

ТМГ. XXXVIII	Бр. 3	Стр. 1209-1229	Ниш	јул - септембар	2014.
--------------	-------	----------------	-----	-----------------	-------

UDK 159.922

Оригиналан научни рад

Примљено: 7. 5. 2013.

Ревидирана верзија: 10. 9. 2013.

Одобрено за штампу: 12. 9. 2014.

Сандра Чачић

Центар за социјални рад

Сомбор

Весна Гаврилов Јерковић

Универзитет у Новом Саду

Филозофски факултет

Одсек за психологију

Нови Сад

## **КОГНИТИВНО-АФЕКТИВНИ МЕХАНИЗМИ КАО ФАКТОРИ РИЗИКА У ГЕНЕЗИ ПСИХОПАТОЛОГИЈЕ КОД ОСОБА ИЗ РАЗЛИЧИТИХ СТИЛОВА АФЕКТИВНОГ ВЕЗИВАЊА**

### **Апстракт**

Циљ истраживања се односио на идентификовање ирационалних уверења, анксиозних мисли и стратегија регулације емоција код различитих стилова везивања као фактора ризика, односно заштите од развоја психопатологије. Истраживање је спроведено у Сомбору, а узорак су чиниле 373 одрасле особе (221 испитаник – неклиничка група, 142 испитаника – клиничка група).

Резултати истраживања су афирмација регулаторне функције образаца афективног везивања. Идентификовање општих уверења, анксиозних мисли и стратегија регулације емоција, као третабилних психолошких концепата, код особа различитих стилова афективне везаности, чини упоришну тачку за планирање третмана са особама из клиничке популације, као и планирање програма превенције за неклиничку популацију, како би се предупредио развој психопатологије и оснажили функционални механизми адаптације.

**Кључне речи:** стилови афективног везивања, уверења, анксиозне мисли, стратегије регулације емоција

## COGNITIVE-AFFECTIVE MECHANISMS AS RISK FACTORS IN THE GENESIS OF PSYCHOPATHOLOGY IN PERSONS WITH DIFFERENT ATTACHMENT STYLES

### Abstract

The aim of this paper is to identify irrational beliefs, anxious thoughts, and emotion-regulation strategies of individuals with different attachment styles as factors contributing to risk of, or protection against, the onset of pathology. The research was conducted in Sombor on the sample of 373 adults (221 in the non-clinical group and 142 in the clinical group).

Research results confirm the regulatory function of attachment styles. Identifying general beliefs, anxious thoughts, and emotion-regulation strategies as treatable psychological concepts in subjects with different attachment styles provides a basis for clinical treatment planning as well as non-clinical prevention program planning, for the purpose of preventing the progression of psychopathology and strengthening the functional adaptive mechanisms.

**Key Words:** attachment styles, beliefs, anxious thoughts, emotion-regulation strategies

### ТЕОРИЈСКА ОСНОВА ИСТРАЖИВАЊА

Досадашњи резултати истраживања у области афективног везивања доследно указују да се и у неклиничкој популацији, а у којој се као доминантан издваја сигуран образац везивања, изван број особа разврстава и у несигурне обрасце везивања, као што се и у клиничкој популацији неке особе распоређују у сигурни образац везивања, мада је за клиничку популацију карактеристична превага образаца несигурне везаности (Barone & Guiduci, 2009; Brennan & Shaver, 1995; Cole et al., 2007; Cole-Detke & Kobak, 1996 према Williams & Riskind, 2004; Мићановић Цвејић, Шакотић Курбалија и Курбалија, 2009; Мићановић Цвејић, 2010; Morris, van der Gucht, Lancaster, & Bental, 2009; Shelley & Gibaeg, 2009). Међутим, на основу резултата истраживања нејасно је како неке особе истог обрасца везивања развију ментални поремећај, а неке не. Ова нејасноћа нас је мотивисала да у истраживачки нацрт уведемо претпоставку о факторима ризика, односно протективности којима би се могла објаснити разлика у менталном благостању особа истог квалитета афективне везаности.

У истраживању смо се руководили теоријским оквиром и резултатима истраживања у области афективног везивања, а помажући се теоријским оквиром и резултатима истраживања у области регулације емоција, као и когнитивним концептима рационалних и ираци-

оналиних уверења, са циљем да кроз интеграцију наведених теоријских оквира идентификујемо психолошке механизме који би особе из различитих стилова афективног везивања доводиле до ризика од развоја менталних поремећаја или их штитили од психопатологије.

Теоретичари афективне везаности посматрају рану релацију афективне везаности као примарни контекст учења управљања властитим емоцијама, а што је утицало да истраживачки интерес усмеримо ка различитим моделима и резултатима истраживања о улози различитих стратегија регулације емоција у одржавању психопатолошких симптома. Регулација емоција се најчешће у литератури дефинише као начин на који особа утиче на то које ће емоције код ње бити присутне, те када и како ће их доживљавати и исказивати (Gross, 1999).

Полазећи од тога да резултати истраживања доследно указују да су неке маладаптивне стратегије регулације емоција, као што су супресија, руминација, катастрофирање, самоокривљивање, карактеристичније за клиничку популацију, док се, у поређењу са неклиничком популацијом, ретко користе адаптивније стратегије, као што су поновна процена, позитивно рефокусирање, прихватање емоција (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2005; Brinker & Dozois, 2009; Craske, Miller, Rotunda, & Barlow, 1990; Granefski & Kraaija, 2007; Gross & John, 2004; Davis & Nolen-Hoeksema, 2000; Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003; Lynch, Robins, Morse, & Krause, 2001), претпоставили смо да би префериране стратегије регулације емоција могле да буду фактори ризика, односно протективности од развоја психопатологије код особа које припадају истом стилу везивања, али различитој групи, клиничкој или неклиничкој.

