

UNIVERZITET U SARAJEVU

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

POVEZANOST METAKOGNICIJA, ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI

Završni magistarski rad

Studentica:

Melbina Drnda

Mentor:

Prof. dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Sarajevo, septembar, 2022.

## Povezanost metakognicija, anksioznosti i depresivnosti

Melbina Drnda

### SAŽETAK

Brojna recentna istraživanja potvrdila su povezanost metakognitivne aktivnosti sa simptomima različitih psihičkih poremećaja, uključujući i anksioznost i depresiju. Veoma su značajne praktične, odnosno kliničke implikacije ovih istraživanja, jer se na osnovu dobivenih rezultata kreiraju psihoterapijski i preventivni programi. Cilj našeg istraživanja bio je ispitati povezanost metakognicija, anksioznosti i depresivnosti, te ispitati spolne razlike u navedenim varijablama. U istraživanju je učestvovalo 177 ispitanika iz opće populacije iz Bosne i Hercegovine, od toga 59 muškaraca i 118 žena. Dob ispitanika kreće se u rasponu od 20 do 70 godina, a prosječna dob ispitanika iznosi  $M=40,77$  ( $SD=10,16$ ). U istraživanju je korišten Upitnik metakognicije (MCQ, Cartwright-Hatton i Wells, 1997) i Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21; Lovibond i Lovibond, 1995.; hrvatska adaptacija Jokić-Begić, Jakšić, Ivezić i Suranyi, 2012, prema Mamić i Nekić, 2019). Rezultati su, sukladno pretpostavkama i ranijim istraživanjima, pokazali da postoji statistički značajna pozitivna povezanost metakognitivne aktivnosti sa simptomima anksioznosti, kao i sa simptomima depresivnosti. Upitnik metakognicija sastoji se od šest subskala (1) nekontroliranost i opasnost, (2) pozitivna vjerovanja (3) (ne)pouzdanje u svoje mišljenje (4) negativna vjerovanja povezana s predrasudama, kažnjavanjem i odgovornošću (5) kognitivno samopouzdanje i (6) zabrinutost (Kolesarić i Milić, 2014). Rezultati našeg istraživanja pokazali su da su sve navedene komponente metakognicija u pozitivnoj korelaciji, kako sa anksioznošću, tako i sa depresivnošću. Dodatnim analizama potvrdili smo da je komponenta *nekontroliranosti i opasnosti* statistički značajno izraženije povezana sa anksioznošću i depresivnošću, u odnosu ostale komponente metakognicije. Kada su u pitanju spolne razlike u izraženosti metakognitivne aktivnosti, kao i u povezanosti sa simptomima anksioznosti i depresivnosti, rezultati su pokazali određene razlike između muškaraca i žena. Ranija istraživanja su također potvrdila razlike na temelje spola, ali su te razlike nedosljedne i nedovoljno isptane. Dobiveni rezultati u skladu su s očekivanjima i daju značajan doprinos razumijevanju istraživanih konstrukata na domaćem uzorku, ali je potrebno dodatno istražiti složene odnose među njima. Kada se radi o spolnim razlikama u izraženosti simptoma anksioznosti i depresivnosti, na našem nekliničkom uzorku smo, upravo kako smo i pretpostavili, jednoznačno potvrdili statistički značajno izraženije simptome kod žena, u odnosu na muškarce.

**Ključne riječi:** metakognicija, anksioznost, depresivnost, ruminacija, sindrom kognitivne pažnje, model samoregulirajućih izvršnih funkcija.

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	4
1.1. Metakognicije .....	4
1.2. Metakognitivni model psihičkih poremećaja .....	6
1.2.1. <i>Metakognitivni model depresivnosti</i> .....	8
1.2.2. <i>Metakognitivni model anksioznosti</i> .....	11
2. CILJ PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	16
2.1. Cilj istraživanja .....	16
2.2. Problemi istraživanja .....	16
2.3. Hipoteze istraživanja .....	16
3. METODA .....	17
3.1. Ispitanici .....	17
3.1. Postupak .....	18
3.2. Instrumentarij .....	18
3.2.1. <i>Upitnik o sociodemografskim podacima</i> .....	18
3.2.2. <i>Upitnik metakognicije</i> .....	18
3.2.3. <i>Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa</i> .....	19
4. REZULTATI .....	20
4.1. Povezanosot metakognicija, anksioznosti i depresivnosti .....	21
4.1.1. <i>Povezanost anksioznosti, depresivnsoti i metakognicija s obzirom na spol</i> .....	25
4.2. Razlike između muškaraca i žena u metakognicijama, anksioznosti i depresivnosti .....	26
5. DISKUSIJA .....	30
6. ZAKLJUČCI .....	43
7. LITERATURA .....	45
8. PRILOZI .....	51

# 1. UVOD

Istraživanja o metakogniciji, historijski gledano, započela su u okviru razvojne psihologije, ispitivanjem promjena u sposobnostima rasuđivanja, povezanih s kognitivnim razvojem i sazrijevanjem djece. U svom najširem smislu, ovaj konstrukt je shvaćen kao sposobnost razmišljanja o svom razmišljanju, u kontekstu rješavanja problema i socijalne prilagodbe. U novije vreme, ovi koncepti su postali značajni u teorijskim prikazima kliničkih sindroma i kao mogući posrednici efikasnosti kognitivnih tretmana (Corcoran i Segal, 2008).

Kognitivne teorije emocionalnih poremećaja, kao što je Beckova teorija (Beck, 1976, prema Wells 2000), zasnivaju se na pretpostavkama da su psihički poremećaji povezani sa promjenama u razmišljanju. Smatra se da negativne misli proizlaze iz aktiviranja negativnih uvjerenja, a cilj kognitivne terapije je modificirati negativne misli, uvjerenja i s njima povezana ponašanja. Međutim, za efikasnu modifikaciju mišljenja, neophodno je razumjeti metakognicije, odnosno faktore koji kontrolišu, ispravljaju, procjenjuju i regulišu samo razmišljanje (Wells, 2000).

Metakognitivni pristup bazira se na pretpostavci da ljudi postaju zarobljeni u emocionalne teškoće, jer njihove metakognicije uzrokuju određeni obrazac reagiranja na unutarnja iskustva, koji održava emocije i jača disfunkcionalna uvjerenja (Wells, 2009).

## 1.1. Metakognicije

Metakognicije predstavljaju složen pojam, koji obuhvata znanja (vjerovanja), procese i strategije, kojima pojedinac prati, procjenjuje i kontroliše vlastite misli (Wells, 2000). Većina teoretičara pravi osnovnu razliku između dva aspekta metakognicija: metakognitivno znanje i metakognitivna regulacija. Metakognitivno znanje odnosi se na informacije koje pojedinac ima o vlastitim mislima, a metakognitivna regulacija na niz izvršnih funkcija, kao što su usmjeravanje pažnje, praćenje, provjeravanje, planiranje i otkrivanje pogrešaka.

Wells (1995) je svoja rana istraživanja o metakognitivnim aspektima zabrinutosti proveo na uzorku osoba sa dijagnosticiranim generaliziranim anksioznom poremećajem, te je identificirao i

opisao tri osnovne vrste metakognicija: metakognitivno znanje, metakognitivna iskustva i metakognitivne kontrolne strategije.

*Metakognitivno znanje* odnosi se na vjerovanja i teorije koje pojedinci imaju o vlastitim mislima, kao što je vjerovanje o značenju određenog tipa misli, vjerovanja o učinkovitosti pamćenja ili sposobnosti koncentracije. Prema metakognitivnoj teoriji psiholoških poremećaja, postoje dvije vrste metakognitivnog znanja: eksplicitno i implicitno. Eksplicitna metakognitivna znanja su ona kojih je osoba svjesna i koja može verbalno izraziti, npr: „*Briga može izazvati srčani udar*“ ili „*Ako se usmjerim na opasnost, izbjeći ću štetu.*“. Implicitna metakognitivna znanja nisu pod svjesnom kontrolom i ne mogu se direktno verbalno izraziti. Mogu se smatrati pravilima ili programima koji upravljaju procesiranjem informacija, kao što su usmjeravnje pažnje i pretraživanje memorije (Wells, 1995).

*Metakognitivna iskustva* uključuju procjenu značenja određenih mentalnih događaja, samih metakognicija i procjenu statusa kognicija. Metakognitivne procjene mogu se definisati kao svjesne interpretacije kognitivnih iskustava (Wells, 1995). Tako npr. student sa ispitnom anksioznošću i relativno bezazlenu provjeru znanja procjenjuje ugrožavajućom, jer mu svaka povjera znanja slični ranijim metakognitivnim iskustvima. Ona podrazumijevaju negativnu procjenu sebe u uspješnosti odgovaranja („*Ne mogu pokazati koliko znam*“, „*Loše se izražavam*“) (Živčić-Bećirević i sur., 2009).

*Metakognitivne kontrolne strategije* predstavljaju reakcije kojima pojedinci pokušavaju kontrolisati svoj kognitivni sistem. U svakodnevnom životu ljudi koriste različite strategije, kao što su mnemotehnika ili ponavljanja gradiva prilikom učenja. U okviru kliničkih poremećaja, kontrolne strategije najčešće se sastoje od pokušaja upravljanja tokom misli (Wells, 1995). U anksioznim poremećajima u kojima se simptomi često interpretiraju kao znak mentalnog sloma (npr. kod paničnog poremećaja i generaliziranog anksioznog poremećaja), pojednici mogu pokušati potisnuti određene misli ili pokušati razmišljati na specifičan način koji će spriječiti katastrofu (Wells, 2000). Odabrane strategije mogu pojačati, potisnuti ili promijeniti prirodu kognitivnih aktivnosti. Neke od njih usmjerene su na reduciranje misli ili negativnih emocija, mijenjanjem kognitivnih aspekata, npr. pojedinac može svoju pažnju usmjeriti prema prijetnji u pokušaju da bude spreman ili može pokušati suzbiti uznemirujuće misli, koristiti pozitivno razmišljanje ili odvratiti pažnju od negativnih emocija (Wells, 2009).

