

SUMANUTI POREMEĆAJ: NEUROPSIHOLOŠKI ASPEKTI

Ivana Leposavić, Ljubica Leposavić*
Institut za psihijatriju KCS

Dosadašnje studije koje su se bavile neuropsihološkim aspektima sumanutosti, uglavnom se fokusiraju na specifične forme ovog poremećaja, odnosno na one poremećaje sumanutosti koji su povezani sa neobičnim, neregularnim iskustvom. Relativno mali broj istraživanja se bavi kognitivnim deficitima povezanim sa deluzijama.

Suština ovog rada se sastoji u detekciji neuropsiholoških disfunkcija kod pacijenata sa perzistentnim sumanutim poremećajem, i u povezivanju ovih kognitivnih distorzija sa odgovarajućim moždanim regijama. Pored toga, analizirane su i karakteristike atribucionog stila kod ovih bolesnika, u svetlu njihove veze sa neusklađenim lokalizovanim imputom za sistem rezonovanja.

Istraživanje je dizajnirano kao komparativna studija. Uzorak je predstavljala: grupa pacijenata sa perzistentnim sumanutim poremećajem; grupa pacijenata sa paranoidnom shizofrenijom; grupa zdravih ispitanika.

Ispitanici su testirani neuropsihološkom baterijom koja reprezentuje sledeće kognitivne funkcije: pažnju, pamćenje, vizuospacijalnu i vizuokonstrukcionu organizaciju, egzekutivnu sposobnost, verbalno divergentno mišljenje. Za procenu atribucionog stila je korišćen projekivni Rorschach-ov metod.

Ključne reči: neuropsihologija, sumanuti poremećaj, atribicioni stil

Francuski neurolog Gaétan G. de Clérambault (ponovo objavljen 1942) je, još tridesetih godina prošlog veka, izneo pretpostavku da hronične sumanutosti nastaju iz abnormalnih neuroloških pojava. Infekcije, lezije, intoksikacije i drugi oblici oštećenja produkuju automatizme koji zbunjuju ili uznemiruju pacijenta u početku i na kraju zahtevaju objašnjenje. Objašnjenje zadobija oblik sumanutosti. Automatizmi obuhvataju halucinacije, neprestano promicanje uspomena, osećanje

* Adresa autora: buba3@eunet.yu

poznatosti, pogrešno prepoznavanje, poremećaje pažnje, bizarne taktilne senzacije i čak kinestetičke senzacije.

Sličnu ideju koja je konceptualizovala sumanutosti kao proizvod racionalnih pokušaja da se da smisao neregularnim perceptivnim doživljajima, nedavno je razvio Brendan Maher (1974, 1988, 1992). Ova teorija se sastoji od dve odvojive hipoteze. Prva hipoteza je da su sumanute ideje uvek pokušaji da se objasni neka vrsta neobičnog iskustva. Prema ovom modelu, iskustvo ne mora biti posledica perceptivnih nedostataka, samo treba samoj osobi da izgleda čudno. Druga hipoteza je da sumanutosti nikada nisu proizvod nenormalnog procesa razmišljanja tj. zaključivanja. Naime, neregularnost pri "unosu" podataka, dovodi do segmentarnih poremećaja u kvalitativnim aspektima mišljenja, koji rezultuju pojavom sumanutih ideja. U ostalim segmentima, mišljenje je očuvano, tako da su greške u sistemu rezonovanja posledica pokušaja da se dodeli smisao pristiglim podacima i ne predstavljaju poremećaj rezonovanja sam po sebi.

Ako ljudi preterano prate informacije vezane za njihovu sumanutost, trebalo bi, takođe, i da naročito lako pamte tu vrstu informacija, što je i potvrđeno u dve studije (Bentall i sar., 1995; Kaney i sar., 1992). Sledeća posledica selektivne pažnje prema informacijama vezanim za pretnju trebalo bi da bude visoka procena stope pojavljivanja negativnih događaja; ovo sledi jer pojedinci prosuđuju o stopi prema dostupnosti relevantnih informacija u memoriji, što je fenomen poznat kao heuristika dostupnosti (Tversky i Kahneman, 1974). Studije potvrđuju ovo predviđanje (Kaney i sar., 1997) ukazujući na paranoidni pogled na svet u kome svakoga vide kao ranjivog prema pretnji.

Jedna serija studija o zadacima probablističkog rezonovanja je demonstrirala da sumanuti pacijenti imaju tendenciju da pre nagljeno zaključuju, tj. da usvajaju neku hipotezu na osnovu manje dokaza nego što je potrebno normalnim osobama (Dudley i sar., 1997; Garety i sar., 1991; Huq i sar., 1988; Peters i sar., 1997). Prenagljeno zaključivanje u ovim studijama je indeks od tri faktora. Koliko brzo sumanute osobe usvajaju neku hipotezu, njihova upornost da je se drže uprkos određenim dokazima i njihova procena verovatne istinitosti te hipoteze. Rezultati u ovim studijama variraju osim jednog konzistentnog rezultata, a to je brzina kojom se teorija usvaja. Ove rezultate ne bi trebalo tumačiti kao dokaz nedostatka/gubitka sposobnosti da se rezonuje probablistički ili da se testiraju hipoteze, već kao tendencija ili sklonost ka ranom prihvatanju i, u manjoj meri, ka ranom odbacivanju hipoteza (Garety i Freeman, 1999).

Mogućnost da su ove neregularnosti, prvenstveno, posledica motivacionih faktora a ne načina na koji se informacije obrađuju, je nagoveštena u studijama Dudley-a i sar., (1997) i Young-a i Bentall-a (1997). Jedan tip motivacije koji bi mogao biti važan u ovom pogledu je potreba za definitivnim odgovorom u pogledu neke diskutabilne teme koja izaziva nedoumicu, neizvesnost i dvosmislenost (Kruglanski, 1996).

U jednoj seriji publikacija, autori su zastupali stav da paranoidni sistem ideja može biti proizvod abnormalnih atribucionih procesa (Bentall, 1994; Bentall i sar., 1994; Bentall i Kinderman, 1998, 1999). Autori ovih publikacija su objavili da paranoidni pacijenti vrše preterano stabilna i globalna pripisivanja za hipotetičke

negativne događaje (Campbell i Sedikides, 1999; Fear i sar., 1996; Kaney i Bentall, 1989; Won i Lee, 1997). Druga grupa istraživanja koja se bavila istom temom, ali upotrebljavajući drugačiju metodologiju i instrumente (Craig i sar., 2001; Kaney i sar., 1997; Kinderman i Bentall 1996, 1997), podržala je ove zaključke.

Neuropsihološke studije sumanutih poremećaja su, još uvek, u začetku. Kao i u većini psihijatrijskih stanja, nema podataka o lokalizovanoj patologiji mozga koja bi korelirala sa kliničkom psihopatologijom. Sumanutosti mogu komplikovati praktično sve moždane poremećaje. Pitanje je, da li je kod ovih stanja, uopšte, prisutan kognitivni deficit koji bi se mogao povezati sa odgovarajućim moždanim regijama, ili je ova pretpostavka samo fikcija? Činjenica je da iscrpna neuropsihološka istraživanja ovog psihopatološkog entiteta - izostaju, verovatno zbog toga što se kod bolesnika sa sumanutim poremećajem ne registruju formalni poremećaji mišljenja, pamćenja, kao ni ostalih kognitivnih funkcija.

Neuropsihologija sumanutih poremećaja predstavlja nekompletnu sliku u okviru koje se sa priličnom nesigurnošću govori o postojanju temporalne i limbičke disfunkcije (Cummings, 1992; Howard i sar., 1995) kao o mogućem specifičnom neuroanatomskom supstratu ovog poremećaja. Definitivni odgovori, ipak, još uvek nisu ponuđeni, bar ne dok se ne omogući primena sofisticirane neuropsihološke baterije koja ima daleko precizniju anatomsku osnovu.

