dela realnosti koji se negira. Visoka zaštita, takođe, može biti i odraz kako socijalne tako i emotivne neprilagođenosti, te sklonosti ka povlačenju iz interpersonalnih odnosa ako isti počnu da ugrožavaju psihološko polje ovih pacijenata. Kod ovih pacijenata postoji strah od svega što je novo jer nisu u stanju da iskoriste prethodno iskustvo kako bi ovladali novonastalom situacijom. U pokušaju razrešenja intenzivne psihotične anksioznosti, straha od uništenja i fragmentacije, shizofreni pacijenti najčešće koriste primitivne mehanizme odbrane kao što su splitting i projekтивna identifikacija (Erić, 2002).

Postignuća niskih skorova na dimenziji Orjentacija u grupi shizofrenih pacijenata Tip I (73,3%) i Tip II (100%) mogu se tumačiti izrazitom neprilagodljivošću, rigidnošću ovih pacijenata. Naime, sklonost ka stereotipnim obrascima ponašanja ima za cilj kontrolisanje aktuelne situacije u kojoj je postignut izvestan tip psihičke adaptacije, a stereotipije kako u govornoj produkciji, tako i u bihevioralnim aspektima posebna su karakteristika Tip II shizofrenije. Ovi rezultati u skladu su sa istraživanjima nekih stranih autora, koji su perseveracije beležili u ranijim fazama shizofrenog oboljenja, kao vid početnih kognitivnih inhibicija, dok su stereotipije u govornoj produkciji i ponašanju bile karakteristične za kasnije faze bolesti (Rector et al., 2006).

Visoki skorovi na dimenziji Lišenost koji dominiraju kod Tipa I shizofrenije (73,3%), a čak se kao isključivi rezultat javljaju kod Tipa II shizofrenije, ukazuju na prisustvo depresivnog sindroma ili pseudodepresije. Prisustvo depresije u shizofreniji može biti shvaćeno kao integralni deo same shizofrenije, ili kao posledica psihološke reakcije na bolest. Razmatrana je i mogućnost pojave depresije kao neželjenog efekat dejstva antipsihotika (Jašović-Gašić i sar., 1997). Moguće tumačenje postignuća visokog skora na dimenziji Lišenost kod Tipa II

shizofrenije, bilo bi da njihov subjektivni doživljaj praznine i gubitka emocija ovi pacijenti opisuju kao depresiju. Ona nema emocionalnu rezonancu, nema svog odjeka u socijalnom okruženju, te je možda adekvatnije govoriti u tom kontekstu o pseudodepresiji (Elvevag 2004). Psihoanalitičko tumačenje visoke deprivacije kod shizofrenih pacijenata uopšte, prema mišljenju Biona i Melani Klajn, moglo bi imati značenje pokušaja restitucije. Naime, pomak od paranoidno-shizoidne pozicije ka depresivnoj poziciji uključuje ponovni pokušaj integracije otcepljenih delova selfa u novu celinu i pokušaj stvaranja celovitijih objektnih odnosa, ali i pojavu tuge vezane za stara sećanja. U periodu remisije, kada shizofreni pacijent stekne određeni uvid u svoje stanje, on postaje duboko nezadovoljan sobom i životnim perspektivama, ima stalni osećaj da je za nešto uskraćen, a to odražava emotivnu tenziju i unutrašnji osećaj praznine, besmisla sadašnjosti i besperspektivne budućnosti. Ovde bi se moglo govoriti o sindromu demoralizacije. Visoka premorbidna dostignuća, neispunjena očekivanja i dobar uvid u svoje psihičko stanje, uz perzistentno depresivno raspoloženje i razvoj osećanja beznađa usled razočarenja i frustracija u pogledu kvaliteta njihovog življenja predstavlja povećani rizik sa suicid. (Gross, 2002) Određena istraživanja kao značajne faktore rizika za pojavu suicida kod shizofrenih pacijenata navode: depresiju, psihomotornu agitaciju, lošu psihofarmakoterapijsku komplijansu, prethodne pokušaje suicida, strah od mentalne dezintegracije (posebno kod pacijenata sa višim intelektualnim potencijalima premorbidno), prisustvo negativne simptomatologije (Tip II Sch), skorašnje gubitke, hroničnu reakciju demoralizacije, prisustvo neželjenih efekata neuroleptičke terapije u vidu akinezije ili akatizije (Cohen, Docherty, 2004). Autodestrukcija u sklopu suicidalnih pokušaja korelira između besa i hostilnosti, sa dodatnom depresivnošću (Amstadter A., 2017). Drugi autorski pristupi ukazuju da spoj introverzije, pseudoneurotske simptomatologije, impulsivnosti i elemenata oralne agresivnosti korelira sa depresivnošću i povećanim rizikom za suicid (Jašović-Gašić i sar., 2004). U ovom istraživanju dobijeni visoki skorovi na dimenzijama zaštite i agresivnosti su u pozitivnoj korelaciji sa visokim skorovima na dimenziji lišenosti, te se u tom kontekstu zapaža podudarnost rezultata ovog rada sa rezultatima prethodno navedenih istraživanja.