Wells i Davies (1994) identificirali su pet kontrolnih strategija: ponovna procjena, samokažnjavanje, socijalna kontrola, zabrinutost i distrakcija. Empirijske studije sugeriraju da su zabrinutost i samokažnjavanje, kao kontrolne strategije, povezani sa nizom pokazatelja emocionalnih poremećaja.

Wells (2000) je opisao dva načina doživljavanja misli: objektivni i metakognitivni način. U objektivnom načinu doživljavanja, misli i uvjerenja ne razlikuju se od direktnih iskustava sebe i svijeta. Obično doživljavamo nediferenciranu svijest, ne praveći razliku između unutrašnjih i vanjskih događaja, odnosno misli i percepcije. Nasuprot objektivnom načinu doživljavanja je metakognitivni način, u kojem se misli mogu posmatrati kao događaji odvojeni od svijeta i sebe. U ovom načinu doživljavanja pojedinac stoji po strani i posmatra svoje misli kao dio većeg višeznačnog konteksta svjesnog iskustva. Teasdale, Hayhurst, Pope, Williams i Segal (2002) također govore o važnosti decentrirane ili distancirane perspektive i uvode pojam metakognitivne svijesti, koju definiraju kao kognitivni set u kojem se negativne misli i osjećaji doživljavaju kao mentalni događaji, a ne kao istinit odraz stvarnosti.

## 1.2. Metakognitivni model psihičkih poremećaja

Ulogu kognitivnih i metakognitivnih faktora u nastanku i održavanju emocionalnih problema, pokušali su prikazati Wells i Matthews (1996) i svom *modelu izvršnih samoregulatorajućih funkcija* (engl. *Self-Regulatory Executive Function model*, S-REF model). Model pretpostavlja da su kognitivni procesi raspoređeni na tri interaktivna nivoa: automatska obrada (obrada na nižem nivou), svjesna obrada misli i ponašanja, te znanja i uvjerenja koja su metakognitivne prirode. Osnovno načelo metakognitivne teorije je da su psihološki poremećaji povezani sa aktiviranjem specifičnog toksičnog stila mišljenja nazvanog *sindrom kognitivne pažnje* (engl. *Cognitive-attentional syndrom*, CAS). Sindrom kognitivne pažnje sastoji se od ponavljajućeg načina razmišljanja, koji se odvija u obliku briga i rimiranja, fokusiranja pažnje na prijetnju i nefunkcionalnih strategija suočavanja (npr. potiskivanje misli, izbjegavanje, upotreba psihoaktivnih supstanci). Ovaj stil dovodi do održavanja i jačanja negativnih ideja i emocija. CAS proizilazi iz znanja i uvjerenja, a ona su metakognitivne prirode. Dvije su vrste uvjerenja važne: pozitivna i negativna metakognitivna uvjerenja. Pozitivna uvjerenja tiču se korisnosti

brige, ruminacija, praćenja prijetnji i drugih sličnih strategija (npr. „*Ako se brinem, biću spreman*“, „*Usredotočenost na opasnost će me zaštititi*“). Negativna uvjerenja odnose se na nekontrolabilnost misli, te njihovu opasnost (npr, „*Moja anksioznost bi me mogla izludjeti*“, „*Nekontrolisane misli znak su ludila*“, „*Brige mogu naškoditi mom tijelu*“). Ova metauvjerenja dovode do postojanosti sindroma kognitivne pažnje, zbog neuspjeha u pokušaju kontrole i zbog negativnih i prijetećih interpretacija mentalnih sadržaja (Wells i Matthews, 1996).

Obrasci razmišljanja osoba sa psihičkim poremećajima imaju ponavljajući i uznemirujući kvalitet, usmjereni su na teme povezane sa sobom i teško ih je staviti pod kontrolu. Ova kvaliteta je karakteristična za CAS i obilježena je pojačanom pažnjom usmjerenom na sebe. Sindrom kognitivne pažnje se sastoji od pretjerane konceptualne obrade u obliku briga i ruminacija. To su dugi lanci pretežno verbalnih misli, u kojima osoba pokušava odgovoriti na pitanja „*Šta ako...?*“ ili na pitanja o značenju vlastitih misli i osjećaja, (npr. „*Zašto se tako osjećam*“?). Pored ove konceptualne komponente, CAS podrazumijeva i strategiju praćenje prijetnji, koja se odnosi na pristranost pažnje, odnosno fokusiranje pažnje na podražaje povezane sa prijetnjom. Postoje i dodatne strategije koje čine CAS, a uključuju potiskivanje misli, te kognitivno i emocionalno izbjegavanje (Wells i Matthews, 1996).

Uloga metakognicija u psihopatologiji istražena je pomoću Upitnika metakognicija (Cartwright-Hatton i Wells, 1997), koji mjeri pet empirijski odvojenih kategorija metakognicija: (1) pozitivna uvjerenja o zabrinutosti, koja se odnose na vjerovanja da zabrinutost pomaže u rješavanju problema; (2) negativna uvjerenja o zabrinutosti zbog nekontrolabilnosti i opasnosti, koja uključuju vjerovanje da je zabrinutost neophodno kontrolirati, vjerovanje da je zabrinutost opasna za mentalno i fizičko zdravlje i vjerovanje da se zabrinutost ne može kontrolirati; (3) kognitivna sigurnost, odnosno vjerovanje u djelotvornost vlastitih kognitivnih funkcija, a posebno pažnje i pamćenja; (4) negativna vjerovanja o mislima općenito, uključujući praznovjerje, kaznu i odgovornost i (5) kognitivna osviještenost, koja se odnosi na tendenciju praćenja vlastitih misli i usmjeravanja pažnje prema unutra.

Brojne studije su potvrdile povezanost metakognicija i različitih psihičkih poremećaja, uključujući depresiju (Papageorgiou i Wells, 1999; Saed i sur., 2010), generalizirani anksiozni poremećaj (Wells, 1999a; Wells, 1999b; Wells i Carter, 2001), percipirani stres (Spada i sur., 2008), ispitnu anksioznost (Matthews i sur., 1999; Zivcic-Becirevic i sur., 2009), hipohondrijazu

(Bouman i Meijer, 1999), ovisnost o nikotinu (Spada i sur., 2007), ovisnost o alkoholu (Spada i Wells, 2005), posttraumatski stresni poremećaj (Roussis i Wells, 2006), opsesivno-kompulzivni poremećaj (Wells i Papageorgiou, 1998).

### *1.2.1. Metakognitivni model depresivnosti*

Svi pojedinci doživljavaju periode tuge, nesreće, ili disfornično raspoloženje u različitim životnim razdobljima. Ovi periodi depresivnog raspoloženja mogu se javiti kao odgovor na razne okolinske i unutrašnje podražaje, koji imaju različitu dužine trajanja i mogu biti manje ili više povezani sa emocionalnim i ponašajnim simptomima. Termin „depresija“, u svakodnevnom govoru, često se koristi za opisivanje emocionalnog doživljaja tuge. Međutim, klinička depresija odnosi se na specifične psihijatrijski poremećaje, koji karakterizira konstelacija afektivnih, bihevioralnih i kognitivnih simptoma, kao i značajnih oštećenja u funkcioniranju (Compas, Ey i Grant, 1993).

Prema DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), depresivni poremećaji uključuju više različitih poremećaja (disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj (uključujući veliku depresivnu epizodu), perzistentni depresivni poremećaj (dsitimija), depresivni poremećaj raspoloženja prouzrokovan pshoaktivnom tvari/lijekom, depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, drugi specificirani depresivni poremećaj i nespecificirani depresivni poremećaj), kojima je zajedničko obilježje prisutnost tužnog ispraznog ili razdražljivog raspoloženja, praćenog somatskim i kognitivnim promjenama koje značajno utječu na sposobnost funkcioniranja osobe. Ono što ih razlikuje jesu obilježja trajanja, vremena pojavljivanja i pretpostavljena etiologija. Veliki depresivni poremećaj je klasični primjer iz skupine ovih poremećaja. Karakteriziran je zasebnim epizodama koje traju najmanje dva tjedna, uključujući jasne promjene u afektivnom, kognitivnom i neurovegetativnom funkcionisanju i periodima remisija između epizoda. Dva ključna simptoma velike depresivne epizode su depresivno raspoloženje ili tuga, te značajno smanjeno zadovoljstvo ili interes za većinu aktivnosti. Ostali simptomi mogu uključivati nesanicu ili hipersomniju, značajan gubitak ili povećanje tjelesne težine, osjećaj krivnje ili bezvrijednost, umor, oslabljenu koncentraciju, neodlučnost, psihomotorni nemir ili usporenost, te ponavljane misli o smrti ili samoubojstvu.



Depresija je jedna od najčešćih bolesti suvremenog svijeta pri čemu broj oboljelih prelazi 350 milijuna ljudi u cijelom svijetu. Uzroci depresivnog poremećaja su najčešće kombinacija bioloških, socijalnih i genetskih čimbenika, te su kombinacija endogenih i egzogenih faktora. Studije pokazuju da je depresija bolest s najvišom stopom povrata bolesti te da 50 % do 80 % osoba oboljelih od depresivnog poremećaja ima ponovljenu depresivnu epizodu (Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016).

Ruminacije su centralno obilježje sindroma kognitivne pažnje u depresiji. Postoje različite definicije ruminacija, ali u najširem smislu odnose se na teško kontrolirane ponavljajuće misli o vlastitim problemima. Obično se pojam ruminacije odnosi na ponavljajuća razmišljanja o osobnim problemima, koja se mogu doživjeti kao nepoželjna i nenamjerna. Ruminativne misli javljaju se i kod zdravih pojedinaca i kod kliničkih pacijenata, ali u zadnjoj skupini posebno teže patološkoj kvaliteti. Rani fokus zanimanja istraživača bila je uloga ruminacija u simptomatologiji opsesivno-kompulzivnog poremećaja (Wells, 2009). Međutim, ruminacije su također obilježje različitih anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja (Matthews i Wells, 2004). Nolen-Hoeksema (1991) u svojoj teoriji stilova odgovora na depresiju, ruminacije promatra kao ponavljajuće i pasivno razmišljanje o simptomima depresije, te mogućim uzrocima i posljedicama tih simptoma. Martin i Tesser (1996, prema Nolen-Hoeksema, 2000) pojam ruminacije koriste u širem smislu za označavanje bilo kojeg mišljenja koje ima tendenciju ponavljanja. Oni sugeriraju da je ruminacija vrsta svjesnih misli koje su povezane sa zajedničkom instrumentalnom temom i koje se ponavljaju u odsustvu neposrednih poticaja iz okoline. Iako poticaji iz okoline mogu doprinijeti održavanju ruminativnih misli, sama pojava i održavanje ruminacija ne zavisi od takvih poticaja.