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. utvrditi specifičan neuropsihološki profil pacijenata sa sumanutim poremećajem u fazi remisije;
2. utvrditi karakterističan atribucionni stil pacijenata sa sumanutim poremećajem;
3. utvrditi koje su kognitivne funkcije najosetljivije na efekte sumanutosti;
4. utvrditi vezu između neuropsiholoških disfunkcija kod bolesnika sa sumanutim poremećajem i moždane lokalizacije.

METOD

Ispitanici

U istraživanje je uključen 91 ispitanik, oba pola, starosti od 30 do 53 godine, bez težih organskih ili hroničnih somatskih bolesti i to: 30 bolesnika sa sumanutim poremećajem (SP), 31 bolesnik sa paranoidnom shizofrenijom (PSch) i 30 zdravih subjekata (K). Kontrolne grupe su činili bolesnici sa paranoidnom shizofrenijom i grupa zdravih ispitanika. Sve tri grupe ispitanika su usklađene u odnosu na uzrast,

pol, obrazovni nivo, dok su dve grupe pacijenata, hospitalizovanih u Institutu za psihijatriju KCS, usklađene i u odnosu na dužinu trajanja bolesti (do tri godine). Svi ispitanici su bili dešnjaci, upotrebno i gestualno, što je potvrđeno skalom za procenu dominantnosti ruke (Rackowski i sar., 1974).

Neuropsihološki testovi

Kod svakog pojedinačnog ispitanika je primenjena neuropsihološka baterija koja obuhvata testove za ispitivanje opštih kognitivnih sposobnosti, pažnje, pamćenja, divergentnog mišljenja, egzekutivnih funkcija i vizuospacijalnih sposobnosti.

Vekslerov Individualni Test Inteligencije (VITI)

Test predstavlja kompilaciju Wechsler-ovih skala inteligencije (WAIS i WAIS-R), po formi je zadržan bazični dizajn testa. Ova verzija je delo Prof. Bergera i sar. (1991), a norme su formirane u postupku standardizacije na našoj populaciji.

Mini mental test za demencije - Mini Mental State Examination (MMSE)

MMSE (Folstein i sar., 1975) je skrining test predviđen prvobitno za procenu težine demencije, ali je kasnije zbog jednostavnosti i kratkoće primene počeo znatno šire da se koristi. Maksimalni skor je 30, dok skor manji od 24 ukazuje na postojanje kognitivnog pada.

Trail Making Test - A i B forma (TMT A i B)

Ovaj test se sastoji iz dva dela, A i B (Reitan, 1958). Deo A procenjuje uglavnom pažnju, tj. koncentraciju, vizuelno opažanje, vizuospacijalnu procenu i vizuomotorne sposobnosti. Deo B, osim svega navedenog, procenjuje i kompleksno konceptualno praćenje što spada i u egzekutivne sposobnosti.

Huperov test vizuelne organizacije - Hooper Visual Organisation Test (HVOT)

HVOT (Hooper, 1958) je najpoznatiji test vizuelne organizacije. Postignuća na ovom testu u velikoj meri zavise od vizuospacijalne organizacije, vizuelne gnozijske i konceptualnih sposobnosti.

Rey-ova kompleksna figura (RKF)

Ovaj test (Rey, 1941; Osterreith, 1944; Taylor, 1959) je jedan od najčešće primenjivanih za procenu vizuokonstrukcionih sposobnosti u dve dimenzije (grafički) kao i za procenu vizuelnog pamćenja.

Re-yov test auditivnog verbalnog učenja i pamćenja (RAVLT)

Ovim testom se ispituje verbalno učenje i pamćenje (Rey, 1964). U okviru ovih funkcija se meri neposredno upamćivanje, određuju strategije učenja, formira kriva učenja, otkriva proaktivna i retroaktivna interferenca, uočavaju tendencije ka konfabulaciji, procenjuje rekognicija i retencija.

Test sortiranja karata – Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

WCST je najpoznatiji test za otkrivanje perseverativnosti i mentalne rigidnosti (sposobnost promene i održavanja seta). Prvobitno je bio zamišljen da služi za procenu sposobnosti apstrakcije u zdravih (Berg, 1948). Uspešnost na ovom testu zavisi od organizacije opažanja, iskustva sa adekvatno upamćenim materijalom, konceptualnog praćenja i ostalih aspekata mišljenja.

Test verbalne fluentnosti - verbalnog divergentnog mišljenja

Ovaj test se prvo pojavio kao pismena varijanta testa nabiranja (Thurstone i Thurstone, 1962). Postignuća na ovom testu zavise od sposobnosti formulisanja određene strategije prisećanja reči i očuvanog divergentnog mišljenja koje obezbeđuje pronalaženje više tačnih odgovora za isti zadatak.

Rorschach metod

Postoje razni sistemi skorovanja i interpretacije Rorschacha (1942), a za potrebe našeg istraživanja je korišćen Obuhvatni sistem interpretacije koji je delo J. Exner-a (1978). Ovaj sistem je psihometrijski proveren i manifestuje visoku interkličku relijabilnost i validnost.

REZULTATI

U pogledu osnovnih demografskih karakteristika grupa, uključene su varijable koje se odnose na uzrast ispitanika i stepen obrazovanja, izražen prema broju godina školovanja.

Tabela 1. Osnovne demografske i kognitivne karakteristike grupa

	grupa sa sumanutim poremećajem		grupa sa paranoidnom shizofrenijom		kontrolna grupa zdravih	
podaci	x +/-SD	min - max	x +/-SD	min - max	x +/-SD	min - max
uzrast	41,70+/-6,57	30 - 53	42,96+/-7,39	30 – 53	41,73+/-6,59	30 – 53
obrazovni nivo	13,46+/-2,62	11 – 21	13,29+/-2,14	10 – 17	13,56+/-2,54	11 – 20

Grupa sa Perzistentnim sumanutim poremećajem (SP) - ispitivanu grupu je sačinjavalo 30 ispitanika oba pola, od kojih je bilo 18 muškaraca i 12 žena. Dužina trajanja bolesti se kretala od 6 meseci do 3 godine, sa prosečnom vrednošću od 1,87 godina, a broj hospitalizacija od jedne do dve, sa prosečnom vrednošću od 1,04. Pacijenti su u vreme testiranja bili u fazi kliničke remisije.

Grupa sa Paranoidnom shizofrenijom (PSch) - ovu grupu je sačinjavao 31 ispitanik, i to 19 muškaraca i 12 žena. Dužina trajanja bolesti se kretala od jedne do tri godine, sa prosečnom vrednošću od 2,41 godina, a broj hospitalizacija od jedne do dve, sa prosečnom vrednošću od 1,93. Svi bolesnici iz ove grupe, u periodu neuropsihološkog testiranja su se nalazili u fazi kliničke remisije.

Kontrolna grupa zdravih ispitanika (K) - u ovu grupu je uključeno 30 ispitanika, od čega su 18 ispitanika bili muškog, a 12 ženskog pola.

Analiza značajnosti razlika između grupa u odnosu na osnovne demografske karakteristike pokazuju da su grupe međusobno usklađene u pogledu uzrasta ($F(2,88)=0,33$, $p>0,05$) i obrazovnog nivoa ($F(2,88)=0,10$, $p>0,05$).