Унутрашњи радни модел се може посматрати и као когнитивна схема, јер у његовој основи су генерализована очекивања и уверења о релацији, која доприносе разлици у квалитету везаности и функционалности образаца везивања. Претпоставили смо да рационална и/ или ирационална уверења чине факторе ризика/ протективности код особа истог стила везивања, а које су развиле ментални поремећај насупрот онима који су очуваног менталног функционисања. У истраживању смо се ослањали на Когнитивни модел емотивних поремећаја (Ellis, 1994), по коме особа реагује на неки активирајући догађај у зависности од свог система уверења, а који представља животну филозофију особе којом се она руководи у постизању њој значајних животних циљева и вредности. Систем уверења се састоји од рационалних уверења – жеље и преференције и ирационалних уверења – апсолутистичка и друга нелогична уверења о активирајућем догађају. По Елису (1994) сваки емотивни поремећај у себи садржи неко централистичко ирационално уверење о себи, о другима или животним условима, којим се особа руководи и које је

спречава да се прилагоди и прихвати околности које не може да промени или да мења оно што може да промени.

На основу свега наведеног, проблем истраживања смо изразили преко следећег истраживачког питања: Који су то специфични когнитивно-афективни механизми који доводе до тога да неке особе истог стила афективног везивања развију психопатологију, а неке не?

Сходно проблему истраживања, циљ истраживања се односио на идентификовање рационалних и ирационалних уверења, анксиозних мисли и стратегија регулације емоција као могућих фактора протективности менталног здравља, односно ризика од развоја менталних поремећаја.

### *МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА*

#### *Опис узорка и процедура истраживања*

Да бисмо одговорили на истраживачко питање организовали смо корелациони истраживачки нацрт. Истраживање је спроведено у Сомбору, а узорак су чиниле 373 одрасле особе и то 221 испитаник из неклиничке популације и 142 испитаника са депресивним или анксиозним поремећајем из клиничке популације, а који су се у тренутку истраживања налазили на третману у амбуланти дома здравља или у дневној болници.

#### *Инструменти за прикупљање података*

У истраживању податке смо прикупљали помоћу пет мерних инструмената. Примењена батерија инструмената садржи 191 ајтем.

1. За испитивање стилова афективне везаности коришћен је Упитник за процену блиских релација – CRQ (Brennan, Clark, & Shaver, 1998), који је заснован на теоријском моделу стилова везивања Ким Бартоломју (Bartholomew, 1991). У основи овог модела су две димензије – анксиозност и избегавање, а њиховим комбиновањем се добијају четири стила афективне везаности. Сигурни стил афективног везивања карактерише комбинација позитивног модела селфа, тј. ниска анксиозност, и позитивног модела других, односно ниско одбацивање. Сигурне особе имају интернализован осећај сопствене вредности и осећају се пријатно у блиским, интимним односима. Они у односе са другима улазе са поверењем и отвореношћу. Преокупирани стил карактерише негативан модел селфа, односно висока анксиозност и позитиван модел других, односно ниско одбацивање. Особа полази са позиције сопствене мање вредности. Ове особе настоје да придобију од других безусловно прихватање. Оне верују да би могле да се осећају сигурно и безбедно само када би навели друге да на прави начин одговоре на њихове потребе.

Лепљиве су, склоне симбиотском везивању за партнера. Бојажљиви стил карактерише негативан модел и селфа и других, односно висока анксиозност и избегавање. Бојажљиве особе су, као и преокупиране, зависне од туђег прихватања и потврде, међутим, због негативног очекивања од других, избегавају блискост како би избегле бол због губитка или одбацивања. Одрасале су уз родитеље код којих су често били присутни психички проблеми или физичко злостављање. Одбацујући стил афективног везивања карактерише позитиван модел селфа и негативан модел других (ниска анксиозност и високо избегавање). Одбацујуће особе избегавају блискост због негативних очекивања од других, али успевају да одрже осећање сопствене вредности одбрамбеним порицањем вредности блиских односа и везивања. Не остварују емотиван однос са партнером.

Упитник садржи 36 ајтема. Реч је о седмостепеној скали. Метријске карактеристике инструмента у овом истраживању су задовољавајуће. На нивоу упитника поузданост је висока  $\alpha$  .80, а репрезентативност задовољавајућа КМО .767.

2. За регистравање ирационалних и рационалних уверења користили смо Скалу општих ставова и уверења (Марић, 2002). Реч је о преведеној и модификованој верзији General Attitude and Belief Scale (Bernard, 1998). Модификована скала садржи 37 ајтема. Све тврдње су формулисане као уверења о одређеним аспектима себе, других људи и животних услова, и то тако да не садрже термине који се односе на емоције. Скала је петостепена, Ликертовог типа, а састоји се из две субскеале. У нашем истраживању на нивоу целог упитника поузданост је висока  $\alpha$  .85, а репрезентативност КМО .892 задовољавајућа.

3. Заступљеност анксиозних мисли мерили смо преко Инвентара анксиозних мисли (Wells & Carter, 1999). Овај инструмент је конструисан као четворостепена скала Ликертовог типа. Састоји се од 22 ајтема, односно три субскеале: скала социјалне забринутости (односи се пре свега на социјалну анксиозност), скала здравствене забринутости (односи се на бригу о сопственом здрављу) и скала мета-забринутости (односи се на забринутост због своје забринутости). Што се тиче метријских карактеристика добијених у овом истраживању, поузданост целог упитника је висока  $\alpha$  .88, а репрезентативност задовољавајућа КМО .895.