Papageorgiou i Wells (2003, 2004) su predložili metakognitivni model ruminacije i depresije. U njihovom modelu, pozitivna metakognitivna uvjerenja su uvjerenja da je ruminacija korisna strategija suočavanja za smanjenje razlika između sadašnjeg stanja i željenog stanja (npr. „*Moram promišljati o svojim problemima kako bih pronašao odgovore.*“). Međutim, kada ruminacija ne uspije smanjiti ovu razliku, to može dovesti do još više ruminativnih misli, sniženja raspoloženja i ometanja učinkovitog rješavanja problema. Kao posljedica toga, mogu se pojaviti negativna metakognitivna uvjerenja, koja su povezana s nekontrolabilnošću i štetnošću ruminativnog razmišljanja (npr. „*Ne mogu kontrolirati razmišljanje o mojim problemima*““) i s

društvenim posljedicama ruminacije (npr. „*Ljudi će me odbaciti ako razmišljam*“). Smatra se da ove negativne metakognicije pridonose depresivnom raspoloženju. Nadalje, model pretpostavlja da bi metakognitivna učinkovitost (tj. povjerenje u nečije kognitivno funkcioniranje) mogla pridonijeti negativnim uvjerenjima o ruminiranju u vezi s društvenim posljedicama i pozitivnim uvjerenjima o ruminiranju.

U longitudinalnoj studiji (Papageorgiou i Wells, 2009), čiji je cilj bio dodatno istražiti odnose između ruminacije, depresije i metakognicije, na uzorcima depresivnih i nedeprativnih ispitanika, odnosno ispitati predviđaju li negativne metakognicije promjene u depresiji kada se kontrolira ruminacija, rezultati su pokazali da negativna metakognitivna uvjerenja o ruminaciji, posebno ona koja se tiču nekontrolabilnosti i štetnosti, prospektivno predviđaju depresiju čak i nakon statističke kontrole početnih razina depresije i ruminacije. Kada su analize ponovljene kontrolirajući negativna metakognitivna uvjerenja, ruminacija u prvom mejrenju nije značajno pridonijela regresijskoj jednadžbi. Ovi podaci sugeriraju da u uzorku nepacijenata negativna metakognitivna uvjerenja predviđaju depresiju i da svaki uzročni učinak koji ruminacija može imati na depresiju može biti rezultat varijance koja se dijeli s negativnim metakognitivnim uvjerenjima.

Metakognitivni pristup tumačenju psihičkih poremećaja promatra ruminacije i brige kao dobrovoljne i aktivne strategije suočavanja sa osjećajima i prijetećim događajima. Ruminacija se može posmatrati kao mentalna obrada usmjerena na razumijevanje razloga tuge i razradu načina rješavanja uznemirujućih misli i emocija. Ruminiranje traži odgovor na pitanja kao što su: „*Zašto se tako osjećam?*“, „*Šta to govori o meni?*“ ili „*Kako se mogu osjećati bolje?*“ S druge strane, brige su usmjerene na predviđanje opasnosti i planiranje načina kako da se opasnost izbjegne i traženje odgovora na pitanja kao što su: „*Šta bih trebao učiniti u budućnosti?*“, „*Kako mogu izbjeći opasnost?*“ ili „*Kako se mogu pripremiti?*“ (Papageorgiou i Wells, 2009).

Prema metakognitivnom modelu oba tipa mišljenja su strategije usmjerene na samoregulaciju, potaknute unutaršnjim događajima, poput negativnih misli i osjećanja. Brigu najčešće pokreću misli povezane sa opasnostima, npr. „*Napast će me.*“, dok ponovno proživljavanje ili ruminacije podstiču misli kao što je npr. „*Niko me ne voli.*“ Bitno je naglasiti razliku između negativnih automatskih misli i brige ili ruminativnog odgovora. U metakognitivnoj terapiji negativne automatske misli, koje se smatraju iznimno važnim u tradicionalnoj kognitivno-bihevioralnoj

terapiji, vide se samo kao okidač za nefunkcionalne stilove mišljenja (npr. ruminacije), koji su osnovni uzrok patologije i u fokusu su tretmana. Ruminacije su više usmjerene na prošlost i bave se uspostavljanjem razumijevanja i smisla, dok su brige usmjerene na budućnost i tiču se izbjegavanja ili sprečavanja opasnosti. Pored navedenih razlika, između briga i ruminacija postoje i preklapanja, a oba stila mišljenja su povezana sa izbjegavanjem negativnih iskustava (Papageorgiou i Wells, 2009).

Iako je glavno obilježje sindroma kognitivne pažnje kod depresije ruminacija, zabrinutost je također značajna komponenta. Neki pacijenti se brinu zbog ponovne pojave simptoma depresije i katastrofiziraju u vezi sa svojom sposobnošću da se nose sa simptomima u budućnosti. Slijed ruminacija i briga u depresiji je cirkularan i vodi do negativnog ishoda, koji se može posmatrati kao beznađe. Osim ruminacija i briga, daljnja komponenta sindroma kognitivne pažnje je praćenje prijetnji. U depresiji se to ogleda u fokusiranju na simptome depresije i promjene raspoloženja. Primjerice, pacijenti prate nivo energije ili provjeravaju znakove umora dok pokušavaju procijeniti ozbiljnost svog problema i vlastite sposobnosti suočavanja (Wells, 2009).

Postoji više načina na koje ruminiranje može doprinijeti emocionalnoj disfunkciji. Young i Nolen-Hoeksema (2001), na primjer, navode četiri mehanizma pomoću kojih ruminacije produžavaju emocionalne teškoće. Ruminacije mogu: (1) povećati depresogeno razmišljanje; (2) ometati rješavanje problema u međuljudskim odnosima, (3) negativno uticati na motivaciju za uključivanje u adaptivno ponašanje i (4) narušiti društvene odnose, jer su drugi umorni od slušanja ruminacija.

### *1.2.2. Metakognitivni model anksioznosti*

Većina psiholgijskih teorija anksioznosti temelji se na pretpostavci da je ona odgovor na percepciju ili iščekivanje potencijalno prijeteće ili štetne situacije ili događaja. Anksioznost se može smatrati produžetkom osnovne emocije straha koja je također odgovor na percepciju da situacija ili događaj predstavlja izvor opasnosti (Riskind i Rector, 2018).

Barlow (2000) je opisao anksioznost kao jedinstvenu i koherentnu kognitivno-afektivnu strukturu unutar našeg odbrambenog motivacijskog sistema, a u središtu te strukture je doživljaj

nekontrolabilnosti usredotočen uglavnom na moguće buduće prijetnje, opasnosti ili druge nadolazeće potencijalno negativne događaje, za razliku od straha, gdje je opasnost prisutna i neizbježna. Stoga bi se anksioznost mogla približno okarakterizirati kao stanje bespomoćnosti zbog uočene nesposobnosti predviđanja, kontrole ili postizanja željenih rezultata ili ishoda u određenim predstojećim, za osobu važnim situacijama ili kontekstima. Uz ovo negativno afektivno stanje, anksioznost sadrži izraženu fiziološku ili somatsku komponentu, koja predstavlja fiziološki supstrat spremnosti, odnosno stanja pripravnosti za suzbijanje bespomoćnosti. Budnost, odnosno vigilnost (ili hipervigilnost) je još jedna karakteristika anksioznosti koja sugerira spremnost i pripremu za suočavanje s potencijalno negativnim događajima. Anksioznost je, dakle, raspoloženje usmjereno na budućnost, u kojem je osoba pripremljena za pokušaj suočavanja sa predstojećim negativnim događajima.

Strah je primitivno automatsko neurofiziološko stanje uzbune, koje uključuje kognitivnu procjenu neposredne prijetnje ili opasnosti po sigurnost pojedinca. S druge strane, anksioznost predstavlja složeni kognitivni, afektivni, fiziološki i bihevioralni sistem odgovora koji se aktivira kada se predviđeni događaji ili okolnosti doživljavaju vrlo averzivnim, jer se smatraju nepredvidivim, nekontrolabilnim, te se procjenjuje da potencijalno mogu, na različite načine, pa i životno, ugroziti pojedinca (Clark i Beck, 2010).

Anksiozni poremećaji uključuju poremećaje kojima su zajedničke karakteristike pretjerani strah, tjeskoba i uz njih vezani poremećaji u ponašanju. Ovi poremećaji se razlikuju od uobičajenih razvojnih strahova ili anksioznosti po tome što je njihova izraženost veća ili trajanje dulje od odgovarajućih razvojnih perioda. Razlikuju se od prolaznih strahova ili anksioznosti, koji su često inducirani stresom, po tome što su perzistentni (npr. tipično traju šest mjeseci ili duže) (American Psychiatric Association, 2013).

Metakognitivni model psiholoških poremećaja pretpostavlja da je briga središnja komponenta sindroma kognitivne pažnje, za koji se smatra da doprinosi svim vrstama patologije. Generalizirani anksiozni poremećaj se može smatrati arhetipskom manifestacijom sindroma kognitivne pažnje. Osobe koje pate od ovog poremećaja pokazuju ekstremnu i/ili kroničnu zabrinutost, kao i povezane fizičke simptome. Ove osobe teško kontroliraju svoju brigu i žale se na probleme poput umora, nemira, razdražljivosti, napetosti mišića i nesanice (Wells, 2009).

Generalizirani anksiozni poremećaj karakterizira zabrinutost zbog različitih događaja, za razliku od ostalih anksioznih poremećaja kod kojih je osoba zabrinuta zbog specifičnih podražaja ili problema (npr. zabrinutost zbog napada panike kod paničnog poremećaja ili zabrinutost zbog neugodnosti u društvenim situacijama kod socijalnog anksioznog poremećaja) (Leahy i sur., 2012).