Tabela 2. Postignuća ispitivanih grupa na VITI i na neuropsihološkim testovima (srednje vrednosti - x, standardne devijacije – SD)

	grupa sa sumanutim poremećajem - SP	grupa sa paranoidnom shizofrenijom - PSch	grupa zdravih subjekata K
Varijable	x +/-SD	x +/-SD	x +/-SD
IQv	104,83 +/-10,43	106,67 +/-9,57	111,03 +/-10,05
IQm	102,80 +/-11,18	98,74 +/-10,18	108,13 +/-9,00
IQtot	103,86 +/-10,31	102,74 +/-9,57	110,83 +/-8,97
Informacije	17,30 +/-2,76	18,03 +/-7,27	21,50 +/-5,69
Brojevi	12,73 +/-2,76	12,96 +/-3,74	16,23 +/-6,92
Rečnik	43,40 +/-14,33	43,96 +/-17,57	52,43 +/-14,17
Aritmetika	10,03 +/-2,48	11,29 +/-2,29	11,50 +/-3,03
Shvatanje	17,13 +/-5,79	18,35 +/-5,23	19,30 +/-5,01

Sličnosti	18,06 +/-6,48	17,54 +/-4,41	19,83 +/-4,53
Dopune	11,93 +/-4,27	11,09 +/-3,28	12,06 +/-2,98
Strip	8,23 +/-4,92	7,48 +/-3,61	9,96 +/-4,65
Mozaik	34,90 +/-8,79	22,80 +/-8,08	37,46 +/-6,06
Sklapanje	23,63 +/-7,23	25,80 +/-5,81	26,66 +/-6,69
Šifra	41,56 +/-10,82	41,09 +/-12,11	47,56 +/-16,15
MMSE	28,43 +/-1,52	27,58 +/-1,64	28,60 +/-1,24
TMT A	43,46 +/-14,83	78,16 +/-16,85	47,00 +/-10,68
TMT B	134,80 +/-41,50	145,93 +/-35,32	92,06 +/-9,52
HVOT	24,08 +/-1,94	16,79 +/-4,14	24,55 +/-2,40
RKF - C	28,93 +/-4,08	20,77 +/-5,68	29,75 +/-2,85
RKF - 40"	15,21 +/-6,31	10,30 +/-3,02	14,15 +/-4,35
RAVLT u	42,63 +/-7,68	32,90 +/-4,62	46,50 +/-7,83
RAVLT e	8,6 +/-1,52	5,51 +/-1,80	8,90 +/-1,09
RAVLT r	10,53 +/-1,07	9,41 +/-1,43	12,93 +/-1,11
WCST - BK	5,43 +/-1,00	4,67 +/-1,70	5,36 +/-1,06
WCST - BP	1,86 +/-1,22	1,35 +/-0,91	0,26 +/-0,52
WCST - PO	47,82 +/-28,48	48,41 +/-24,81	48,36 +/-27,20
FF - S	10,93 +/-2,24	8,96 +/-1,70	10,6 +/-1,81
FF - K	10,06 +/-1,92	8,03 +/-1,49	9,8 +/-1,03
FF - L	9,23 +/-1,77	7,90 +/-1,51	8,9 +/-1,32

MMSE - Mini mental test

TMT A - Test trasiranja puta forma A

TMT B - Test trasiranja puta forma B

HVOT - Hooper-ov test vizuelne organizacije

RKF - C - kopiranje Reyove kompleksne figure

RKF - 40 - odloženo vizuelno pamćenje Reyove kompleksne figure nakon 40 min.

RAVLT u - ukupan broj ponovljenih reči kroz pet pokušaja

RAVLT e - broj ponovljenih reči nakon 30 min. (evokacija)

RAVLT r - broj tačno prepoznatih reči (rekognicija)

WCST - BK - broj kategorija

WCST - BP - broj prekida seta

WCST - PO - perseverativni odgovori

S - ukupan broj zbirnih imenica koje počinju slovom "S" za 60sek.

K - ukupan broj zbirnih imenica koje počinju slovom "K" za 60sek.

L - ukupan broj zbirnih imenica koje počinju slovom "L" za 60sek

Vekslerov Individualni Test Inteligencije -VITI

Upoređivanjem grupa prema postignućima na verbalnom delu ovog testa pokazuje se da se ispitivane grupe značajno razlikuju na suptestovima Informacije ($F(2,88)=3,68$, $p<0,05$) i Rečnik ($F(2,88)=3,22$, $p<0,05$), koji reprezentuju premorbidni intelektualni nivo i posredovani su levim temporalnim režnjem. Iako ovi suptestovi mere konceptualne sposobnosti, dobijena razlika je, najverovatnije,

posledica slabijeg fonda opštih znanja u grupi sa SP u odnosu na kontrolnu grupu zdravih, dok razlika u ovim varijablama između grupe sa SP i PSch, nije zapažena. Grupe sa SP i PSch su se značajno razlikovale od grupe zdravih na suptestu Brojevi ($F(2,88)=4,99$, $p<0,01$), koji odlikava verbalni raspon pažnje i kratkoročno verbalno pamćenje.

Na manipulativnom delu testa, obe grupe bolesnika se značajno razlikuju u odnosu na kontrolnu grupu zdravih na suptestu Šifra ($F(2,88)= 3,17$, $p<0,05$), koji meri vizuo-motornu koordinaciju i grafomotorne sposobnosti i pokazatelj je radne memorije.

Intertestovna analiza u grupi sa SP, upućuje na tendenciju ka porastu postignuća na suptestu Dopune koji reprezentuje sposobnost organizovanja vizuelno percipiranog sadržaja. Ispitanici ove grupe na Dopunama postižu više skorove u odnosu na postignuća na ostalim suptestovima.

U odnosu na IQt, grupe sa SP i PSch se značajno razlikuju od kontrolne grupe zdravih ($F(2,88)=6,37$, $p<0,05$). Obe grupe bolesnika se značajno razlikuju od grupe K kako u odnosu na IQv ($F(2,88)=3,16$, $p<0,05$) tako i u odnosu na IQm ($F(2,88)=6,53$, $p<0,05$). Ove razlike nastaju usled sniženih postignuća grupe sa SP u odnosu na grupu K, na suptestovima Informacije, Brojevi i Rečnik u okviru verbalnog dela VITI i slabijeg skora na suptestu Šifra u okviru neverbalnog dela VITI. Bez obzira na uočene razlike u IQt, vrednosti pokazuju da su grupe u opsegu prosečnog intelektualnog funkcionisanja (90 - 110).

Test trasiranja puta - Trail Making Test – TMT

Prema postignućima na TMT B, grupe se značajno razlikuju ($F(2,88)=21,89$, $p<0,05$). Grupa sa SP pokazuje značajno produženje vremena potrebnog za kompletiranje forme B u odnosu na kontrolnu grupu zdravih. Forma B predstavlja meru kompleksnog konceptualnog praćenja i reprezentuje efikasnost podeljene pažnje.

Rejov test auditivnog verbalnog učenja - RAVLT

Sposobnost prepoznavanja (RAVLTr) prethodno učenih reči, je značajno redukovana kod grupe sa SP u odnosu na kontrolnu grupu zdravih ($F(2,88)=65,83$, $p<0,01$), tako da ova grupa bolesnika raspolaže suženim obimom zapamćenih podataka, dok je grupa sa PSch značajno insuficijentnija na ovom parametru i u odnosu na SP i u odnosu na K.

Test sortiranja karata – WCST

Analiza značajnosti razlika između ispitivanih grupa, pokazuje da su značajne razlike uočene samo na parametru koji se odnosi na ukupan broj prekida u setu ($F(2,88)=23,08$, $p<0,01$). Grupa sa SP i PSch imaju značajno više prekida seta od kontrolne grupe zdravih što upućuje na smetnje produžene pažnje.

Rezultati analize atribucionog stila kod grupe sa SP

U cilju utvrđivanja specifičnog sistema atribucija, kroz širi okvir kognitivnog stila, korišćeni su samo oni pokazatelji Obuhvatnog sistema interpretacije (Exner, 2001) koji su najindikativniji za ovu analizu.