4. Упитник за процену емоционалне регулације – ERQ (Gross & John, 2004) је инструмент којим смо мерили супресију и поновну процену као стратегије регулације емоција. Упитник се састоји од десет ајтема, односно две субскеале: супресија (мери неизражавање емоције, иако је она присутна и интензивна) и поновна процена (мери модулирање емотивног одговора укључивањем когнитивне обраде чиме се интензитет емоције смањује). Упитник је конструисан као

седмостепена скала. У нашем истраживању користили смо само скалу супресија због лоших метријских карактеристика скале поновне процене.

5. Упитник когнитивно-емоционалне регулације – CERQ (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002) је инструмент којим смо мерили различите когнитивно-емотивне стратегије регулација емоција. Упитник се састоји од 36 ајтема, односно девет субсакла. Конструисан је као петостепена скала Ликертовог типа.

Субскеале упитника су:

1. Субскала самоокривљавања мери тенденцију особе да себе окривљује за негативна искуства и животне догађаје.

2. Субскала окривљавања других региструје склоност особе да друге или животне услове криви за своја искуства и негативне догађаје.

3. Субскала руминације мери тенденцију особе да када јој се нешто негативно догоди да интензивно размишља о негативним осећањима и самом непријатном догађају.

4. Субскала катастрофирања мери тенденцију особе да има мисли које експлицитно истичу катастрофичност по особу онога што се догодило.

5. Субскала стављање у перспективу мери стратегију која указује да особа релативизује озбиљност онога што се догодило, поредећи актуелни догађај са другим догађајима и њеним ранијим искуством.

6. Субскала позитивно рефокусирање мери тенденцију особе да у сусрету са стресним догађајем размишља о позитивним стварима, уместо о актуелном дешавању.

7. Субскала позитивна корекција региструје стратегију која говори о тенденцији особе да у сусрету са негативним животним догађајем сагледава позитивне стране самог догађаја за њен лични развој.

8. Субскала прихватања мери стратегију прихватања мисли и осећања која особа има у вези негативног догађаја којег је искусила.

9. Субскала преусмеравање ка планирању мери стратегију регулације емоција која говори о томе да особа размишља о корацима које ће предузети како би управљала последицама негативног догађаја.

У целости, упитник у нашем истраживању има добре метријске карактеристике ( $\alpha$  .80, КМО .813). Ниска је поузданост субскеале окривљавања других и субскеале прихватања, те смо ове две субскеале искључили из истраживања.

## ПРИКАЗ РЕЗУЛТАТА

Табела 1. Просечне вредности и поузданост субскала

Table 1. Mean values and reliability of subscales

Субскале	АС	СД	$\alpha$
Избегавање	2.83	.83	.76
Анксиозност	3.09	.94	.78
Рационална уверења	32.01	6.86	.94
Ирационална уверења	54.07	10.82	.63
Социјална забринутост	18.45	3.97	.73
Здравствена забринутост	10.81	3.38	.73
Мета забринутост	10.86	2.81	.78
Супресија	11.58	4.61	.76
Поновна процена	28.52	7.70	.49
Самоокривљавање	4.82	2.78	.71
Окривљавање других	4.00	3.54	.37
Руминација	8.81	3.61	.70
Катастрофирање	6.44	2.88	.85
Стављање у перспективу	10.75	2.95	.75
Прихватање	8.75	3.46	.40
Усмереност на планирање	12.35	2.74	.75
Позитивна корекција	12.67	2.97	.83
Позитивно рефокусирање	10.59	3.61	.86

N = 231, N (жене) = 134 и N (мушкарци) = 97

Приликом обраде прикупљених података, прво смо испитанике на основу постигнутих скорова на субскалама упитника CRQ, односно на димензијама избегавање и анксиозност, разврстали у четири стила афективног везивања. Фреквенције испитаника по стилови-ма везивања на нивоу група приказали смо у Табелама 2 и 3.

Табела 2. Фреквенција испитаника неклиничке групе по стиловима везивања

Table 2. Frequency of subjects from the non-clinical group according to attachment style

Стил везаности	фреквенције	процент	$\chi^2$	df	значајност
Сигуран	111	48,1	67.996	3	.000
Бојажљив	32	13,9			
Преокупиран	39	16,9			
Одбацујући	49	21,2			

N = 221

Табела 3. Фреквенција испитаника клиничке групе по стиловама везивања

Table 3. Frequency of subjects from the clinical group according to attachment style

Стил везаности	фреквенције	процент	$\chi^2$	df	значајност
Сигуран	41	28,9	7.918	3	.048
Бојажљив	46	32,4			
Преокупиран	30	21,1			
Одбацујући	25	17,6			

N = 142

За неклиничку групу као доминантан стил се издваја сигуран стил (48,1 % испитаника је сврстано у овај стил). Међутим, ипак више од 50% испитаника из неклиничке групе припада неком несигурном стилу везивања, тако да можемо закључити да нашу неклиничку групу карактерише чешће несигурна афективна везаност (неки од три несигурна стила везивања), али да се као доминантан издваја сигуран стил везивања.

Што се тиче стилова везивања испитаника клиничке групе, резултати указују да се испитаници чешће несигурно везују, њих само 28,9% је сигурно везано, док остали припадају неком од несигурних стилова (71,1%).