Brige predstavljaju lanac katastrofičnih misli koje su pretežno verbalne. Sastoji se od razmatranja potencijalno opasnih situacija i od ličnih strategija suočavanja. Brige su nametljive prirode, kontrolabilne su, iako se često doživljavaju kao nekontrolabilne. Zabrinutost je povezana s motivacijom da se spriječi ili izbjegne potencijalna opasnost. Sama briga može se posmatrati kao strategija suočavanja, ali može postati fokus, odnosno predmet same zabrinutosti. (Wells, 1999b). Ova definicija ima za cilj obuhvatiti nekoliko važnih karakteristika brige: njen oblik, koji uključuje nizove verbalnih misli; njen sadržaj, koji uključuje katastrofiziranje opasnosti i razmišljanje o suočavanju; i njene funkcionalne aspekte, odnosno strategije suočavanja i strategije izbjegavanja. Osim toga, definicija naglašava da se briga subjektivno doživljava nekontrolabilnom, iako je zapravo kontrolabilna. Dakle, postoji disocijacija između stvarne i procijenjene kontrolabilnosti. Konačno, posljednji dio definicije, koji govori o brizi kao samom predmetu brige, obuhvaća razliku između brige “tip 1” i brige “tip 2” (Wells, 2005).

Metakognitivni model patološke zabrinutosti i generaliziranog anksioznog poremećaja temelji se upravo na razlici između brige i negativnog tumačenja brige, koje je Wells (1995) nazvao “tip 1” i “tip 2” briga. Briga “tip 1” predstavlja osnovnu briga, a zabrinutost “tipa 2” negativna je metakognitivna procjena zabrinutosti kao nekontrolabilne ili štetne, a autor za ovaj konstrukt također koristi izraz metabriga. Dakle, zabrinutost “tipa 2” ili metazabrinutost, zapravo predstavljala zabrinutost zbog zabrinutosti. Model pravi razliku između pozitivnih i negativnih uvjerenja o zabrinutosti. Prvi se odnosi na upotrebe brige kao strategije suočavanja, a drugi na negativne ocjene zabrinutosti (metabriga). Pozitivna uvjerenja o zabrinutosti smatraju se uobičajenim i ne nužno patološkim. Međutim, upravo je aktiviranje negativnih metakognitivnih uvjerenja i s tim povezana metabriga presudno za razvoj generaliziranog anksioznog poremećaja.

Iako prisutnost pozitivnih uvjerenja sama po sebi nije problem, uporaba brige kao dominantne strategije suočavanja smatra se problematičnom, jer može ometati druge korisnije i prilagodljivije procese samoregulacije. Okidači za zabrinutost variraju, ali obično su to događaji

koji vode do nametajućih misli. Nemetajuće misli obično se javljaju kao pitanje "Što ako?" (npr. "Šta ako ne uspijem?") ili ponekad kao negativna slika poput slike sudjelovanja u nesreći. Okidač aktivira pozitivna metakognitivna uvjerenja o zabrinutosti kao sredstvo suočavanja s događajem. Primjeri pozitivnih uvjerenja uključuju: "Ako se brinem o svim mogućnostima, mogu izbjeći neuspjeh; Ako se brinem, napraviti ću bolji posao; Brinuti se o tome što može poći po zlu znači da ću biti spreman." Kao rezultat, slijedi zabrinutost "tipa 1", koja se sastoji od razmatranja niza negativnih ishoda i načina na koji se osoba može nositi sa problemom. Zabrinutost "tipa 1" pretežno je verbalni kontemplativni proces koji se sastoji od lanaca katastrofiziranja i planiranja odgovora i koji je povezan sa promjenama u osjećajima. Osoba postaje tjeskobnija kad se obrađuju negativni ishodi, a manje tjeskobna kad se postigne cilj – kreiranje prihvatljivih mogućnosti suočavanja. Zabrinutost "tipa 1" obično traje sve dok osoba ne postigne cilj brige. To često signalizira "osjećaj" koji se tumači kao indikacija da će se osoba moći nositi sa situacijom ili ocjena da je većina mogućih ishoda uzeta u obzir (Wells, 1995).

U patološkim stanjima, poput generaliziranog anksioznog poremećaja, negativna uvjerenja o zabrinutosti aktiviraju se tijekom epizode zabrinutosti. Ova negativna uvjerenja imaju dvije sadržajne domene: (1) nekontrolabilnost i (2) opasnost. Osoba s generaliziranim anksioznim poremećajem vjeruje da je briga nekontrolabilna i potencijalno opasna za fizičko, psihičko ili socijalno blagostanje. Primjeri takvih uvjerenja su: "Brige su nekontrolabilne"; "Izgubit ću razum zbog brige"; "Zabrinutost će uzrokovati srčani udar". Jednom aktivirana takva uvjerenja dovode do negativnog tumačenja briga (metabriga) i negativnog tumačenja emocionalnih simptoma kao znaka gubitka kontrole ili fizičke ili psihičke bolesti. Kao rezultat, anksioznost i osjećaj prijetnje se povećavaju, a pojedincu postaje sve teže postići unutarnji osjećaj da će biti u mogućnosti nositi se sa anksioznošću, jer se anksioznost ne smanjuje. Dva su daljnja mehanizma koja vode eskalaciji i održavanju patološke zabrinutosti. Prvo, ponašanja poput traženja sigurnosti i izbjegavanja situacija koje izazivaju intruzivne misli. Ovi mehanizmi održavaju negativna uvjerenja o gubitku kontrole i opasnosti briga, jer se pojedinac za kontrolu misli oslanja na vanjske čimbenike ili izbjegava okidače za zabrinutost, a time i mogućnosti da otkrije da je zabrinutost bezazlena. Drugo, strategije kontrole misli koje se sastoje od pokušaja suzbijanja misli koje bi mogle potaknuti zabrinutost kontraproduktivne su i dovode do veće svijesti o zabrinutosti, potičući potrebu za brigom i uvjerenja o nekontrolabilnosti. Pojedinac ne prekida postupak brige kada se jednom aktivira, jer je to nespojivo s uvjerenjima o potrebi brige i

s uvjerenjima o nekontrolabilnosti. Dakle, razvija se obrazac kontrole misli koji je neprilagođen, jer je usmjeren na pokušaj uklanjanja sadržaja misli iz svijesti (npr. “*Ne razmišljaj o neuspjehu!*”), umjesto nastojanja da se na vanjske ili unutrašnje ukidače prvobitno ne odgovori zabrinutošći “tipa 1”. Ovaj obrazac sprječava osobu da otkrije da je brige moguće kontrolirati, a čak i ako je briga prekinuta, to sprječava osobu da otkrije da je briga bezazlena (Wells, 2006).

## **2. CILJ PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

### **2.1. Cilj istraživanja**

Cilj ovog istraživanja je ispitati povezanosti između metakognicija (ukupne metakognitivne aktivnosti i pojedinih metakognitivnih komponenata), anksioznosti i depresivnosti, te utvrditi razlike u tim varijablama s obzirom na spol.

### **2.2. Problemi istraživanja**

1. Ispitati povezanost anksioznosti i depresivnosti sa ukupnom metakognitivnom aktivnošću i pojedinim metakognitivnim komponentama , kako na ukupnom uzorku, tako i posebno za muškarce i žene.
2. Ispitati razlike između muškaraca i žena u izraženosti ukupne metakognitivne aktivnosti, pojedinačnih komponenata metakognicija, te simptoma anksioznosti i depresivnosti.

### **2.3. Hipoteze istraživanja**

H1. Očekuje se statistički značajna pozitivna povezanost anksioznosti i depresivnosti sa ukupnom metakognitivnom aktivnošću i pojedinim metakognitivnim komponentama, kao na ukupnom uzorku, tako i posebno za muškarce i žene.

H2. Očekuje se statistički značajna razlika između muškaraca i žena u metakognitivnoj aktivnosti, depresivnosti i anksioznosti, s obzirom na to da se veća učestalost i izraženost zabrinutosti i negativnog afektiviteta kod žena prilično konzistentno potvrđuje empirijskim dokazima.



### 3. METODA

#### 3.1. Ispitanici

U istraživanju je učestvovalo 177 ispitanika iz opće populacije iz Bosne i Hercegovine, od toga 59 muškaraca i 118 žena. Dob ispitanika kreće se u rasponu od 20 do 70 godina, a prosječna dob ispitanika iznosi  $M=40,77$  ( $SD=10,16$ ). Struktura uzorka u odnosu na varijable životni standard, nivo obrazovanja i partnerski status prikazan je u Tabeli 1.

Tabela 1. Struktura uzorka prema varijablama *spol*, *dob* i *nivo obrazovanja*

		f	%
Životni standard	Znatno niži od prosjeka	6	3.4
	Nešto niži od prosjeka	14	7.9
	Prosječan	94	53.1
	Nešto viši od prosjeka	58	32.8
	Znatno viši od prosjeka	5	2.8
	Ukupno	177	100
Nivo obrazovaja	Postdiplomsko obrazovanje	36	20.3
	Visoka stručna sprema	79	44.6
	Viša stručna sprema	12	6.8
	Srednja stručna sprema	49	27.7
	Osnovna škola	1	0.6
	Ukupno	177	100
Partnerski status	Nisam u vezi	36	20.3
	Rastavljen/a	12	6.8
	U braku	102	57.6
	U vezi	23	13.0
	Udovac/udovica	4	2.3
	Ukupno	177	100

Kao što vidimo u Tabeli 1, oko 65%, ispitanika ima završenu visoku stručnu spremlu ili neki vid postdiplomskog obrazovanja. Preko 57% ispitanika je u bračnoj zajednici, a kad je u pitanju životni standard, preko 85% ispitanika sebe svrstava u kategorije prosječan i nešto iznad prosjeka.

### **3.1. Postupak**

Podaci su prikupljeni putem online aplikacije Google Forms, metodom sniježne grudve, preko društvenih mreža i direktnim slanjem upitnika e-mailom, uz zamolbu prvom krugu ispitanika da upitnik prosljede svojim kontaktima. Prikupljanje podataka izvršeno je u toku mjeseca maja 2021. godine. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno uz poštivanje etičkih principa psihologijskih istraživanja.