Dominacija visokog skora (80%) na dimenziji Odbacivanje prisutna je u grupi shizofrenih pacijenata Tip II. Ovi rezultati govore u prilog izražene visoke kritičnosti, nepoverljivosti do stepena paranoidnosti, hostilnosti i tendencionalnog odbacivanja ljudi i njihovih ideja. Visoko Odbacivanje koje je praćeno niskom inkorporacijom može se tumačiti nedostatkom vlastitog identiteta, jer je u psihozi došlo do dezintegracije Ega. Rezultati ovog istraživanja mogu se posmatrati i s aspekta psihoanalitičke postavke o dominantnim mehanizama odbrane kod shizofrenih pacijenata. Naime, važan mehanizam odbrane ovih pacijenata jeste i odbacivanje, tj negacija kompletne realnosti, gubitak potrebe za kontaktom i zatvaranje u svoj novi autistični svet (Kaplan, Sadoc, 2000). Postignuća niskog skora na dimenziji Odbacivanje kod 46,7 % ispitanika sa Tipom I shizofrenije, bi

se mogli shvatiti kao manifestacija nemogućnosti kritične selekcije informacija (filtriranja informacija), te posledičnog preplavlivanja istim. Rezultati mnogih neurofizioloških istraživanja (Crow, 1980) ukazuju na neadekvatnu vremensku integraciju diskontinuiranih događaja (oštećena funkcija hipokampusa), te nemogućnost selekcije sopstvenih asocijacija, ideja i primljenih informacija, što u misaonom procesu može dovesti do nemogućnosti adekvatne konceptualizacije i semantičke anticipacije.

Visoki skorovi na dimenziji Destrukcije dominiraju u grupi shizofrenih pacijenata Tip I (53,3%) i Tip II (66,7%). Ovi rezultati ukazuju na količinu hostilnosti karakterističnu za osobe koje žive u svetu sopstvenih ideja i fantazama, dok realni svet negiraju. Ponekad retrofektirana agresija koju prati permanentna napetost, strah i prisustvo auditivnih i imperativnih halucinacija može biti uzrok zastrašujućih, bizarnih samoubistava. Rezultati ovog istraživanja u skladu su sa rezultatima istraživanja kliničkih i psihopatoloških korelata agresivnosti kod shizofrenih pacijenata, koji takođe potvrđuju značajnu pozitivnu korelaciju između agresivnosti i autodestruktivnog ponašanja (Burbridge, Barch, 2002). Naime, primenom PANSS-a kod agresivnih pacijenata, zapaženo je postignuće većih skorova na sledećim ajtemima: uznemirenost, sumnjičavost/persekucija, hostilnost, napetost, nekooperativnost, nedostatak uvida i kritičnosti i slaba kontrola impulsa. S druge strane, agresija shizofrenih pacijenata putem projekcije jednim delom gradi i osnovu njihovih paranoidnih sumanutih ideja i može biti usmerena na okolinu, tj. može imati hetero ispade, a u najdrastičnijem obliku i homicidalne tendencije. Značajan rizik od homicida kod shizofrenih pacijenata potvrđuju određene retrospektivne studije rađene u periodu od 1993-2002. godine u Australiji (Amstadter, 2007). Neki autorski pristupi pokazuju prisustvo impulsivnosti i psihopatske agresivnosti uz odsustvo parametara pseudoneurotskog tipa, kao važnih elemenata koji ukazuju na povećani rizik od heteroagresivnih tendencija u grupi shizofrenih pacijenata. (Eher et al, 2000). U skladu s ovim rezultatima bili bi i rezultati ovog istraživanja koji su u grupi pacijenata sa Tipom II shizofrenije pokazivali niske skorove na dimenzijama zaštite i inkorporacije, a visoke skorove na dimenzijama odbacivanja i agresivnosti.