Да бисмо добили одговор на наше истраживачко питање урадили смо дискриминативну анализу којом смо прво утврдили које од мерених варијабли (општа уверења, анксиозне мисли и стратегије регулације емоција) разликују испитанике сигурно везане и код клиничке и код неклиничке групе, потом које од наведених варијабли разликују несигурно везане испитанике клиничке и неклиничке групе.

#### а) СИГУРНО ВЕЗАНИ ИСПИТАНИЦИ (СИГУРНИ СТИЛ)

У Табели 4 приказани су параметри издвојене дискриминативне функције која значајно разликује сигурно везане испитанике неклиничке и клиничке групе.

Табела 4. Параметри дискриминативне функције

Table 4. Parameters of the discriminant function

Својствена вредност	процент варијансе	каноничка корелација	Wilks $\lambda$	$\chi^2$	df	значајност
.522	.100	.586	.657	59.620	12	.000



Табела 5. Матрица структуре изоловане функције

Table 5. Matrix of the isolated function

Варијабле	Функција
Социјална забринутост	.593
Корекција	-.562
Руминације	.562
Мета забринутост	.548
Самоокривљавање	.508
Ирационална уверења	.447
Здравствена забринутост	.396
Рефокусирање	-.341
Катастрофирање	.325
Рационална уверења	-.224
Стављање у перспективу	-.222
Супресија	-.021

У Табели 5 приказан је степен и смер повезаности димензија са дискриминативном функцијом. Дискриминативну функцију смо назвали маладаптабилно когнитивно-афективно функционисање.

Табела 6. Центроиди група на изолованој функцији

Table 6. Centroids of groups on the isolated function

Група	центроиди	Н	тачност класификације
Неклиничка	-.440	111	84,4%
Клиничка	1.170	41	73,2%

На основу матрице структуре и центроида група закључујемо да неклиничку групу, која се налази на негативном полу дискриминативне функције, карактерише низак скор на стратегијама руминације, самоокривљавању и катастрофирању, низак скор на ирационалним уверењима и свим скалама анксиозних мисли, док их на стратегијама корекције и рефокусирања карактерише висок скор. Са друге стране, за сигурно везане испитанике из клиничке групе карактеристично је да чешће користе руминацију, самоокривљавање и катастрофирање као стратегије регулације емоција, да имају већи број ирационалних уверења, да на све три скале анксиозних мисли постижу више скорове (забринути у социјалним ситуацијама, за своје здравље, забринути због тога што брину), те да адаптивне стратегије регулације емоција корекцију и рефокусирање ређе користе.

Тачност класификације на основу дискриминативне функције испитаника који су сигурно везани је прецизнија за неклиничку у односу на клиничку групу.

#### б) НЕСИГУРНО ВЕЗАНИ ИСПИТАНИЦИ

У истраживању смо издвојили једну значајну дискриминативну функцију која разликује све несигурно везане испитанике неклиничке и клиничке групе. Из матрице структуре видимо да је дискриминативна функција дефинисана високим скоровима на све три скале анксиозних мисли, потом високим скором на скали ирационалних уверења, као и високим скоровима на скали супресије и самоокривљавања, те ниским скоровима на скалама рационалних уверења, као и следећим скалама регулације емоција: позитивно рефокусирање, корекција и стављање у перспективу.

Табела 7. Параметри дискриминативне функције

Table 7. Parameters of the discriminant function

Својствена вредност	процент варијансе	каноничка корелација	Wilks $\lambda$	$\chi^2$	df	значајност
.480	100	.569	.676	83.445	12	.000

Табела 8. Матрица структуре изоловане функције

Table 8. Matrix of the isolated function

Варијабле	Функција
Здравствена забринутост	.816
Мета забринутост	.746
Самоокривљавање	.584
Супресија	.564
Рефокусирање	-.525
Ирационална уверења	.523
Социјална забринутост	.502
Корекција	-.470
Стављање у перспективу	-.329
Рационална уверења	-.308
Руминације	.255
Катастрофирање	.144

Табела 9. Центроиди група на изолованој функцији

Table 9. Centroids of groups on the isolated function

Група	центроиди	Н	тачност класификације
Неклиничка	-.637	120	85,8%
Клиничка	.751	101	70,3%

На основу центроида група закључујемо да изражене анксиозне мисли, ирационална уверења, потом учестало коришћење стратегија самоокривљавања и супресије за регулацију емоција, као и мали број рационалних уверења и ретко коришћење стратегија регулације емоција – рефокусирања и стављања у перспективу, представљају факторе ризика за манифестовање патологије код несигурно везаних особа. Такође, низак скор на скалама анксиозних мисли, ирационалних уверења, потом ретко коришћење стратегија самоокривљавања и супресије за регулацију емоција, као и велики број рационалних уверења и често коришћење стратегија регулације рефокусирања и стављања у перспективу, представљају заштитне факторе од патологије код несигурно афективно везаних особа.

Након што смо дефинисали који су то фактори заштите, односно ризика од патологије код генерално свих несигурно везаних испитаника из нашег узорка, усмерили смо се на идентификовање ових фактора у односу на појединачне несигурне стилове везивања, испитујући да ли постоји разлика у анксиозним мислима, општим уверењима и стратегијама регулације емоција код особа из истих несигурних стилова везивања, а у односу на припадност неклиничкој или клиничкој групи.

#### в) БОЈАЖЉИВИ СТИЛ

Дискриминативном анализом издвојили смо једну дискриминативну функцију чији канонички коефицијент корелације износи .794 и високо је статистички значајан.