### **3.2. Instrumentarij**

#### *3.2.1. Upitnik o sociodemografskim podacima*

Upitnik o sociodemografskim podacima konstruisan je za potrebe ovog istraživanja, a sastoji se od pitanja koje se odnose na informacije o spolu, dobi, partnerskom statusu, životnom standardu i stepenu obrazovanja.

#### *3.2.2. Upitnik metakognicije*

U istraživanju je korišten Upitnik metakognicije (Cartwright-Hatton i Wells, 1997), koji se sastoji od 65 tvrdnji. Upitnik su prveli i za naše govorno područje prilagodili Kolesarić i Milić (2014), a u analizi faktorske strukture potvrdili su da se sastoji od šest subskala, koje su po sadržaju vrlo slične originalnim kategorijama izvornog upitnika: (1) nekontroliranost i opasnost (2) pozitivna vjerovanja (3) (ne)pouzdanje u svoje mišljenje (4) negativna vjerovanja povezana s predrasudama, kažnjavanjem i odgovornošću (5) kognitivno samopouzdanje i (6) zabrinutost.

Ispitanici odgovore daju na skali Likertovog tipa od 4 stepena, od „*ne slažem se*“ do „*zaista se slažem*“. Ukupni rezultat na upitniku dobiva se sabiranjem rezultata svih šest subskala. Minimalni mogući ukupni rezultat može iznositi 65, a maksimalni 260. Veći rezultat znači veću metakognitivnu aktivnost. Kolesarić i Milić (2014) utvrdili su kako upitnik ima zadovoljavajuću unutarnju pouzdanost - unutarne pouzdanosti izražena Cronbach alfa koeficijentom u njihovom istraživanju iznosila je .94. U ovom istraživanju Cronbach alfa koeficijent iznosi .95.

### 3.2.3. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) je kraća verzija originalne DASS-42 skale (Lovibond i Lovibond, 1995; hrvatska adaptacija Jokić-Begić, Jakšić, Ivezić i Suranyi, 2012, prema Mamić i Nekić, 2019), koja se sastoji od 21 tvrdnje, a kojom se ispituje razina depresivnosti („Bilo mi je teško započeti aktivnosti“ i „Osjetilo/la sam kao da život nema smisla“), anksioznosti („Sušila su mi se usta“ i „Osjetio/la sam da ne vrijedim mnogo kao osoba“) i stresa („Bilo mi je teško smiriti se“ i „Bilo/la sam sklon/a pretjeranim reakcijama na događaje“). Sve tri subskale opisuje po sedam tvrdnji, a viši rezultat na svakoj subskali označava više razne anksioznosti, depresivnosti i stresa. Hrvatska verzija skale DASS-21 (Jokić-Begić, Jakšić, Ivezić i Suranyi, 2012, prema Mamić i Nekić, 2019), koju smo koristili u ovom istraživanju u slobodnoj je upotrebi. Zadatak ispitanika bio je da na skali Likertovog tipa, od 0 (*uopće se nije odnosilo na mene*) do 3 (*gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene*) označe koliko često su u proteklih sedam dana doživjeli stanje opisano u tvrdnji. U našem istraživanju, subskala koja mjeri simptome stresa isključena iz statističke obrade podataka. Koeficijent unutarnje konzistencije iznosio je .89 za skalu anksioznosti i .88 za skalu depresivnosti.

## 4. REZULTATI

Prije glavnih statističkih analiza, provjerili smo normalnost distribucija rezultata pomoću Kolmogorov-Smirnov testa. Rezultati su pokazali da se distribucije rezultata za sve varijable uključene u ovo istraživanje (ukupna metakognitivna aktivnost, pojedine komponente metakognicija, anksioznost i depresivnost) značajno razlikuju od normalne, te smo zbog toga u daljnoj obradi podataka koristili neparametrijske statističke postupke. Rezultati Kolmogorov-Smirnov testa za varijable anksioznost, depresivnost i metakognicija prikazani su u Tabeli 4.1., a za pojedine metakognitivne komponente u Tabeli 4.2.

Tabela 4.1. Rezultati Kolmogorov-Smirnovog testa za varijable anksioznost, depresivnost i metakognicija

	N	K-S	p
Anksioznost	177	,199	,000
Depresivnost	177	,184	,000
Metakognicija	177	,087	,003

Tabela 4.2. Rezultati Kolmogorov-Smirnov testa za pojedine komponente metakognicija

	N	K-S	p
Nekontroliranost i opasnost	177	,114	,000
Pozitivna vjerovanja	177	,120	,000
(Ne)pouzdanje u svoje mišljenje	177	,161	,000
Negativna vjerovanja	177	,165	,000
Kognitivno samopouzdanje	177	,102	,000
Zabrinutost	177	,087	,000

U nastavku su prikazani osnovni deskriptivni parametri za varijable metakognicija, anksioznost i depresivnost (Tabela 4.3), kao i za pojedinačne komponente metakognicija (Tabela 4.4)

Tabela 4.3. Deskriptivni parametri za varijable metakognicija, anksioznost i depresivnost

	M	SD	C	min ostvareni/teorijski	max ostvareni/teorijski
Anksioznost	4,582	5,07	3,00	00/00	21/21
Depresivnost	5,102	4,81	4,00	00/00	21/21
Metakognicija	121,26	29,69	117,00	68/65	223/260

Tabela 4.4. Deskriptivni parametri za pojedine komponente metakognicija

	M	SD	C	min	max
Nekontroliranost/opasnost	31,97	10,14	30,00	15,00	61,00
Pozitivna vjerovanja	27,32	8,66	25,00	16,00	51,00
(Ne)pouzdanje u svoje mišljenje	13,33	4,64	12,00	8,00	29,00
Negativna vjerovanja	10,94	2,89	10,00	6,00	21,00
Kognitivno samopouzdanje	17,60	4,44	17,00	8,00	30,00
Zabrinutost	13,11	4,05	13,00	6,00	24,00

#### 4.1. Povezanosot metakognicija, anksioznosti i depresivnosti

Kako bismo ispitali povezanost između metakognicija, anksioznosti i depresivnosti, izračunali smo Spearmanov koeficijent korelacije. Rezultati su prikazani u Tabeli 4.5.

Tabela 4.5. Vrijednosti Spearmanovog koeficijenta korelacije između anksioznosti, depresivnosti i metakognicija

	Anksioznost	Depresivnost	Metakognicija
Anksioznost		,677**	,525**
Depresivnost			,470**
Metakognicija			

Napomena: N=177; \*\*p<,01.

Rezultati su pokazali da su ove tri varijable međusobno pozitivno povezane. Dakle, statistički značajna pozitivna povezanost postoji između metakognicija i anksioznosti ( $\rho=525$ ,  $p=0,00$ ), između metakognicija i depresivnosti ( $\rho=470$ ;  $p=0,00$ ), te depresivnosti i anksioznosti ( $\rho =677$ ;  $P=0,00$ ).

Budući da se Upitnik metakognicija sastoji od šest subskala, provjerali smo povezanost rezultata na pojedinačnim skalama sa rezultatima na skalama anksioznosti i depresivnosti. Rezultati su pokazali da distribucije rezultata na svih šest subskala Upitnika metakognicije značajno odstupaju od normalne, te smo korelaciju između varijabli mjerenih ovim subskalama s jedne strane, te anksioznosti i depresivnosti s druge strane, testirali Spearmanovim koeficijentom korelacije. Rezultati su prikazani u Tabeli 4.6.

Tabela 4.6. Vrijednosti Spearmanovog koeficijenta korelacije između anksioznosti, depresivnosti i pojedinih komponenti metakognicija

	Anksioznost	Depresivnost
Nekontroliranost i opasnost	,600**	,516**
Pozitivna vjerovanja	,310**	,249**
(Ne)pouzdanje u svoje mišljenje	,383**	,381**
Negativna vjerovanja	,335**	,359**
Kognitivno samopouzdanje	,319**	,284**
Zabrinutost	,446**	,405**

Napomena: N=117; \*\* $p<,01$ ;

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 4.6. možemo zaključiti da postoji značajna pozitivna povezanost između svih pojedinačnih komponenata metakognicije, anksioznosti i depresivnosti. S obzirom na te rezultate, čini se opravdanim ispitati razlike između koeficijenata korelacije, odnosno razlike u jačini povezanosti između varijabli kojima se bavimo u ovom istraživanju. Koeficijent korelacije između *negativnih metakognitivnih uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti* i anksioznosti ( $\rho=0,600$ ) veći je u odnosu na koeficijente korelacije između anksioznosti i ostalih subskala metakognicija, a najniži koeficijent povezanosti zabilježena je između anksioznosti i pozitivnih metakognitivnih uvjerenja ( $\rho=0,310$ ). O značajnosti razlike između koeficijenata korelacije, odnosno u stepenu povezanosti dvije varijable nije opravdano zaključivati na osnovu vrijednosti samog koeficijenta, te smo u tu svrhu izračunali Fišerov z,

odnosno uradili Fišerovu  $r$  u  $z$  transformaciju, koja se prevashodno koristi za testiranje značajnosti razlike između  $r$  (Pearsonvih) koeficijentna korelacije, ali je opravdano računati i za Spearmanov  $\rho$  koeficijent (Myers i Sirois, 2014). Rezultati su prikazani u Tabeli 4.7.