Tabela 3. Sumiranje indikatora na Rch. protokolima (srednja vrednost)

PROCESIRANJE	MEDIJACIJA	IDEACIJA	SAMOPERCEPCIJA
Zf = 14,03	P = 6.32	a . p = 6.89:2,12	3r+(2)/R = 0,57
Zd = +3,25	X+% = 0,57	Ma:Mp = 3,26:1,43	Fr+rF = 0,52
W:D:Dd = 10,5:5,7:4,3	XA% = 0,68	2AB+(Art+Ay) = 4,56	FD = 1,34
W:M = 10,5:4,7	X-% = 0,17	M- = 0,17	An+Xy = 0,61
DQ+ = 6,42	WDA% = 0,84	Sum6 = 6,17	MOR = 0,23
DQv = 2,03	Xu% = 0,27	Lvl-2 = 0,06	
PSV = 1,32		Wsum6 = 12,73	
		Mnone = 0,92	
Lambda = 0,87	HVI = 4,43		INCOM = 3,64
EB = 4,7:5,9	R = 19,05		FABCOM = 2,81

Tabela 4. t-test proporcija za nezavisne uzorke na Rch.

Sum M : Težina Sum C	Proporcije	p
Ekstratenzivni	0.06	0.00
Ambitentni	0.86	
Ekstratenzivni	0.06	1.00
Introverzivni	0.06	
Ambitentni	0.86	0.00
Introverzivni	0.06	
W : M	Proporcije	p
W >2:1	0.50	1.00
W <2:1	0.50	
W : D : Dd	Proporcije	p
1:1,3 do 1,6, Dd <4	0.00	0.02
W >=8, Dd <=3	0.16	

1:1,3 do 1,6, Dd <4	0.00	0.00
W >8, Dd >3	0.66	
W >=8, Dd <=3	0.16	0.00
W >8, Dd >3	0.66	
Ma : Mp	Proporcije	p
Mp > Ma	0.03	0.00
Mp = Mp	0.10	
Mp > Ma	0.03	0.00
Mp < Ma	0.86	
Mp = Mp	0.10	0.00
Mp < Ma	0.86	
a : p	Proporcije	p
suma strana >= 4	0.80	0.00
suma strana < 4	0.20	

Cooping stil: iako je mera ekonomisanja sposobnostima adekvatna, (Λ), prisutne su smetnje u prebacivanju pažnje (PSV u okviru iste karte) koje mogu da dovedu do smanjene efikasnosti u aktivnostima procesiranja. Ambitentni stil (Tabela 4; Sum M:Težina Sum C) upućuje na nekonzistentnost u tom smislu što uloga emocija varira u procesu donošenja odluka. Ambitentni su manje efikasni, dok na teškoće u prilagođavanju značajno utiče nepoverljivost, interpretativnost, do nivoa paranoidnosti u ekstremnom obliku (HVI).

Procesiranje: uloženi napor u organizaciju polja draži je veći od očekivanog (ZF). Iako je ova karakteristika ponekad manje efikasna (Zd), ona obično osigurava da svi stimulusni znaci budu uključeni u input. Međutim, paradoksalno, registruje se i atipičnost skeniranja (Tabela 4; W:D:Dd) jer se minimizira uključenost u bilo šta što je neodređeno usled rezervisanosti i nepoverljivosti. Naime, kvalitet procesiranja se povremeno značajno redukuje na manje zreli i nesofisticirani nivo, posebno u kompleksnim situacijama (DQ+, i kompozit DQv i DQv/+).

Medijacija: ispitanici su u stanju da formiraju očekivane i prihvatljive odgovore ukoliko su okolnosti očigledne (P). Međutim, medijacija značajno slabi u situacijama gde signal za odgovor tj za odgovarajuće ponašanje nije očigledan (XA%, WDA%). Medijaciona disfunkcija nije trajna, nego je posledica specifičnih problema procesiranja (polovina minus odgovora je na Dd lokalizacijama). S druge strane, medijacione odluke odstupaju od socijalnih zahteva i očekivanja više nego kod drugih ljudi (X+%, Xu).

Ideacija (mentalna konceptualizacija informacija): mišljenje je čvrsto fiksirano i nefleksibilno (Tabela 4; a:p). Više nego drugi, koriste intelektualizaciju kako bi

porekli afektivna iskustva (AB+Art+Ay). Češće nego što je poželjno se javljaju epizode ideacionog diskontinuiteta i pogrešne konceptualizacije (Sum6 i Wsum6). Problemi koji ometaju ideacionu kontrolu (M-, Mnone) tiču se labilnosti u situacijama kada osećanja preplavljaju mišljenje i izazivaju odvajanje od realnosti. U pogledu ideja koje nisu u skladu sa realističkim razmatranjem, prisutna je tendencija da se nepovezani stimuli neodgovarajuće integrišu u jedan geštalt usled nemogućnosti da se neusklađeni elementi odbace ili adekvatnije interpretiraju (INKOM, Sum6, Wsum6).

Samopercepcija: s obzirom da je indeks egocentričnosti iznad proseka ($3r+(2)/R$), povećana je samocentriranost, veća je fokusiranost na sebe, nego na druge. Narcističke crte doprinose poželjnoj proceni sebe u poređenju sa drugima ($Fr+rF$). S druge strane, usled introspektivnog potencijala (FD), bolesnici sa SP su rutinski uključeni u samoinspekciju.

DISKUSIJA

Sumiranje rezultata

Dobijeni rezultati u našem istraživanju pokazuju da su zadaci pažnje, pamćenja (verbalni modalitet) i psihomotorne brzine, najosetljiviji na efekte sumanutosti, jer se postignuća grupe sa SP upravo na tim zadacima značajno razlikuju od kontrolne grupe zdravih. Na drugim testovima, i to onim koji se odnose na vizuelno pamćenje, jednostavno konceptualno praćenje, vizuospacijalnu organizaciju, egzekutivne funkcije i verbalno divergentno mišljenje, nisu uočene razlike između bolesnika sa SP i zdravih subjekata.

Na osnovu primenjenih testova, može se reći da je u grupi sa SP u fazi remisije, očuvana inteligencija (verbalna i neverbalna), egzekutivne sposobnosti, vizuelno pamćenje, verbalno divergentno mišljenje, vizuospacijalne i vizuokonstrukcione funkcije. Na osnovu dobijenih rezultata se može zaključiti da grupa sa SP u celini nije ispoljila takve kognitivne defekte koji bi bili od kliničkog značaja u smislu prisustva znakova demencije, uprkos statistički značajnim razlikama u odnosu na zdrave subjekte.

Analiza neuropsiholoških funkcija

Opšta kognitivna sposobnost

Opšta kognitivna sposobnost, na osnovu skupnog koeficijenta inteligencije, kreće se za obe grupe ispitanika u okviru prosečnog intelektualnog funkcionisanja (90-110). Iako je razlika IQ-a statistički značajna između grupe bolesnih i grupe

zdravih, ipak se može reći da su grupe bile usklađene u odnosu na opšti intelektualni nivo, jer se on kretao u okviru prosečnih vrednosti. Pored toga, aritmetičke sredine MMSE ni jedne od ispitivanih grupa nisu bile niže od 24 poena što predstavlja graničnu vrednost ispod koje se može sumnjati na demenciju.

Na verbalnoj skali VITI, prisutne su značajne razlike između grupe sa SP i kontrolne grupe zdravih, na sledećim suptestovima: Informacije, Brojevi i Rečnik. Suptest Rečnik ukazuje na subjektive sposobnosti za učenje, na fond raspoloživih pojmova i bogatstva ideja, na vrstu i kvalitet govornog jezika, na stepen apstraktnog mišljenja i karakter misaonih procesa.

Nizak skor na suptestu Rečnik, pre svega, ukazuje na ograničeni obrazovni nivo. Kliničko iskustvo pokazuje da izvorna psihička poremećenost korespondira, do izvesnog stepena, sa snagom adaptivne intelektualne funkcije. U nekim slučajevima koji se odnose i na grupu sa SP, to može da bude posledica naglašene ne-sklonosti za verbalnu ekspresiju. Ukoliko ova postignuća uporedimo sa slikovnom verzijom suptesta Rečnik, a to bi bio suptest Dopune na kome ovi pacijenti postižu visoke skorove, onda ova ne-sklonost postaje veoma očigledna.