Табела 10. Параметри дискриминативне функције

Table 10. Parameters of the discriminant function

Својствена вредност	процент варијансе	каноничка корелација	Wilks $\lambda$	$\chi^2$	df	значајност	
1	.700	100	.749	.370	67.543	16	.000

Табела 11. Матрица структуре изоловане функције

Table 11. Matrix of the isolated function

Варијабле	Функција
Мета забринутост	.406
Здравствена забринутост	.375
Рефокусирање	-.349
Социјална забринутост	.333
Супресија	.327
Стављање у перспективу	-.243
Самоокривљавање	.230
Корекција	-.193
Катастрофирање	-.172
Ирационална уверења	.160
Рационална уверења	.074
Руминација	.060

Из матрице структуре уочљиво је да је дискриминативна функција која раздваја групе код бојажљивог стила дефинисана високом забринутошћу у социјалним ситуацијама, забринутошћу за своје здравље и за чињеницу да особа брине, коришћењем маладаптивних стратегија регулације емоција као што су супресија и самоокривљавање, те ретким коришћењем адаптабилнијих стратегија, као што су рефокусирање и стављање у перспективу. Ову дискриминативну функцију именовали смо као забринутост са негативном емотивном усмереношћу.

Центроиди група указују да се бојажљиви испитаници из неклиничке групе налазе на негативном полу дискриминативне функције, док се клиничка група налази на позитивном полу. Ово значи да испитаници неклиничке групе, а који су бојажљиво везани, постижу низак скор на свим скалама анксиозних мисли, да ређе користе стратегије као што су супресија емоција (не спречавају експресију осећања) и самоокривљавање за непријатна дешавања и осећања, а да користе адаптивне стратегије као што је рефокусирање (у сусрету са стресним догађајем размишљају о позитивним стварима) и стављање у перспективу (догађај ставља у контекст својих искустава). Испитаници клиничке групе су забринути за своје социјално, здравствено функционисање, као и због тога што имају анксиозне мисли, чешће користе маладаптивне стратегије као што су супресија и самоокривљавање, а ређе адаптивне, односно рефокусирање и стављање у перспективу. Тачност класификације бојажљиво везаних испитаника на основу дискриминативне функције у групу је висока за обе групе.

Табела 12. Центроиди група на изолованој функцији

Table 12. Centroids of groups on the isolated function

Група	центроиди	Н	тачност класификације
Неклиничка	-1.543	32	90,6%
Клиничка	1.073	46	93,5%

## г) ПРЕОКУПИРАНИ СТИЛ

Дискриминативном анализом издвојили смо једну дискриминативну функцију која статистички значајно разликује клиничку и неклиничку групу унутар преокупираног стила везивања.

Табела 13. Параметри дискриминативне функције

Table 13. Parameters of the discriminant function

Својствена вредност	процент варијансе	каноничка корелација	Wilks $\lambda$	$\chi^2$	df	значајност	
1	.922	100	.811	.342	63.270	16	.000

Табела 14. Матрица структуре изоловане функције

Table 14. Matrix of the isolated function

Варијабле	Функција
Здравствена забринутост	-.551
Мета забринутост	-.441
Ирационална уверења	-.314
Катастрофирање	-.297
Рационална уверења	.282
Корекција	.254
Супресија	-.234
Социјална забринутост	-.223
Самоокривљавање	.175
Руминација	.160
Рефокусирање	-.136
Стављање у перспективу	.002

На основу матрице структуре закључујемо да дискриминативну функцију дефинише осам димензија. Ова функција говори о ниској забринутости особе за здравље и за то што се генерално брине, о присуству малог броја ирационалних уверења и већег броја рационалних уверења, потом о ниској склоности особе да у сусрету

са стресним догађајем наглашава катастрофичне последице дешавања по њу и њен живот, и ретком коришћењу супресије емоција. Анксиозност која је везана за социјалне ситуације је ниска. Уочљива је тенденција да се негативни животни догађај сагледавају позитивно по лични развој. Функцију смо именовали као позитивна когнитивно-емотивна усмереност.

*Табела 15. Центроиди група на изолованој функцији*

*Table 15. Centroids of groups on the isolated function*

Група	центроиди	Н	тачност класификације
Неклиничка	1.043	39	89,7%
Клиничка	-2.344	30	80 %

На основу центроида група, констатујемо да се неклиничка група налази на позитивном, а клиничка на негативном полу дискриминативне функције. Ово значи да испитаници неклиничке групе, а који су преокупирано афективно везани, постижу ниски скор на анксиозним мислима, ирационалним уверењима, супресији, а висок на корекцији и рационалним уверењима, док је за испитанике клиничке групе карактеристична висока забринутост особе за здравље и за то што се генерално брине, присуство великог броја ирационалних уверења и малог броја рационалних уверења, тенденција да се у сусрету са стресним догађајем наглашавају катастрофичне последице дешавања по особу и њен живот, као и често коришћење супресије емоција. Присутна је и анксиозност која је везана за социјалне ситуације, као и изостанак сагледавања негативног животног догађаја из позитивне перспективе по лични развој особе.