Tabela 4.7. Rezultati Fišerove  $z$  transformacije za testiranje značajnosti razlike između koeficijentna korelacije (povezanost između anksioznosti i pojedinih komponenata metakognicije)

	Anksioznost	1	2	3	4	5	6
Anksioznost		$\rho=0,600$	$\rho=0,310$	$\rho=0,383$	$\rho=0,335$	$\rho=0,319$	$\rho=0,446$
1	$\rho=0,600$		$\rho=0,555$ $z=3,869$ <b><math>p=0,002</math></b>	$\rho=0,546$ $z=2,934$ <b><math>p=0,002</math></b>	$\rho=0,622$ $z=3,602$ <b><math>p=0,000</math></b>	$\rho=0,496$ $z=3,547$ <b><math>p=0,000</math></b>	$\rho=0,751$ $z=2,819$ <b><math>p=0,002</math></b>
2	$\rho=0,310$			$\rho=0,381$ $z=-0,764$ $p=0,223$	$\rho=0,531$ $z=-0,295$ $p=0,384$	$\rho=0,423$ $z=-0,096$ $p=0,462$	$\rho=0,466$ $z=-1,557$ $p=0,060$
3	$\rho=0,383$				$\rho=0,335$ $z=0,538$ $p=0,295$	$\rho=0,237$ $z=0,622$ $p=0,267$	$\rho=0,465$ $z=-0,736$ $p=0,231$
4	$\rho=0,335$					$\rho=0,376$ $z=0,165$ $p=0,434$	$\rho=0,599$ $z=-1,467$ $p=0,071$
5	$\rho=0,319$						$\rho=0,550$ $z=-1,582$ $p=0,057$
6	$\rho=0,446$						

Napomena: Nekomoliranost i opasnost - 1; Pozitivna vjerovanja - 2; (Ne)pouzdanje u svoje mišljenje - 3; Negativna vjerovanja - 4; Kognitivno samopouzdanje - 5; Zabrinutost - 6.

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 4.7., možemo zaključiti da se koeficijent korelacije između komponente *nekontroliranost i opasnost* i anksioznosti značajno razlikuje od koeficijentna korelacije između anksioznosti i drugih komponenata metakognicija, dok međusobne razlike koeficijentna korelacije između ostalih komponenata i anksioznosti nisu statistički značajne. To znači da je pozitivna povezanost između negativnih vjerovanja o

nekontrolabilnost i opasnosti i anksioznosti značajno izraženija nego povezanost anksioznosti i drugih komponenti metakognicija.

Slični su rezultati kad su u pitanju razlike u jačini povezanosti između pojedinih komponenata metakognicije i depresivnosti. Rezultati su prikazani u Tabeli 4.8.

Tabela 4.8. Rezultati Fišerove z transformacije za testiranje značajnosti razlike između koeficijenata korelacije (povezanost između depresivnosti i pojedinih komponenata metakognicije)

	Depresivnost	1	2	3	4	5	6
Depresivnost		$\rho=,516$	$\rho=,249$	$\rho=,381$	$\rho=,359$	$\rho=,284$	$\rho=,405$
1	$\rho=,516$		$\rho=0,555$ $z=3,375$ <b><math>p=0,000</math></b>	$\rho=0,546$ $z=1,750$ <b><math>p=0,040</math></b>	$\rho=0,622$ $z=2,205$ <b><math>p=0,014</math></b>	$\rho=0,496$ $z=2,786$ <b><math>p=0,003</math></b>	$\rho=0,751$ $z=1,930$ <b><math>p=0,027</math></b>
2	$\rho=,249$			$\rho=0,381$ $z=-1,361$ $p=0,087$	$\rho=0,531$ $z=-1,290$ $p=0,098$	$\rho=0,423$ $z=-0,365$ $p=0,358$	$\rho=0,466$ $z=-1,739$ <b><math>p=0,041</math></b>
3	$\rho=,381$				$\rho=0,335$ $z=0,225$ $p=0,411$	$\rho=0,237$ $z=0,912$ $p=0,181$	$\rho=0,465$ $z=-0,276$ $p=0,391$
4	$\rho=,359$					$\rho=0,376$ $z=-0,168$ $p=0,433$	$\rho=0,599$ $z=-0,604$ $p=0,273$
5	$\rho=,284$						$\rho=0,550$ $z=-1,476$ $p=0,070$
6	$\rho=,405$						

Napomena: Nekompatibilnost i opasnost - 1; Pozitivna vjerovanja - 2; (Ne)pouzdanje u svoje mišljenje - 3; Negativna vjerovanja - 4; Kognitivno samopouzdanje - 5; Zabrinutost - 6.

Rezultati prikazani u Tabeli 4.8. govore da je povezanost komponente *nekontrolabilnost i opasnost* i depresivnosti statistički signifikantno veća u odnosu na povezanost depresije i drugih komponenti metakognicija. Između koeficijenata korelacije koji odražavaju povezanost depresivnosti i ostalih komponenti metakognicije nisu zabilježene statistički značajne razlike, osim razlike između komponente *zabrinutost* i komponente *pozitivna vjerovanja*. Naime,



značajno je jače sa depresivnošću povezana komponenta *zabrinutost*, u odnosu na *metakognitivna pozitivna uvjerenja*.

#### 4.1.1. Povezanost anksioznosti, depresivnosti i metakognicija s obzirom na spol

Tabela 4.9. Vrijednosti Spearmanovog koeficijenta korelacije između anksioznosti, depresivnosti i metakognicija s obzirom na spol

	Anksioznost		Depresivnost	
	M	Ž	M	Ž
Metakognicija	,376**	,592**	,488**	,457**

Napomena:  $N_m=59$ ;  $N_z=118$ ; \*\* $p<,01$ .

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 4.9., zaključujemo da postoji statistički značajna pozitivna povezanost metakognitivne aktivnosti sa anksioznošću i depresivnošću na poduzorcima muškaraca i žena, jednako kao i na ukupnom uzorku. Dakle, što je izraženija ukupna metakognitivna aktivnost, izraženiji su i simptomi anksioznosti i depresivnosti, kako u skupini ispitanika, tako i u skupini ispitanica.

Kako bismo detaljnije ispitali navedene korelacije, izračunali smo Spearmanov koeficijent korelacije između pojedinih komponenata metakognicija, anksioznosti i depresivnosti, posebno za muškarce i žene. U Tabeli 4.10. prikazani su rezultati.

Tabela 4.10. Vrijednosti Spearmanovog koeficijenta korelacije između anksioznosti, depresivnosti i pojedinih komponenti metakognicija s obzirom na spol

	Anksioznost		Depresivnost	
	M	Ž	M	Ž
Nekontroliranost i opasnost	,493**	,631**	,583**	,523**
Pozitivna vjerovanja	<b>,060</b>	,438**	<b>,228</b>	,305**
(Ne)pouzdanje u svoje mišljenje	,389**	,391**	,446**	,361**
Negativna vjerovanja	<b>,197</b>	,422**	,257*	,413**
Kognitivno samopouzdanje	,306*	,315**	,273*	,256**
Zabrinutost	,396**	,420**	,337**	,378**

Napomena:  $N_m=59$ ;  $N_z=118$ ; \*\* $p<,01$ ; \* $p<,05$

Na ukupnom uzorku smo potvrdili da su pozitivne korelacije između rezultata na pojedinim subskalama Upitnika metakognicije i anksioznosti i depresivnosti statistički značajne. Međutim, kada analiziramo povezanost pojedinih aspekata metakognicija, anksioznosti i depresivnosti, posebno za muškarce i žene, rezultati su nešto drugačiji. Naime, dok su pozitivne korelacije između ovih varijabli kad su u pitanju žene statistički značajne, jednako kao i korelacije na ukupnom uzorku, u grupi ispitanika muškog spola korelacije između pojedinih komponenti metakognicije i anksioznosti i depresivnosti nisu statistički značajne. Između komponenti “negativna vjerovanja povezana sa predrasudama, kažnjavanjem i ogovrnošću” i “pozitivna vjerovanja” i anksioznosti nije utvrđena statistički značajna korelacija u grupi ispitanika muškog spola, dok su korelacije preostale četiri komponente i anksioznosti statistički značajne. Također, u ovoj grupi nije potvrđena statistički značajna povezanost između *pozitivnih vjerovanja* i depresivnosti, a preostalih pet komponenti metakognicije značajno su povezani sa izraženošću simptoma depresivnosti.

#### 4.2. Razlike između muškaraca i žena u metakognicijama, anksioznosti i depresivnosti

Tabela 4.11. Deskriptivni parametri za varijable metakognicija, anksioznost i depresivnost s obzirom na spol

		M	SD	C	min ostvareni/teorijski	max ostvareni/teorijski
Anksioznost	m	2,97	3,50	2,00	00/00	15/21
	ž	5,39	5,53	3,00	00/00	21/21
Depresivnost	m	3,66	3,50	3,00	00/00	14/21
	ž	5,82	5,21	4,00	00/00	21/21
Metakognicija	m	117,10	26,89	113,00	76/65	187/260
	ž	123,48	30,89	119,50	68/65	223/260

Žene su, kao što vidimo iz rezultata prikazanih u Tabeli 4.11., postigle više prosječne rezultate u odnosu na muškarce na sve tri varijable (depresivnost, anksioznost i metakognicija). Za testiranje

značajnosti tih razlika koristili smo Man Whitney neparametrisjksi test. Rezultati su prikazani u Tabeli 4.12.

Tabela 4.12. Rezultati Man-Whitney testa, za testiranje značajnosti razlike između muškaraca i žena u anksioznosti, depresivnosti i metakognitivnoj aktivnosti

	Spol	N	Srednji rang	Suma rangova	M-W U	z	p
Anksioznost	m	59	73,92	4361,50	2591,50	-2,791	0,005
	ž	118	96,54	11391,50			
Depresivnost	m	59	74,69	4406,50	2636,50	-2,64	0,008
	ž	118	96,16	11346,50			
Metakognicija	m	59	82,32	4857,00	3087,00	-1,226	0,220
	ž	118	92,34	10896,00			

Rezultati pokazuju da je razlika u izraženosti simptoma depresivnosti i anksioznosti između muškaraca i žena statistički značajna. Na osnovu vrijednosti srednjih rangova (na skali depresivnosti srednji rang za muškarce iznosi 74,69, a za žene 96,16, dok je na skali anksioznosti srednji rang za muškarce je 73,92, a za žene 96,54) i mjera centralne tendencije prikazanih u Tabeli 4.11 (centralna vrijednost rezultata koje su ostvarile žene na skali depresivnosti iznosi 4, a centralna vrijednost u grupi ispitanika muškog spola je 3, dok je na skali anksioznosti, centralna vrijednost rezultata koje postižu žene 3, a rezultata koji postižu muškarci 2), zaključujemo o smijeru razlike. Naime, rezultati pokazuju da žene postižu statistički značajno veće rezultate na skali anksioznosti, kao i na skali depresivnosti, u odnosu na muškarce.