Suptest Informacije uključuje poznavanje značenja konvencionalno asociranog za govorne reči, reprodukciju asocijacija ideja i pokazatelj je premorbidnog intelektualnog nivoa. Takođe, on pruža podatke o verbalnom siromaštvu ili o verbalnoj fluentnosti. Važno je primetiti da se verbalna fluentnost u sklopu ovog suptesta razmatra iz perspektive obrazovnog konteksta, a ne u sklopu verbalnog divergentnog mišljenja koje je očuvano u grupi sa SP. Naime, divergentno mišljenje obezbeđuje dolazak do istog cilja različitim putevima i predstavlja komponentu fluidne inteligencije koja je relativno nezavisna od obrazovanja. Razlog slabijih postignuća pacijenata sa SP na ovom suptestu treba, pre svega, tražiti u njihovoj hostilnosti prema sistematičnom sticanju znanja, anksioznosti prema ranijim neuspesima i većoj orijentaciji prema vizuomotornim i vizuokonstrukcionim aktivnostima.

Suptest Brojevi određuje nivo subjektive pažnje za jednostavne situacije, odnosno sposobnost održavanja pažnje i neposrednog upamćivanja. Pažnja korespondira sa brзом mobilizacijom energije koja nije specifično vezana sa bilo kojim specifičnim interesom, afektom ili težnjom. Pored neuravnoteženih afekata, pažnju mogu okupirati i emocijama šaržirane ideje, kao što su sumanutosti. Načelno, slabija efikasnost je proporcionalna ozbiljnosti poremećaja pažnje.

Na manipulativnoj skali VITI grupa sa SP pokazuje značajno sniženje, u odnosu na kontrolnu grupu zdravih, na suptestu Šifra. Uspešnost na ovom suptestu se vezuje za motornu aktivnost, učenje i vizuelnu organizaciju. Međutim, u znatnoj meri, postignuća zavise i od očuvanosti radne memorije koja je povezana sa funkcionisanjem prefrontalnog režnja (Pavlović, 1996) i u kojoj se čuvaju informacije tokom neke druge kognitivne operacije. Ipak, motorna aktivnost je od primarne važnosti, te se Šifra smatra više testom motorne aktivnosti, nego vizuelne organizacije.

Načelno, suptest Šifra predstavlja meru psihomotorne brzine koja kod pacijenata sa SP može biti usporena usled izraženog perfekcionizma i potrebe da se stimulusno polje detaljno pretraži, što zahteva više vremena, čemu u prilog govori

tendencija ka povišenju skorova na suptestu Dopune, u sklopu individualnih protokola.

Postignuća na suptestu Dopune je, kod više od polovine bolesnika sa SP, najbolje postignuća u okviru pojedinačnih skorova. Većina pacijenata iz ove grupe dostiže nadprosečno visoke rezultate na Dopunama, u odnosu na sopstveni prosek. Suptest Dopune angažuje koncentraciju na vizuelno percipirani sadržaj sa ciljem otkrivanja nekonzistentnosti u datom sadržaju. Ovaj suptest posebno doprinosi evaluaciji subjekata iz grupe sa SP jer ne postoji vremensko ograničenje, tako da temeljna pretraga polja draži ne dovodi, kao kod nekih drugih suptestova, do nižih postignuća. S druge strane, Dopune pogoduju ovim bolesnicima jer je njihova percepcija očuvana, pa čak i pojačana, ali je sposobnost verbalne produkcije siromašnija.

Pažnja

Pacijenti iz grupe sa SP su neuspešniji od kontrolne grupe zdravih u pogledu jednostavne verbalne pažnje ((ponavljanje verbalnog niza unapred iz VITI), dok između dve grupe bolesnika nije utvrđena značajna razlika. Takođe, grupa sa SP ispoljava značajno produženje vremena potrebnog za izvršenje zadataka kompleksnog vizuelnog konceptualnog praćenja (TMT B) u odnosu na kontrolnu grupu zdravih, dok između grupa bolesnih nije bilo statistički značajnih razlika.

Obe forme ispituju pažnju, psihomotornu brzinu, vizuospacijalnu procenu a forma B i podeljenu pažnju. Pažnja sadrži i kortikalnu i supkortikalnu komponentu (Pavlović, 1999), ali ona nije jedinstvena funkcija jer uključuje više supsistema, tako da nije regulisana iz jednog centra, niti predstavlja funkciju mozga kao celine. Podeljena pažnja omogućava istovremeno fokusiranje više od jednog relevantnog stimulusa i posredovana je dorzolateralnim prefrontalnim korteksom i prednjim girusom cinguli.

Psihomotorna usporenost ima značajnog udela u postignućima na testovima koji sadrže motornu komponentu (Austin, 1992; Rogers, 1987) kao i u onima koji su vremenski ograničeni. Međutim, ova usporenost je, kao što smo pokazali kod grupe sa SP, rezultat detaljnog skeniranja stimulusnog polja kako bi svi podaci bili uključeni u kognitivnu obradu. U relativno jednostavnim uslovima (TMT A), ovo pretraživanje se obavlja dovoljno brzo, kao i kod zdravih subjekata. U kompleksnijim situacijama (TMT B), koje zahtevaju podeljenu pažnju, vreme potrebno za pretragu se značajno produžava, kako bi se postigla sigurnost u pogledu detekcije eventualnih pretećih ili manje očiglednih stimulusa. U prilog pretpostavci da se u grupi sa SP ne radi o psihomotornoj usporenosti per se, govori i činjenica da na ostalim testovima koji su vremenski ograničeni ne dolazi do značajnijeg usporenja.

U grupi sa SP, prisutan je i značajan poremećaj produžene pažnje (WCST - učestaliji prekid kognitivnog seta.), koja je posredovana desnostranim frontoparijetalnim sistemima, u komparaciji sa kontrolnom grupom zdravih. Ovakve smetnje odražavaju teškoće dugotrajnijeg fokusiranja na jedan stimulus (Pavlović,

2002). Ovaj poremećaj kod pacijenata sa SP, može nastati iz sledećeg razloga: ukoliko je aktivnost neutralna sa aspekta moguće pretnje, pažnja se pomera na okolinu u nameri dalje potrage za mogućim, ugrožavajućim stimulusima.

Pamćenje

Raspon neposrednog upamćivanja verbalnog materijala je značajno sužen kod grupe sa SP u odnosu na kontrolnu grupu zdravih, dok ove razlike nisu prisutne između dve grupe bolesnika. U organizaciji ove funkcije, u znatnoj meri, učestvuje pažnja, tako da bi ovi deficiti mogli biti posledica primarnog poremećaja pažnje koji utiče na poremećaje u sferi pamćenja. Naime, poremećaj pažnje utiče na postignuća u mnogim oblastima, pa tako i na određivanje sadržaja kratkoročnog pamćenja (Ocić, 1998). U kratkoročnom pamćenju se odigrava analiza, ponavljanje i prizivanje informacije sa ciljem prenošenja upamćenog materijala u sistem dugoročnog pamćenja.

U pogledu odloženog prisećanja (rekognicija) koje je analizirano na osnovu rezultata na RAVLT testu, prisutna je značajna razlika grupe sa SP u odnosu na kontrolnu grupu zdravih, dok između dve grupe pacijenata, nije bilo značajne razlike. Interesantno je da grupa sa SP u pogledu slobodnog prisećanja (evokacija), koje zahteva više kognitivnog napora od rekognicije, ne zaostaje za grupom zdravih. Ovo stoga jer, kako pokazuju analize klastera u okviru Rorschach protokola, bolesnici sa SP ulažu više napora i energije u kognitivnim aktivnostima, i to je njihova, poput crte ličnosti, trajna karakteristika. Zahtevniji zadaci, kao što je evokacija, mobilišu, kod ovih pacijenata, na adekvatan način pažnju i dovode do zadovoljavajućih rezultata, ukoliko se vremensko ograničenje ne postavlja kao ključni faktor uspešnosti. S druge strane, zadaci prisećanja, iako jednostavniji, zahtevaju očuvanu podeljenu i produženu pažnju, kako bi se istovremeno obavio pristup informacijama koje su u depoiima skorašnjeg dugoročnog pamćenja i brza pretraga više nizova podataka (prisećanje liste reči i klasifikacija učenog materijala u tri kategorije).