#### д) ОДБАЦУЈУЋИ СТИЛ

*Табела 16. Параметри дискриминативне функције*

*Table 16. Parameters of the discriminant function*

Својствена вредност	процент варијансе	каноничка корелација	Wilks $\lambda$	$\chi^2$	df	значајност
2.188	100	.828	.314	74.206	16	.000

Табела 17. Матрица структуре изоловане функције

Table 17. Matrix of the isolated function

Варијабле	Функција
Самоокривљавање	-.395
Рефокусирање	.255
Корекција	.253
Ирационална уверења	-.245
Супресија	-.243
Здравствена забринутост	-.242
Стављање у перспективу	.241
Руминација	-.234
Социјална забринутост	-.209
Мета забринутост	-.173
Рационална уверења	.128
Катастрофирање	-.110

Дискриминативном анализом издвојили смо једну значајну дискриминативну функцију. Из матрице структуре видимо да је повезаност варијабле са функцијом релативно ниска. Дискриминативна функција је дефинисана ниским самоокривљавањем, малим бројем ирационалних уверења, ниском социјалном и здравственом забринутостошћу, ретким коришћењем стратегија супресије и руминације, а честим коришћењем стратегије рефокусирања, корекције и стављања у перспективу. Функцију смо именовали као адаптабилна когнитивно-афективна регулација.

Табела 18. Центроиди група на изолованој функцији

Table 18. Centroids of groups on the isolated function

Група	центроиди	Н	тачност класификације
Неклиничка	1.043	49	91,8%
Клиничка	-2.043	25	100%

Центроид неклиничке групе налази се на позитивном, а центроид клиничке групе на негативном полу дискриминативне функције. Ово значи да неклиничка група одбацујући везаних испитаника има мали број ирационалних уверења, да су анксиозне мисли о здрављу и социјалном функционисању ретке, да немају тенденцију да себе окривљују за негативне доживљаје и ситуације, да не супримирају емоције, нити често руминирају након негативног доживљаја и искуства. Они користе адаптивне стратегије као што су корекција, рефокусирање и стављање у перспективу свог садашњег искуства са ранијим иску-

ствима. Испитаници који припадају одбацујућем стилу везаности, а припадају клиничкој групи, имају већи број иррационалних уверења, забринути су за здравље и социјално функционисање, користе претежно маладаптивне стратегије регулације емоција као што су супресија, руминација и самоокривљавање, док ретко користе стратегије као што су рефокусирање, корекција и стављање у перспективу.

Тачност класификације на основу издвојене функције је висока, посебно за клиничку групу, где се на основу ње испитаници 100% класификују тачно у своју групу.

### *ДИСКУСИЈА*

На основу идентификованих фактора ризика јасно се види која општа уверења, анксиозне мисли и стратегије емоција је пожељно развијати или мењати како би особа одређеног стила везивања очувала ментално благостање, или редуковала актуелне психопатолошке симптоме. Такође, резултати указују да само афективно везивање, било оно сигурно или несигурно, није гаранција за ментално здравље, јер и у клиничкој популацији се налазе сигурно везане особе; као ни за развој психопатологије, јер нису све несигурно везане особе развиле психопатологију. Особе из било ког обрасца везивања, тек у зависности од специфичне структуре уверења, заступљености анксиозних мисли и најчешће преферираних стратегија регулације емоција могу да развију и психопатолошке симптоме.

Налази су неочекивани за сигурно везане особе. Из нашег истраживања видимо да сигурно везани испитаници из клиничке популације имају велики број иррационалних уверења, да су високо забринути и да користе маладаптивне стратегије регулације емоција (катастрофирање, руминација, самоокривљавање). Овај налаз је у супротности са налазима из теорије афективне везаности. Наиме, Болби (Bowlby) као и Микулицер и сарадници (Mikulincer, Shaver, & Perger, 2003) када говоре о регулацији емоција наводе да сигурно везане особе користе адаптивне стратегије сигурне базе, да су развиле вештине саморегулације властите узнемирености, те да када капацитети саморегулације нису довољни, способне су да се отворе ка блиским особама и да у корекулацији са њима изађу на крај са стресом и емотивним одговором на стрес. Ова неусаглашеност може да буде последица тога што теорија афективног везивања као контекст развоја регулаторних механизма наводи примарну афективну везаност, а у нашем истраживању говоримо о регулаторним механизмима у контексту партнерске афективне везаности, а да заправо не знамо каква је примарна афективна везаност наших испитаника, а у чијем контексту, по теорији афективне везаности су се развиле регулаторни механизми. Јесте да теорија афективне везаности имплицира да је примарна афективна везаност „шаблон” успостављања свих ка-



снијих везаности, али је ипак остављена извесна слобода променљивости природе везаности, јер као што теорија каже – обрасци су релативно стабилни током времена, а Бредертон (Bretherton, 1991) наводи да ће особа мењати свој стил везивања када се партнер доследно понаша другачије у дужем временском периоду, па особа увиђа да стари образац не функционише, те се акомодира новој релацијској ситуацији. Наша спекулација да су сигурно партнерски везани испитаници из клиничке групе са примарном фигуром везаности успоставили несигурну везаност и да су механизми регулације „наслеђе” те релације, нема коначно разрешење у овој дискусији, већ пре имплицира истраживачко питање на које би се вероватно могло одговорити кроз лонгитудинално истраживање. Такође, није јасно да ли мењање квалитета афективне везаности из сигурне у несигурну и обрнуто, доводи и до мењања когнитивно-афективних стратегија регулације или се промена дешава зато што су се примарно промениле когнитивно-афективне стратегије регулације доводећи до промене и самог квалитета афективне везе.

Неуједначен број сигурно везаних особа у неклиничкој ( $N = 111$ ) и клиничкој групи ( $N = 41$ ) може бити фактор који доводи до тога да се издвоје неки когнитивно-афективни механизми као значајни, а да нема стварне психолошке разлике у регулаторним механизмима. Ово ограничење имплицира потребу за споровођењем истраживања на већем и по броју уједначенијем узорку сигурно везаних особа.