Rezultati prikazani u Tabeli 4.11. dalje pokazuju da razlika između muškaraca i žena u izraženosti metakognitivne aktivnosti, nije statistički značajna. Dakle, muškarci i žene pokazuju jednak nivo metakognitivne aktivnosti, izražene ukupnim rezultatom na Upitniku metakognicija.

Dalje nas je zanimalo da li postoje razlike između muškaraca i žena u izraženosti pojedinih komponenti metakognicija: nekontroliranost i opasnost; pozitivna vjerovanja; (ne)pouzdanje u svoje mišljenje; negativna vjerovanja povezana s predrasudama, kažnjavanjem i odgovornošću; kognitivno samopouzdanje i zabrinutost. U tabeli 4.13 prikazani su deskriptivni parametri za pojedine komponente metakognicija s obzirom na spol.

Tabela 4.13. Deskriptivni parametri za pojedine komponente metakognicija s obzirom na spol

		M	SD	C	min	max
Nekontroliranost/opasnost	m	29,32	9,11	28,00	16,00	58,00
	ž	33,29	10,4	31,00	15,00	61,00
Pozitivna vjerovanja	m	27,93	7,37	27,00	16,00	50,00
	ž	27,02	9,25	24,00	16,00	51,00
(Ne)pouzdanje u svoje mišljenje	m	12,93	3,94	12,00	8,00	24,00
	ž	13,52	4,56	12,00	8,00	29,00
Negativna vjerovanja	m	10,85	2,88	10,00	6,00	18,00
	ž	11,00	2,91	10,50	7,00	21,00
Kognitivno samopouzdanje	m	16,81	4,17	16,00	8,00	26,00
	ž	17,99	4,54	18,00	9,00	30,00
Zabrinutost	m	11,93	3,84	11,00	6,00	21,00
	ž	13,70	4,04	13,00	6,00	24,00

Rezultati prikazani u Tabeli 4.13 pokazuju da žene postižu veće prosječne rezultate na svim subskalama upitnika metakognicije osim na subskali *pozitivna vjerovanja*. Značajnost tih razlika testirali smo također Mann-Whitney testom, a rezultati su prikazani u Tabeli 4.14.

Tabela 4.14. Rezultati Man-Whitney testa, za testiranje značajnosti razlike između muškaraca i žena u pojedinim komponentama metakognitivne aktivnosti

	Spol	N	Srednji rang	Suma rangova	M-W U	Z	P
Nekontroliranost i opasnost	m	59	75,08	4430,00	2660,00	-2,556	0,011
	ž	118	95,96	11323,00			
Pozitivna vjerovanja	m	59	96,94	5719,50	3012,50	-1,46	0,144
	ž	118	85,03	10034,00			
(Ne)pouzdanje u svoje mišljenje	m	59	86,64	5111,50	3341,50	-0,436	0,663
	ž	118	90,18	10642,00			
Negativna vjerovanja	m	59	87,88	5185,00	3341,50	-0,207	0,836
	ž	118	89,56	10568,00			
Kognitivno Samopouzdanje	m	59	80,74	4763,50	2993,50	-1,522	0,128
	ž	118	93,13	10990,00			
Zabrinutost	m	59	73,70	4348,50	2578,50	-2,817	0,005
	ž	118	96,65	11405,00			

Rezultati pokazuju da, iako nema razlika između muškaraca i žena u nivou ukupne metakognitivne aktivnosti, na pojedinim komponentama metakognicija te razlike su statistički značajne. Naime, žene postižu značajno veše rezultate na subskalama *nekontroliranost i opasnosti* i *zabrinutost* u odnosu na muškarce. Na ostalim subskalama, osim na subskali *pozitivna vjerovanja*, žene postižu nešto više rezultate, ali te razlike nisu statistički značajne. Iako ni jedina zabilježena razlika u koristi muškaraca nije značajna, uz ujednačene rezultate na ostalim subskalama, doprinijela da značajne razlike koje smo potvrdili na dvije subskale, na ukupnim rezulttima budu zamaskirane.

## 5. DISKUSIJA

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi povezanost metakognicija, depresivnosti i anksioznosti, te utvrditi razlike između muškaraca i žena u tim varijablama. Prepostavili smo da postoji pozitivna povezanost između metakognicija i anksioznosti, te metakognicija i depresivnosti. Dobiveni rezultati su potvrdili te hipoteze. Naime, postoji značajna pozitivna korelacija između metakognitivne aktivnosti i depresivnosti, kao i između metakognitivne aktivnosti i anksioznosti. Također postoji značajna pozitivna povezanost između pojedinih komponenata metakognicija (nekontroliranost i opasnost, pozitivna vjerovanja, (ne)pouzdanje u svoje mišljenje, negativna vjerovanja, kognitivno samopouzdanje, zabrinutost) i izraženosti simptoma anksioznosti i depresivnosti. Ovi rezultati su u skladu sa metakognitivnim modelom psihičkih poremećaja – modelom samoregulirajućih izvršnih funkcija (S-REF model). Metakognitivna teorija pretpostavlja da su psihološki poremećaji povezani sa aktiviranjem specifičnog toksičnog stila mišljenja nazvanog *sindrom kognitivne pažnje* (CAS), koji se sastoji od ponavljajućeg načina razmišljanja, koji se odvija u obliku briga i rimiranja, fokusiranja pažnje na prijetnju i nefunkcionalnih strategija suočavanja. Ovakav stil mišljenja doprinosi razvoju i održavanju negativnih misli i emocija (Adrian Wells i Matthews, 1996).

Metakognitivni model generaliziranog anksioznosnog poremećaja (Wells, 1995) pretpostavlja da pozitivna i negativna metakognitivna uvjerenja o brizi doprinose održavanju ciklus brige. Utvrđeno je da pacijenti s generaliziranim anksioznim poremećajem izražavaju snažnija negativna metakognitivna uvjerenja o brizi nego ispitanici iz nekliničkog uzorka (Cartwright - Hatton i Wells, 1997). Slično, Wells i Carter, (2001) u studiji koja je za cilji imala testirati razlike u metakognicijama koje su pretpostavljene u Wellsovom modelu generaliziranog anksioznosnog poremećaja, potvrdili su da pacijenti sa generaliziranim anksioznim poremećajem postižu veće rezultate na subskali negativnih vjerovanja o nekontrolabilnosti i opasnosti od pacijenata sa paničnim poremećajem, pacijenata sa socijalnom fobijom i ispitanika iz nekliničkog uzorka. S druge strane, utvrđeno je da između ovih grupa nema razlike u izraženosti pozitivnih metakognitivnih uvjerenja.

U studiji koju su proveli Freeston i suradnici (Freeston, Rhe´aume, Letarte, Dugas i Ladouceur, 1994) otkriveno je da se razina brige povećavala kako su pojedinci iskazivali veće stope

pozitivnih uvjerenja o svojim brigama. Dva su dominantna takva uvjerenja: uvjerenje da zabrinutost može spriječiti pojavu negativnih ishoda i uvjerenje da je briga pozitivna aktivnost usmjerena ka pronalaženju rješenja. Štoviše, istraživanja su pokazala da su pozitivna uvjerenja o zabrinutosti posebno povezana s pretjeranom zabrinutošću (Francis i Dugas, 1999.), te da su stope pozitivnih uvjerenja o zabrinutosti značajno smanjene kako se razine zabrinutosti smanjuju tijekom terapije (Laberge, Dugas, i Ladouceur, 2000).

Ruscio i Borkovec (2004) otkrili su da su negativna uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti brige diskriminirala pacijente sa dijagnosticiranim generaliziranim anksioznim poremećajem iz nekliničkog uzorka osoba sa visokim nivoom zabrinutosti, za koje je pak utvrđeno da imaju više negativnih uvjerenja o zabrinutosti od nekliničkog neselektovanog uzorka. Dok pozitivna metakognitivna uvjerenja o brizi mogu biti univerzalna, a opća svijest o brigama može varirati u ovisnosti o ozbiljnosti brige, čini se da su negativna uvjerenja o brigama, odnosno uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti briga, distinktivna za generalizirani anksiozni poremećaj (Ruscio i Borkovec, 2004). Roelofs i sur. (2010), također potvrđuju da metakognicije koje se tiču nekontroliranosti i štete imaju veću važnost za simptome anksioznosti nego za depresiju.

Istraživanja povezanosti ruminacije i anksioznosti relativno su rijetka, budući da se na ruminacije gleda prvenstveno u kontekstu razvoja i održavanja simptoma depresije. Ipak, postoje empirijski dokazi za pozitivnu povezanost između sklonosti ruminiranju i simptoma anksioznosti (Mamić i Nekić, 2019; Nolen-Hoeksema, 2000).

U studiji čiji je cilj bio ispitati metakognitivne faktore i životni stres kao potencijalne prediktore simptoma anksioznosti i depresije, potvrđeni su pozitivni odnosi između metakognitivnih faktora i mjera anksioznosti i depresije, te da su negativna uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti od brige prediktivna za anksioznost i depresiju, neovisno o stresnim životnim događajima i demografskim faktorima (Yilmaz i sur., 2011). Negativna uvjerenja usmjerena na nekontrolabilnost i opasnost su također dosljedno povezana sa zabrinutošću i opsesivnošću. Ovakvi rezultati potvrđuju da je negativan stav prema vlastitim mislima posebno štetan za psihičku ravnotežu pojedinca (Sica i sur., 2007).

Ispitivanje metakognitivnih uvjerenja i negativnih automatskih misli, kao prediktora razvoja anksioznosti i depresije (Hjemdal i sur. 2013), potvrdilo je da su metakognitivna uvjerenja prediktor simptoma anksioznosti, dok su negativne automatske misli u najvišoj korelaciji sa

simptomima anksioznosti u transferzalnim analizama. Ovaj rezultat je zanimljiv jer, kako smatraju autori, ukazuje na to da se negativne automatske misli i simptomi anksioznosti javljaju istovremeno, dok metakognitivni faktori predviđaju promjene nivoa simptoma anksioznosti. Značajna novija studija u kojoj su ispitivane brige i metakognitivni faktori, te njihova povezanost sa simptomima anksioznosti (Ryum et al., 2017), pokazala je da metakognitivna uvjerenja predviđaju razvoj anksioznosti tokom vremena, čak i kada se kontrolira zabrinutost. Dok su se ukupni nivoi metakognitivnih uvjerenja pojavili kao prediktor, dalje analize su otkrile da su negativna uvjerenja o brizi posebno povezana s razvojem anksioznosti.