Postignuće visokog skora na dimenziji Istraživanje beleži se u grupi shizofrenih pacijenata Tip I (60,0 %), dok se kod Tipa II beleži u nešto nižem procentu (40 %). Moguće tumačenje ovako dobijenih rezultata bilo bi zasnovano na određenim kliničkim opservacijama. Naime, hronični shizofreni pacijenti viših intelektualnih potencijala često od lekara i okoline prikrivaju svoje halucinatorne doživljaje, a oštrom cenzurom izrečenog i svoje sumanute misaone sadržaje. Ove osobe nekada deluju rigidno, hladno, distancirano, a nisu retke ni opsesivne karakteristike ovih ličnosti. Kompulsivnim ritualima koji mogu predstavljati i deo magijskog mišljenja kao da žele da unesu red u haotične i često zastrašujuće sadržaje koji postoje u njihovoj svesti i time ublaže intenzivno osećanje straha i ugroženosti. Često ih privlači i podstiče otkrivanje principa funkcionisanja, sklonost

ka pseudointelektualizaciji i istovremeno potiskivanje emocija, sto je u skladu sa izvesnim autorskim pristupima. (Erić, 2002). Ustvari, visoko istraživanje kod ovih pacijenata okrenuto je ka unutra, ka sebi i svom autističnom, imaginarnom svetu, dok se istraživanje put spolja gubi. Kod Tipa II shizofrenije istraživanje je blokirano i zamenjeno stereotipijama. Ove rezultate potvrđuju i druga istraživanja u ovoj oblasti (Herran et all., 2006).

Dominacija niskog skora na dimenziji Reprodukcijska prisutna je u 93,3 % kod Tipa II shizofrenije. Ovakav rezultat bio je očekivan i u saglasnosti je sa njihovom introvertnom i autističnom pozicijom. Psihoanalitički tumačeno shizofrenija je vid regresije na primami narcizam, te se gubi potreba za kontaktom sa drugima, preostala energija je centrirana na self i ne postoji investicija libida u druge objekte. U svom autističnom svetu ovi pacijenti grade po sopstvenim iracionalnim zakonima poseban vid mišljenja, jezika i magijskog značenja koji je u službi komunikacije sa samim sobom, jer takav jezik ne teži komunikaciji sa realnim svetom koji se negira.

U skladu sa ovim rezultatima potvrđuju i novija istraživanja stranih autora, vezana za problem emocionalne percepcije i ekspresije, a narocito za blokiranje emocionalne investicije u ovoj grupi pacijenata (Gabbard, 2000). Ujednačen trend raspodele niskog (33,3 %), optimalnog (40,0%), i visokog (26,7 %) skora na dimenziji Reprodukcijska beleži se u grupi shizofrenih pacijenata Tip I. Moguće tumačenje ovako dobijenog rezultata bilo bi u kontekstu formalnog i bihevioralnog ispoljavanja produktivne simptomatologije, bez adekvatne sadržinske, emotivne pratnje. Naime, ovo je vid pseudoreprodukcije koja okolini ponekad može izgledati kao specifična i od realiteta odvojena komunikacija. Ovakvo tumačenje dobijenih rezultata u skladu je sa inostranim istraživanjima koja se bave problemom deficita u emocionalnom procesiranju vezanih za ovu grupu pacijenata (Dozois, Frewen, 2006). Dominacija niskog Biasa prisutna je kod Tipa I (66,7 %) shizofrenih pacijenata, a kao isključivi rezultat (100%) javlja se kod Tipa II. Ovi rezultati su očekivani i u skladu su sa opšte važećim teorijskim postavkama koje ukazuju na introvertni stav ličnosti shizofrenih pacijenata, kako premorbidno, tako i u toku razvijenog oboljenja. Takođe, neka najnovija istraživanja stranih autora, posebno podvlače pozitivnu korelaciju između introverzije i zavisnih crta ličnosti premorbidno i u toku oboljenja i negativnih simptoma u shizofreniji (Herran et all., 2006).