Што се тиче испитаника из несигурних стилова везивања, резултати су на први поглед у нескладу са теоријом афективног везивања за несигурно везане испитанике из неклиничке групе, јер теорија и истраживања афективног везивања говоре о коришћењу секундарних маладаптивних стратегија регулације емоција као што су руминација, самоокривљавање, катастрофирање (Mikulincer et al., 2003), а што у нашем истраживању представља „привилегију” само несигурно везаних из клиничке групе. Међутим, ако овај резултат погледамо у контексту резултата који смо добили када смо проверавали да ли општа уверења, анксиозне мисли и стратегије регулације емоција разликују сигурно и несигурно везане испитанике неклиничке групе, резултат заправо постаје очекиван и усклађен са схватањем регулације у теорији афективног везивања. Наиме, провере очекивања да сигурно и несигурно везане особе из неклиничке групе користе различите когнитивно-афективне стратегије регулације емоција указују да сигурно везани испитаници у сусрету са стресним ситуацијама ретко користе руминацију, катастрофирање и самоокривљавање, да нису претерано забринути за своје социјално функционисање, здравље, и за то што брину, а као основни механизам регулације емоција користе позитивно рефокусирање, односно у стресној ситуацији усмерени су на позитивне ствари, и нису преплављени оним што се тренутно дешава. Супротно њима, несигурно везани испитаници имају

тенденцију да када се нешто догоди учестало размишљају о негативним осећањима и оном што се догодило, да за негативна дешавања окривљују себе, потом имају мисли које се односе на катастрофичност онога што се догодило по њихово функционисање, ретко се у стресним ситуацијама усмеравају на позитивне ствари и претерано су забринуте за готово све аспекте функционисања, па и за саму чињеницу што брину. На основу изнетог можемо закључити да се на димензијама ирационалних уверења, анксиозних мисли и маладаптивних стратегија регулације емоција сигурно везани из неклиничке групе, несигурно везани из неклиничке групе и несигурно везани из клиничке групе налазе на различитим местима. Ка негативном полу димензије распоређују се сигурно везани из неклиничке групе, потом следе несигурно везани из неклиничке групе, а ближе позитивном екстремном крају димензија налазе се несигурно везани испитаници из клиничке групе. Ово значи да је суштинска разлика између несигурно везаних испитаника из неклиничке и несигурно везаних из клиничке групе у изражености ирационалних уверења и анксиозних мисли, као и у учесталости коришћења маладаптивних стратегија регулације емоција. Несигурно везани испитаници из неклиничке популације имају мањи број ирационалних уверења и анксиозних мисли и ређе користе стратегије регулације емоција које нису функционалне, у поређењу са несигурно везаним испитаницима клиничке групе. Оно што чини границу између менталног здравља и благостања код несигурно везаних особа је израженост ирационалних уверења и анксиозних мисли и учесталост коришћења маладаптивних стратегија регулације емоција.

### *ЗАКЉУЧАК*

1. Сигурно везане особе, које су забринуте у вези социјалних ситуација, забринуте око свога здравља и око тога што брину, и које користе катастрофирање, руминацију и самоокривљавање да би регулисале емоције, а готово да не користе позитивно рефокусирање и корекцију, под ризиком су да испоље патологију. Стога је корисно да третман особа из ове ризичне групе сигурно везаних испитаника, био он превентиван или секундаран, има као циљ смањење забринутости, као и преусмеравање особа да уместо дисфункционалних стратегија регулације као што су руминација, катастрофирање и самоокривљавање, науче да своје емоције регулишу позитивним рефокусирањем, односно да у сусрету са стресним догађајем размишљају о позитивним стварима, уместо о актуелном дешавању, и корекцијом, односно да у сусрету са негативним животним догађајем сагледају позитивне аспекте самог догађаја за лични развој.

2. Особе које припадају бојажљивом стилу везивања, а које показују велики број анксиозних мисли у домену социјалног, здрав-

ственог и генералног функционисања, које користе супресију и самоокривљавање као механизме регулације емоција, а не употребавају рефокусирање и стављање у перспективу, под ризиком су да развију патологију. Превентивне програме као и третман особа из ове ризичне групе корисно је усмерити на смањење претеране забринутости, те замену маладаптивне супресије и самоокривљавања функционалним стратегијама као што су стављање у перспективу кроз релативизацију озбиљности онога што се догодило, поређећи актуелни догађај са другим догађајима и ранијим искуством, као и позитивним рефокусирањем, тј. преумеравањем на размишљање о позитивним ставрима, уместо о актуелном дешавању.

3. Особе под ризиком од патологије из преокупираног стила везивања показују тенденцију да генерално претерано брину, имају велики број ирационалних, а мали број рационалних уверења, користе често дисфункционалне стратегије регулације емоција и то катастрофирање и супресију, а готово да не користе корекцију. Циљ третмана усмерен према овој ризичној групи особа из преокупираног стила везивања је смањење забринутости, мењање ирационалних уверења, као и повећање рационалних уверења, те учење коришћења корекције као функционалних стратегије регулације у поређењу са супресијом и катастрофирањем, чију употребу треба свести на минимум.