U osnovi poremećaja verbalnog pamćenja kod bolesnika sa SP, nije problem učenja, kao ni deficitarne strategije prisećanja niti nizak stepen kognitivnog napora, nego je verovatnije da primarni poremećaj pažnje dovodi do redukcije kapaciteta zapamćenih informacija.

NEUROPSIHOLOŠKI PROFIL I ATRIBUCIONI STIL PERZISTENTNOG SUMANUTOG POREMEĆAJA

Rezultati neuropsihološkog ispitivanja upućuju na mogući model kognitivne obrade informacija kod pacijenata sa SP, koji se bazira na primarnom poremećaju na nivou prijema informacija (input): registrovana tendenca ka percipiranju svih draži iz stimulusnog polja utiče na smetnje pažnje i kompromituje je u njenom složenom

modalitetu, kako u podeljenoj, tako i u produženoj formi. S obzirom da je normalan opseg pažnje 7 ± 2 informacije, ovo ograničenje ne dozvoljava percipiranje svih stimulusa iz polja draži. Međutim, za bolesnike sa SP, sve informacije su podjednako značajne, tako da oni nisu u mogućnosti da brzo izvrše selekciju po tipu važno-nevažno onda kada je stimulusno polje kompleksnije. Ovaj defekt pri prijemu draži je odgovoran i za sužen raspon pažnje i za priliv nasumičnih informacija u kratkoročnu memoriju (kompozit značajnih i nevažnih podataka), usled čega su one slabo ili nikako povezane. Nedostatak povezanosti između pristiglih podataka/informacija se prevazilazi karakterističnim atribucionim stilom, odnosno naknadnim traženjem smisla koji se pridaje događajima. Na ovakav način pristigle i obrađene informacije se skladište u depoima skorašnjeg dugoročnog pamćenja gde su evidentne smetnje odloženog prisećanja (oštećena rekognicija), odnosno smanjen kapacitet zapamćenih informacija usled primarnog poremećaja pažnje.

U sklopu kognitivnog stila kod grupe sa SP, koji je procenjivan kroz grupne Rorschach protokole, analiziran je i atribucionni stil: zaokupljenost pitanjem ličnog prostora, kao i oprez i sumnjičavost u interpersonalnim relacijama dovodi do negativnog stava ili nepoverenja prema drugima. Pripisivanjem negativnih događaja akcijama druge osobe (eksternalizacijom/eksternalno), smanjuju raskorak između stvarnog sebe i ideala. Njihovo konceptualno mišljenje je manje jasno i manje fleksibilno nego što je poželjno i provocira alogično mišljenje. To samo po sebi nije patološko stanje, već predstavlja dimenziju uvećane opreznosti koja može biti crta ličnosti, ali u ekstremnom obliku i psihopatološko stanje u okviru paranoidnog poremećaja. Vulnerabilni su na greške u suđenju, manje profitiraju iz greški pri rešavanju problema, i zato im je potrebno više vremena da dođu do efikasnih rešenja. Uloga emocija varira u procesu donošenja odluka. Spoljašnje akcije i reakcije se doživljavaju kao nepredvidljive i povećana je budnost kako bi osoba bila sigurna da će njeno ponašanje biti odgovarajuće i da neće biti ponižena ili manipulirana. Hipervigilne osobe nisu fleksibilne u svom stavu garda i investiraju veliki deo energije u njegovo održavanje, te nastoje da minimiziraju uključenost u bilo šta što je neodređeno (Exner, 2000). Ukoliko okolnosti učine da se hipervigilnost pojača, može da dostigne sumanute karakteristike. Izražena samocentriranost i doživljaj uvećane lične vrednosti dominira percepcijom sveta individue. U nekim slučajevima, unutrašnji konflikti između visoke self vrednosti i svesnosti o tome da ona možda nije validna, može dovesti do paranoidnih manifestacija, ukoliko je okolina posebno nepodržavajuća. (Exner, 2001).

Komparacija rezultata sa podacima iz savremene literature

Rezultati našeg istraživanja o primarnom poremećaju na nivou prijema stimulusa, u skladu su sa studijama koje objašnjavaju sumanutost terminima lokalizovanog neusklađenog inputa za sistem rezonovanja, a ne kao pogrešno funkcionisanje sistema rezonovanja samog po sebi (Maher, 1974; Young i sar., 1994). Pacijentova iracionalnost je ograničena na jedan domen, dok u ostalom delu

njegovog života i kognitivnih aktivnosti, sposobnost rezonovanja je neporemećena. Mnoge sumanute osobe ne izgledaju iracionalno izvan dijapazona njihove sumanutosti i one često smeštaju svoje samoobmane u racionalni lanac zaključivanja. Ovo zapažanje je potvrđeno eksperimentalnim rezultatima koji pokazuju da neke sumanute osobe funkcionišu isto tako dobro (ili loše) kao i normalne osobe na standardnim testovima sposobnosti zaključivanja (Huq i sar., 1988; Kemp i sar., 1997). Dakle, proces pomoću koga sumanute osobe rezonuju od doživljaja do uverenja nisu bitno različiti od tih procesa po kojim rezonuju nesumanute osobe, a kritična razlika između sumanutih i nesumanutih uverenja je priroda i intenzitet fenomenološkog iskustva koje je u procesu racionalizacije (Maher, 1999).

Phillips i sar. su (Phillips i David, 1997a, 1997b), na osnovu rezultata svojih studija, zastupali gledište da su paranoidni pacijenti brzi da identifikuju stimulse u svojoj okolini koji bi mogli biti preteći, i onda brzo idu dalje da provere da li se pretnja može naći na nekom drugom mestu, što je kasnije potvrđeno i Freeman-ovom studijom (Freeman i sar., 2000). Rezultati našeg istraživanja su donekle u skladu sa podacima ovih studija i to u onom delu koji se odnosi na brzo pretraživanje stimulusnog polja. Međutim, brzina skeniranja u grupi sa SP, zavisila je prvenstveno od složenosti polja draži. Naime, efikasna pretraga informacija, bila je moguća samo u jednostavnim uslovima zadatka, dok je u složenijim, kompleksnijim situacijama efikasnost pretrage - zatajivala. Na osnovu ove analize zaključujemo da bolesnici sa SP brzo identifikuju preteće stimulse, ali samo onda kada je stimulusno polje jednostavnije. U kompleksnijim uslovima, praćenje i pretraživanje je znatno sporije, ali i temeljnije, kako se ne bi propustio, eventualni, manje očigledni, preteći stimulus. Ova razlika u rezultatima našeg i Phillips-ovog istraživanja, proizlazi kako iz različite metodologije i instrumenata koji su primenjeni, tako i usled različite složenosti zadataka koji su korišćeni, pa sam tim i različitog stepena očiglednosti stimulusa.

Prezentovani podaci publikacija koje su se bavile sklonošću sumanutih osoba da pre nagljeno zaključuju u skladu su i sa analizom rezultata našeg istraživanja. Naime, sumanute osobe, isto kao i normalne, tumače opažajne fenomene u svetlosti skupa dubljih uverenja čija struktura je proizvod socijalnih/kulturnih uticaja i psiholoških dispozicija pojedinca. Ova struktura predisponira ljude da rezonuju na određen način, da odbace ili reinterpreтирају činjenice i da daju prednost određenim hipotezama, tj. da imaju atribucioni stil. Karakteristike atribucionog stila grupe sa SP stoji u vezi, pre sa neusklađenim lokalizovanim inputom nego što je u vezi sa pogrešnim funkcionisanjem sistema rezonovanja samog po sebi. Uzeta zajedno, ova otkrića su konzistentna sa Garety-jevim i Freeman-ovim (1999) predlogom da je odstupanje ka pre nagljenom donošenju odluka, zapravo odstupanje u prikupljanju podataka.