Na osnovu prethodno navedene analize dobijenih rezultata na testu PIE-JRS u E grupi, potvrđena je postavljena radna hipoteza da će u pomenutoj grupi profil indeksa emocija biti izmenjen u odnosu na normativni uzorak.

Literatura

- Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disorders* 2007; (Epub ahead of print).

- Burbridge JA., Barch, DM. Emotional valence and reference disturbance in schizophrenia. *J. Abnorm Psychol* 2002; 111 (1): 186-91.
- Crow TJ . Molecular pathology of schizophrenia : more than one disease process? *BMJ* 1980; 280: 66.
- Cohen AS, Docherty NM. Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia. *Schizophr Rec* 2004; 69 (1): 7-14.
- Dozois DJ, Frewen PA. Specificity of cognitive structure in depression and anxiety disorders: a comparison of interpersonal and achievement content. *J Affect Disord.* 2006; 90 (2-3): 101-9.
- Eher R, Windhaber J, Rau H, et all. Styls of interpersonal conflict in patients with anxiety disorders, alcoholism, rheumatoid arthritis and healthy controls: a cluster analysis studu. *Psychiatr Prax.* 2000; 27(4): 189-94.
- Elvevag B, Fisher JE, Gurd JM, et all. Semantic clustering in verbal fluency: schizophrenic patients versus control participants. *Psychol. Med.*2002.; 32 (5): 909-17.
- Erić Lj, urednik. Psihoterapija. Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu; 2002.
- Fenton WS, Hibben J, Knoble M . Essential fatty acids , lipid membrane abnormalities, and the diagnosis and treatment of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2000; 47:8.
- Goleman D. , 2004. Destrktivne emocije i kako ih možemo prevazići. Beograd: Geopoetika;
- Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Third Edition. Washington: American Psychiatric Press ; 2000.
- Gilbert P., Irons C., Olsenk K., Gilbert J., et all. *Psychol Psychother* 2006; 79(Pt 1): 37-51.
- Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39 (1): 281-91.
- Herran A, Sierra- Biddle D, Cuesta MJ, et all. Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60(5): 538-45.
- ICD 10- SZO. Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja ICD-10. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva; 1992.
- Jašović-Gašić M, (ured.). *Depresija u shizofreniji*. Beograd: Galenika;1997, Jašović-Gašić M, Paunović, VR, i ost. *Terapijske smemice za lečenje shizofrenije*. Beograd: Srpsko lekarsko dmštvo - psihijatrijska sekcija; 2003.
- Jašović-Gašić M, Marić N, Totić-Poznanović S, i ost. U skladu sa svetskim trendom studija shizofrenog poremećaja. U:XII kongresps psihijatara Srbije i Cme Gore - zbornik radova; Herceg Novi, 2004.
- Kohler CG, Martin EA. Emotional procession in schizophrenia. *Cognit Neuropsychiatry* 2006; 11(3): 250-71.
- Kosmidis MH, Bozikas VP, Giannakou M., Anezoulaki D., et all. Impared emotion perception in schizophrenia: a differential deficit. *Psychiatry Res* 2007; 149(1-3): 254-6.
- Marić J. *Klinička psihijatrija*. XI izdanje. Beograd: Megraf; 2005.

Rector NA, Beck AT, Stalar N. The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Can J Psychiatry* 2005; 50(5): 245-6.

Bojana Dimitrijević

EMOTIONAL PROFILE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Summary

Schizophrenic patients have problems in recognizing their own and others' emotions. The aim of this study was to profile the emotions in schizophrenic patients compared to patients with mixed anxiety disorder depressing and between schizophrenic subtypes. The study included 65 patients aged 25-45 years, who were divided into primary group, N = 30 schizophrenic patients with subgroups Type I and Type II schizophrenia and the control group, N = 35 patients with mixed anxiety- depressive disorder. Schizophrenia and mixed anxiety-depressive disorder were diagnosed according to the DSM-10 criteria for these disorders. In the framework, used instruments were PANSS in order to dichotomize patients in type I and in type II schizophrenia; also HAMA and HAMD for the evaluation of anxiety and depressive symptoms, as well as PIE-JRS to detect emotional profiles. Research has shown that emotional profiles differ significantly between patients in different subgroups as well as in relation to no schizophrenic patients.

Key words: schizophrenia, patients, emotional profile