4. Особе из одбацујућег стила везивања које претерано брину у социјалним ситуацијама и због свог здравља, које имају већи број ирационалних уверења и користе претежно маладаптивне стратегије, као што су супресија, руминација и самоокривљавање, док ретко користе стратегије као што су рефокусирање, корекција и стављање у перспективу под ризиком су од испољавања патологије. Превентивне и терапијске интервенције током рада са особама које су одбацујући везане корисно је усмерити на смањење здравствене и социјалне забринутости, мењање ирационалних уверења, те на замену нефункционалних стратегија регулације емоција функционалним, као што су рефокусирање, корекција и стављање у перспективу.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Barone, L., & Guiduci, V. (2009). Mental representations attachment in Eating Disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 11*, 405–417.
- Bartholomew, K. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 226*–244.
- Bernard, M. (1998). Validation of the General Attitude and Belief Scale. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 16*, 183–196.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*(3), 267–284.

- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: J.A: Simpson & W.S. Rholes (Ed.), *Attachment theory nad close relationships* (pp 46–76) New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1991). Roots and Growing Points of Attachment Theory. In: Parkers, C. M., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P. (ur.) *Attachemnt across the Life Cycle*. London: Routledge.
- Brinker, J. K., & Dozois, D. J. A. (2009). Ruminative thought styles and depressed mood. *The Journal of Clinical Psychology*, 65 (1), 1–19.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2005). Effects of suppression and acceptance of emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1251–1263.
- Cole, D. A., Warren, D. E., Dallaire, D. H., Lagrange, B., Travis, R., & Ciesla, J. (2007). Early Predictors of Helpless Thoughts and Behaviors in Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(2), 295–312.
- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). Adescriptive report of features of initial unexpected panic attacks inminimal and extensive avoiders. *Behavior Research and Therapy*, 28, 395–400.
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive Inflexibility Among Ruminators and Nonruminators. *Cognitivne Therapy and Research*, 24, 699–711.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141–149.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for theuse of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13, 551–573.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2004). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Birch Lane Press.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behavior Research and Therapy*, 41, 403–411.
- Lynch, T. A., Robins, C. J., Morse, J. O., & Krause, E. D. (2001). Amediational model relating affect intensity, emotional inhibition, and psychological distress. *Behavior Therapy*, 32, 519–536.
- Марић, З. (2002). *Когнитивни чиниоци емоције и емоционалног поремећаја из угла РЕБТ*. (Магистарски рад). Београд: Филозофски факултет.
- Мићановић Цвејић, Ж. (2010). *Афективна везаност у анскиозним и депресивним стањима*. (Докторска дисертација). Нови Сад: Филозофски факултет.
- Мићановић Цвејић, Ж., Шакоћић Курбалија, Ј. и Курбалија, Д. (2009). Амбивалентна афективна везаност у брачним односима. *Психијатрија данас*, 41 (1–2), 43–53.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77–102.
- Morris, R. K., van der Gucht, E., Lancaster, G., & Bentall, R. P. (2009). Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology And Psychotherapy*, 82 (Pt 3), 267–77.
- Shelley, A., & Gibaeg, H. (2009). Predictors of Anxiety and Depression in Emerging Adulthood. *Journal of Adult Development*, 16, 39–52.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585–594.
- Williams, N. L., & Riskind, J.H. (2004). Adult Romantic Attachment and Cognitive Vulnerabilities to Anxiety and Depression: Examining the Interpersonal Basis of Vulnerability Models. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(1), 7–24.

Sandra Čačić, Centre for Social Work, Sombor  
Vesna Gavrilov Jerković, University of Novi Sad, Faculty of Philosophy,  
Department of Psychology, Novi Sad

### **COGNITIVE-AFFECTIVE MECHANISMS AS RISK FACTORS IN THE GENESIS OF PSYCHOPATHOLOGY IN PERSONS WITH DIFFERENT ATTACHMENT STYLES**

#### **Summary**

The aim of this paper was to identify irrational beliefs, anxious thoughts, and emotion-regulation strategies of individuals with different attachment styles as factors contributing to risk of, or protection against, the onset of pathology. The research was conducted in Sombor on the sample of 373 adults (221 in the non-clinical group and 142 in the clinical group).

Results: Secure style subjects from the clinical group typically used ruminations, self-blame, and catastrophizing more often, held more irrational beliefs, achieved higher scores on all three scales of anxious thoughts (anxious in social situations, worry about own health, worry about being worried) and seldom used the adaptive emotion-regulation strategies – correction and refocusing – compared to securely attached subjects from the non-clinical group. Clinical group subjects with the insecure attachment style were concerned about their health, social functioning, and about having anxious thoughts; they more frequently used maladaptive strategies, such as self-blame and suppression, than adaptive strategies, such as refocusing and putting things in perspective, as compared to non-clinical subjects with secure attachment style. Preoccupied subjects from the clinical group typically showed severe health concerns, were generally concerned, held numerous irrational beliefs and very few rational beliefs, tended to emphasize life-threatening catastrophic consequences in the face of stressful events, and frequently used emotion suppression. They also exhibited anxiety related to social situations and lack of viewing negative life events from a positive perspective that would be beneficial for personal development. The non-clinical group of preoccupied subjects typically shared low scores in all maladaptive emotion-regulation strategies, and on scales of anxious thoughts and irrational beliefs. The clinical group subjects with the dismissive attachment style held more irrational beliefs, were more concerned for their health and social functioning, primarily used strategies of suppression, rumination and self-blame, and seldom used strategies such as refocusing, correction, and putting things into perspective as compared to dismissive style subjects from the non-clinical population.

Research results confirmed the regulatory function of attachment styles. Identifying general beliefs, anxious thoughts, and emotion-regulation strategies as treatable psychological concepts in subjects with different attachment styles provides a basis for clinical treatment planning as well as non-clinical prevention program planning, for the purpose of preventing the progression of psychopathology and strengthening the functional adaptive mechanisms.