Visoka potreba za definitivnim rešenjem nasuprot dvosmislenosti, kod sumanutih osoba (Kruglanski, 1996), bi mogla da objasni skretanje ka pre nagljenom donošenju zaključaka. Kada se suoče sa podacima koji nisu u skladu sa formiranim uverenjem, ljudi često reaguju ispitujući te dokaze, što je kognitivno naporna aktivnost koja često povećava nesigurnost umesto da je smanji. Iz ovog razloga,

ljudi sa naglašenom potrebom za rešenjem, mogu preferirati prihvatanje nove hipoteze u uslovima u kojima početna hipoteza nije mnogo cenjena ili emocionalno značajna. Naše istraživanje, takođe pokazuju da grupa sa SP izbegava uključivanje u nejasne i dvosmislene situacije. Studije (Bentall i sar., 2001; Roberts, 1991) podupiru ove pretpostavke sugerišući da izražena potreba za razrešenjem može biti crta koja uzrokuje vulnerabilnost prema paranoidnim idejama. S druge strane, konfuzija oko misli i namera drugih ljudi može kreirati okolnosti u kojima sumanuti pacijent teži da reaguje odbrambeno (Bentall i sar., 2001).

Drugi skup studija o atribucionom stilu podržava ovaj zaključak. Atribucionni stil je tendencija da objasnimo doživljaj u terminima delovanja same te osobe (internalizovano/internalno), ili sila i uzroka, osoba ili okruženja, koji su izvan nje (eksternalizovano/eksternalno). Očigledno, ta dihotomija nije apsolutna, jer je razumno da neko ko brine o tome da zaštiti svoje samopoštovanje usvaja internalizujuća objašnjenja za pozitivne događaje i eksternalizujuća za negativne događaje. Naši rezultati upućuju na visok nivo procene vlastite vrednosti kod bolesnika sa SP. Iako veza između nivoa samopoštovanja i atribucionog stila nije jednoznačno utvrđena, rezultat koji je sigurno potvrđen ovim studijama je sklonost ka eksternalizaciji kod osoba sa obmanama proganjanja (Bentall i sar., 1991; Fear i sar., 1996; Kinderman i Bentall, 1997; Sharp i sar., 1997), što predstavlja podršku zaključku našeg istraživanja atribucionog stila pacijenata sa SP. Ako, dakle, atribucionni stil doprinosi sadržaju sumanutosti, onda atribucionni stil možemo shvatiti kao način pripisivanja početne verovatnoće i predupređivanja potrage za suprotnim dokazima.

Pitanje stabilnosti atribucionog stila ostaje otvoreno i implicira potrebu za novim istraživanjima. Iako koncept o stilu pripisivanja sugerise jednu stabilnu osobinu, postoje znatni dokazi da atribucionni sudovi variraju tokom vremena i zavisno od okolnosti. Većina ovih dokaza je sakupljena u kontekstu studija o depresiji (Segal i Ingram, 1994). Ova istraživanja sugerisu mogućnost da reakcije pripisivanja mogu biti visoko labilne kod ovih pacijenata, i kao što Kernis (1993) pokazuje, osobe sa visokim ali jako fluktuirajućim samopoštovanjem mogu biti zarobljene u intenzivnoj borbi da održe pozitivnu samo-predstavu koja često propada. Analiza "klastera kognicije" kod grupe sa SP, u našem istraživanju potkrepljuje ovu ideju. Naime, unutrašnji konflikti kod sumanutih pacijenata između visokog samopoštovanja i svesnosti o tome da ova procena možda nije validna, može dovesti do sumanutosti.

Koliko je nama poznato, ni jedna neuropsihološka studija o sumanutosti nije dizajnirana na način na koji smo mi to uradili, tako da naš zaključak o disfunkciji anteriornih oblasti velikog mozga, uglavnom prefrontalnih i levostranih temporalnih regija, nismo u mogućnosti da kompariramo sa rezultatima drugih, metodološki sličnih istraživanja. Ovaj nalaz klinički predstavlja nespecifičan poremećaj koji se sreće i u okviru drugih psihijatrijskih i neuroloških entiteta. Zadatak budućih istraživanja bi se mogao sastojati u određivanju specifičnih

neuropsiholoških profila prema sadržaju sumanutosti, jer, po svemu sudeći, razlike postoje, makar i u diskretnim formama. Takođe, neophodne su i longitudinalne studije koje bi mogle da odgovore na pitanja o stabilnosti atribucionog stila, kao i na pitanja o težini, masivnosti i kvalitativnim karakteristikama kognitivnog deficita sumanutih pacijenata u aktivnoj fazi bolesti.

ZAKLJUČCI

1. Neuropsihološki profil pacijenata sa perzistentnim sumanutim poremećajem u fazi remisije, nakon sumanute epizode, obuhvata deficit pažnje i to njenog verbalnog raspona, kao i podeljene i produžene pažnje. Iz ovog, primarnog poremećaja, proizlazi i poremećaj verbalnog pamćenja u smislu redukovane rekognicije, odnosno smanjenog kapaciteta zapamćenog i pored očuvanog mehanizma pretraživanja prethodno usvojenih informacija.

2. Kod bolesnika sa SP, uočena je sklonost ka pojačanim procesima perceptivne organizacije koji dovode do pažljivog i temeljnog skeniranja stimulusnog polja, kako bi se osiguralo da svi stimulusi budu uključeni u input. Ovaj mehanizam bi mogao da se nalazi u osnovi nastanka sumanutosti.

3. Pacijenti sa SP su efikasniji u vizuokonstrukcionim i vizuospacijalnim intelektualnim aktivnostima u odnosu na njihove verbalne sposobnosti.

4. Verbalne sposobnosti su deficitarne kod bolesnika sa SP u odnosu na kontrolnu grupu zdravih i to u domenu opštih znanja i obima rečnika.

5. Atribucionni stil pacijenata sa SP je eksternalizovan i podrazumeva pripisivanje negativnih događaja akcijama druge osobe. Izražena samocentriranost i doživljaj uvećane lične vrednosti dominira percepcijom sveta individue, a karakterističnim pripisivanjem se smanjuje raskorak između stvarnog sebe i ideala.

6. Neuropsihološki profil pacijenata sa SP sugeriše disfunkciju anteriornih oblasti velikog mozga, uglavnom prefrontalnih i levostranih temporalnih regija.

LITERATURA

- Austin, M. P., Dougall, N., Ross, M., Muray, C. (1992). Single photon emission tomography with ^{99m}Tc-exametazine in major depression and the pattern of brain activity underlying the psychotic/neurotic continuum. *Journal of Affective Disorder*, **26**, 31-43.
- Bentall, R. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. A. S. David & J. Cutting (Ed.) *The neuropsychology of schizophrenia*. London, Lawrence Erlbaum.
- Bentall, R., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, **21**, 1143-1192.

- Bentall, R., Kaney, S., Dewey, M. (1991). Persecutory delusions: An attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, **30**, 13-23.
- Bentall, R., Kaney, S., Bowen-Jones, K. (1995). Persecutory delusions and recall of threat-related, depression-related and neutral words. *Cognitive Therapy and Research*, **19**, 331-343.
- Bentall, R., Kinderman, P., Kaney, S. (1994). The self, attributional process and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, **32**, 331-341.
- Bentall, R., Kinderman, P. (1998). Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. S. Lewis, N. Tarrow, T. Wykes (Ed.). *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester, Wiley.
- Bentall, R., Kinderman, P. (1999). Self-regulation, affect and psychosis: Social cognition in paranoia and mania: T. Dalgleish, M. Power (Ed.). *Handbook of cognition and emotion*. London, Wiley.
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *Journal of General Psychology*, **39**, 15-22.
- Berger, J., Marković, M., Mitić, M., (1991). Vekslerov individualni test inteligencije. Beograd, DPS.
- Campbell, W. K., Sedikides, C. (1999). Self-threat magnifies the self-serving bias: A meta-analytic integration. *Review of general Psychology*, **3**, 23-43.
- Clèrambault, G. (republished 1942). Les psychoses passionelles. *Presses Universitaires de France*, Paris.
- Craig, J., Hatton, C., Bentall, R. (2001). Theory of mind and attributions in persecutory delusions and Asperger's syndrome. Manuscript submitted for publication.
- Cummings, J. L. (1992). Psychosis in neurologic disease: Neurobiology and pathogenesis. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behaviour Neurology*, **3**: 144.
- Dudley, R. E., John, C., Young, A., Over, D. E. (1997). The effect of self-referent material on the reasoning of people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, **36**, 575-584.
- Exner J. E. (1978). The Rorschach: A comprehensive System, Vol. 2. *Current Research and Advanced Interpretation*. New York, Wiley.
- Exner, J. E. (2000). A Primer for Rorschach Interpretation. *Rorschach Workshops*, Asheville, NC.
- Exner, J. E. (2001). A Rorschach Workbook for the Comprehensive System. *Rorschach Workshops*, Asheville, NC.
- Fear, C., Sharp, H., Healey, D. (1996). Probabilistic reasoning in obsessive compulsive and delusional disorders. *Psychological Medicine*, **27**, 199-208.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). Mini mental state. *Journal of Psychiatric Research*, **12**, 189-198.
- Freeman, D., Garety, P. (2000). Comments on the contents of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, **39**, 407-414.
- Garety, P., Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, **38**, 113-154.

- Garety, P., Hemsley, D., Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **179** (4), 194-201.
- Hooper, H. E. (1958). *The Hooper Visual Organisation Test*. Los Angeles, Western Psychological Services.
- Howard, R. J., Almeida, O., Levy, R., Graves, P., Graves, M. (1995). Quantitative magnetic resonance imaging volumetry distinguishes delusional disorder from late-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **165**, 474.
- Huq, S., Garety, P., Hemsley, D. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, **40A**,: 801-812.
- Kaney, S., Bentall, R. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, **62**, 191-198.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K., Dewey, M. E., Bentall, R. (1997). Frequency and consensus judgements of paranoid-depressed and depressed psychiatric patients: Subjective estimates for positive, negative and neutral events. *British Journal of Clinical Psychology*, **36**, 349-364.
- Kaney, S., Wolfenden, M., Dewey, M. E., Bentall, R. (1992). Persecutory delusions and the recall of threatening and non-threatening propositions. *British Journal of Clinical Psychology*, **31**, 85-87.
- Kemp, R., Chua, S., McKenna, P., David, A. (1997). Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*, **170**, 398-405.
- Kernis, M. (1993). The role of stability and level of self-esteem in psychological functioning. R. F. Baumeister (Ed.) *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York, Plenum.
- Kinderman, P., Bentall, R. (1996): The development of a novel measure of causal attributions: The Internal Personal and Situational Attributions Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, **20**, 261-264.
- Kinderman, P., Bentall, R. (1997): Causal attributions in paranoia: Internal, personal and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, **105**, 106-113.
- Kruglanski, A. W., Webster, D. M. (1996): Motivated closing of the mind: "Seizing" and "freezing". *Psychological Review*, **103**, 263-283.
- Maher, B. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, **30**, 98-113.
- Maher, B. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. T.F. Maher, B. A. Maher (Ed.). *Delusional beliefs*. New York, Wiley.
- Maher, B. (1992). Models and methods for the study of reasoning in delusions. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, **42**, 97-102.
- Maher, B. (1999). Anomalous experience in everyday life its significance for psychopathology. *Monist*, **82**, 547-570.
- Manschreck, M. (2000). Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder. Lippincott Williams & Wilkins (Ed.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia.
- Očić, G. (1998). *Klinička neuropsihologija*. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Osterrieth PA (1944). Le test de copie d'une figure complexe: Contribution à l'étude de la perception de la mémoire. *Archives de Psychologie*, **30**, 286-356.

- Pavlović, D. (1996). *Neuropsihološka dijagnostika i neurobihevioralna procena*. Beograd, Elit Medika.
- Pavlović, D. (1999). *Bihevioralna neurologija moždane traume*. Beograd.
- Pavlović, D. (2002). *Demencije - klinička dijagnostika*. Beograd.
- Peters, E., Day, S., Garety, P. (1997). From preconscious to conscious processing: Where does the abnormality lie in delusions? *Schizophrenia Research*, **24**,120.
- Phillips, M., David, A. S. (1997a). Abnormal visual scan paths: A psychophysiological marker of delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, **29**, 235-254.
- Phillips, M., David, A. S. (1997b). Visual scan paths are abnormal in deluded schizophrenics. *Neuropsychologia*, **35**, 99-105.
- Raczkowski, D., Kalat, J. W., Nebes, R. (1974). Reliability and validity of some handedness questionnaire items. *Neuropsychologia*, **6**, 43-47.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making test as an indication of organic brain damage. *Percept and Motor Skills*, **8**, 271-276.
- Rey A (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Rey A (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. *Archives de Psychologie*, **28**, 286-340.
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, **159 (Suppl. 14)**, 19-28.
- Rogers, D., Lees, A. J., Smith, E., Trimbel, M., Stern, G. M. (1987). Bradyfrenia in Parkinson's disease and psychomotor retardation in depressive illness: An experimental study. *Brain*, **110**, 761-776.
- Rorschach H (1942): *Psychodiagnostics*. Hans Huber (Ed.). Bern.
- Segal, Z. V., Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, **14**, 663-695.
- Sharp, H., Fear, C., Healey, D. (1997). Attributional style and delusions: An investigation based on delusional content. *European Psychiatry*, **20**, 581-586.
- Taylor, M. E. (1959). *The appraisal of children with cerebral deficits*. Mass. Cambridge, Harvard University Press. .
- Thurstone, L.L., Thurstone, T. G. (1962). *Primary Mental Abilities*. Chicago, Science Research Associates.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, **185**, 1124-1131.
- Won, H. T., Lee H. J. (1997). The self-concept and attributional style in a paranoid group. *Korean Journal of Clinical Psychology*, **16**, 173-182.
- Young, H. F., Bentall, R. (1997). Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: Effects of task difficulty versus nonmeaningful materials. *Psychological Medicine*, **27**, 455-465.
- Young, A., Leafhead, K. M, Szulecka, K. (1994). The Capgras and Cotard delusions. *Psychopathology*, **27**, 226-231.

ABSTRACT

DELUSION DISORDER: NEUROPSYCHOLOGICAL ASPECTS

Ivana Lepasavić i Ljubica Lepasavić
Institut za psihijatriju, KCS

Previous studies concerned with neuropsychological aspect of delusions, were mainly focused on specific forms of this disorder. Comparatively small number of investigations were concerned with cognitive deficiencies accompanying the delusions.

The substance of this study includes the detection of neuropsychological disfunctions in patients with persistent delusion disorder, and in tracing of these cognitive distortions to appropriate brain regions. Besides, characteristics of attribution style in these patients are analysed, from the aspect of their connections with unadjusted localized input for their reasoning system.

The investigation is designed as a comparative study. The sample includes: a group of patients with persistent delusion disorder; a group of patients with paranoid schizophrenia; a group of healthy individuals.

The participants have been tested by a neuropsychological battery that represents the following cognitive functions: attention, memory, visuospatial and visuconstruction organization, executive ability, verbal divergent thinking. Projective Rorschach's method was used for estimation of attribution style

Key words: delusion disorder, neuropsychology, Rorschach method, cognitive distortion