Istraživanja su, dakle, potvrdila da je najizraženija povezanost negativnih metakognitivnih uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti briga i anksioznosti, a rezultati našeg istraživanja su u skladu sa tim nalazima. Naime, iako smo potvrdili da su pozitivne korelacije između svih pojedinačnih komponenti metakognicije, s jedne strane i anksioznosti s druge strane, statistički značajne, odnosno da su simptomi anksioznosti izraženiji što je veća metakognitivna aktivnost, dodatne analize koeficijenata korelacije pokazale su da je povezanost negativnih uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti briga i anksioznosti, značajno izraženija u odnosu na povezanost anksioznosti i ostalih komponenti metakognicija.

Rezultati ovog istraživanja potvrdili su značajnu pozitivnu povezanost metakognicija i pojedinih metakognitivnih komponenta sa depresivnošću. Dobiveni rezultati, također su u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja i sa metakognitivnim modelom depresije. Ruminacije se smatraju centralnim obilježje sindroma kognitivne pažnje u metakognitivnom modelu depresije (Wells, 2009). U istraživanju povezanost stilova odgovora na stres i depresije (Just i Alloy, 1997), potvrđeno je da je ruminativni stil povezan sa pojavom depresivne epizode, dok takva povezanost distraktivnog stila i depresije nije pronađena. Rezultati istraživanja povezanosti ruminacija, depresije i konzumiranja alkohola pokazali su da osobe koje imaju veću tendenciju ka ruminiranju imaju više simptoma depresije, a također izvještavaju o češćem korištenju alkohola kao strategije suočavanja sa stresom (Nolen-Hoeksema i Harrell, 2007).

Ruminiranje usredotočeno na sebe je povezano s više negativnog razmišljanja među disforičnim osobama nego distrakcija, odnosno usmjeravanje pažnje prema vanjskom podražajima. Disforični studenti, koji su bili potaknuti na razmišljanje o svojim trenutnim osjećajima i osobnim karakteristikama, odnosno kojima je inducirano ruminiranje, kasnije su dali više disforičnih, pristranih tumačenja događaja i ponudili više pesimističnih atribucija događaja nego



disforični studenti koji su bili potaknuti da nakratko odvrte pažnju od vlastitog raspoloženja. S druge strane, disforični studenti potaknuti na distrakciji nisu bili ništa negativniji, pristraniji ili pesimističniji u razmišljanju od studenata bez disforije. Jedan od razloga zašto ljudi koji su uključeni u ruminiranje usmjereno na sebe kada su disforični ostaju disforični dulje od onih koji to nisu, jest veća vjerojatnost da će se baviti negativnim, depresogenim razmišljanjem od ljudi koji izbjegavaju ruminiranje u disforičnom raspoloženju (Lyubomirsky i Nolen-Hoeksema, 1995).

Najčešće prijavljene percipirane dobrobiti, odnosno pozitivna metakognitivna uvjerenja o ruminacijama odnose se na povećano razumijevanje i uspješnost rješavanja problema (Watkins i Baracaia, 2001). Međutim, u svojoj studiji Lyubomirsky i Nolen-Hoeksema (1995) dokazale su upravo suprotno. Iako se ljudi često fokusiraju na sebe i uključuju u ruminiranje kako bi pokušali razumjeti i riješiti svoje probleme, čini se da ruminiranje usmjereno na sebe zapravo ometa uspješno rješavanje problema. Disforični studenti koji su bili potaknuti na ruminiranje generirali su najmanje učinkovitih rješenja za uobičajene međuljudske probleme u odnosu na ostale skupine (disforične studente koji su bili potaknuti na distrakciju, te dvije grupe nedisforičnih studenata – onih koji su poticani na ruminaciju i onih koji su poticani na distrakciju). Disforični studenti koji su proveli nekoliko minuta podižući raspoloženje putem distrakcije prije rješavanja problema, generirali su rješenja koja su ocijenjena jednako učinkovitima kao i ona koja su ponudili nedisforični studentu.

Papageorgiou i Wells (2001) su pretpostavili da je perseverativno negativno razmišljanje povezano s metakognitivnim vjerovanjima o korisnosti takvog razmišljanja. U preliminarnoj studiji autori su koristili polustrukturirani intervju kako bi istražili prisustvo i sadržaj metakognitivnih vjerovanja o ruminaciji kod osoba oboljelih od depresivnog poremećaja. Rezultati su pokazali da su svi oboljeli imali pozitivna i negativna metakognitivna vjerovanja o ruminaciji. U našem istraživanju također smo potvrdili da su i pozitivna i negativna metakognitivna uvjerenja koja se odnose na nekontrolabilnost i opasnost, pozitivno povezana sa izraženošću simptoma depresije.

Pozitivna metakognitivna uvjerenja o ruminaciji mogu biti važan faktor u održavanju samih ruminacija (Watkins i Baracaia, 2001). Naime, visok nivo ruminiranja pozitivno je povezan sa

visokom nivoom izražavanja opravdanih razloga za ruminiranje, odnosno pozitivnih metakognitivnih uvjerenja o ruminiranju.

Empirijski dokazi pokazali su da su pozitivna metakognitivna uvjerenja o ruminaciji značajno pozitivno povezana s ruminacijom i depresijom u nekliničkim uzorcima i u uzorku ispitanika sa kliničkom depresijom. Otkriveno je, također, da su oba podtipa negativnih metakognitivnih uvjerenja o ruminaciji (tj. uvjerenja koja se tiču nekontroliranosti i štete te uvjerenja koja se odnose na interpersonalne i društvene posljedice ruminacije) u značajnoj pozitivnoj korelaciji s ruminacijom i depresijom u nekliničkim uzorcima, kao i u uzorcima klinički depresivnih pojedinaca (Costas Papageorgiou i Wells, 2003). Također je potvrđeno da i pozitivna i negativna metakognitivna uvjerenja o ruminaciji značajno razlikuju pacijente s rekurentnom velikom depresijom od pacijenata s paničnim poremećajem i agorafobijom, te pacijenata sa socijalnom fobijom (Papageorgiou i Wells, 2001).

Prema metakognitivnom modelu ruminacije i depresije Papageorgiou i Wells (2003), pozitivna uvjerenja o koristima i prednostima ruminacije vjerojatno će motivirati pojedince da se uključe u kontinuirano ruminiranje. Nakon što se aktivira ruminacija, pojedinci procjenjuju da je taj proces nekontrolabilan i štetan, te da će vjerojatno proizvesti štetne međuljudske i društvene posljedice. Aktivacija negativnih uvjerenja i procjena o ruminaciji tada doprinosi iskustvu depresije. U istraživanju Reolfsa i suradnika (2010) potvrđen je opisani model. Naime, rezultati su pokazali da negativna metakognitivna uvjerenja koja se tiču, kako interpersonalnih i društvenih posljedica ruminiranja tako i nekontroliranosti i štete, imaju dvosmjernu vezu s ruminiranjem. Ovo sugerira da bi pojedinci mogli početi ruminirati kao odgovor na razmišljanje o društvenim posljedicama i nekontrolabilnosti ruminacija, što je nazvano metaruminiranjem (Papageorgiou i Wells 2003). Dakle, čini se da metakognitivna uvjerenja izravno i neizravno (putem metaruminacije) pridonose depresivnoj simptomatologiji.

Prema tome, brojni začarani krugovi ruminacije, depresije i specifičnih metakognitivnih uvjerenja mogu biti odgovorni za održavanje simptoma depresije. Navedeni nalazi imaju važne kliničke implikacije u kreiranju metakognitivnih psihoterapijskih strategija. Metakognitivna terapija za depresiju pokušava dovesti ruminaciju pod izvršnu kontrolu, modificirati neprilagođena metakognitivna uvjerenja i pružiti veću fleksibilnost u načinima obrade negativnih misli i afekta (Wells, 2009; Wells i Papageorgiou, 2004).

Na ukupnom uzorku smo potvrdili da su pozitivne korelacije između rezultata na pojedinim subskalama Upitnika metakognicije i anksioznosti i depresivnosti statistički značajne. Međutim, kada analiziramo povezanost pojedinih aspekata metakognicija, anksioznosti i depresivnosti, posebno za muškarce i žene, rezultati su nešto drugačiji. Naime, dok su pozitivne korelacije između ovih varijabli kad su u pitanju žene, statistički značajne, jednako kao i korelacije na ukupnom uzorku, u grupi ispitanika muškog spola korelacije između pojedinih komponenti metakognicije i anksioznosti i depresivnosti nisu statistički značajne. Između komponenti *negativna vjerovanja povezana sa predrasudama, kažnjavanjem i odgovornošću* i *pozitivna vjerovanja* i anksioznosti nije utvrđena statistički značajna korelacija u grupi ispitanika muškog spola. Također, ne postoji statistički značajna povezanost između *pozitivnih vjerovanja* i depresivnosti. Dakle, kad su u pitanju razlike između muškaraca i žena u povezanosti pojedinih komponenata metakognicija sa anksioznošću, možemo rezimirati da je povezanost u obje skupine potvrđena kod četiri komponente: nekontroliranost i opasnost, (ne)pouzdanje u svoje mišljenje, kognitivno samopouzdanje i zabrinutost. Prema tome, ove četiri navedene komponente su statistički značajno povezane sa varijablom anksioznosti kako u skupini žena, tako i u skupini muškaraca. Kod preostale dvije komponente (*pozitivna vjerovanja* i *negativna vjerovanja* vezana za predrasudama, kažnjavanjem i odgovornošću), zabilježili smo razliku između muškaraca i žena u tom smislu što su navedene dvije komponente statistički značajno povezane u skupini žena, ali ne i muškaraca. Kada se radi o povezanosti aspekata metakognicije sa depresivnošću, na poduzorku muškaraca nije potvrđena značajna povezanost komponente *pozitivna vjerovanja* i depresivnosti, dok je na poduzorku žena ta korelacija pozitivna i statistički značajna. Preostalih pet komponenti su značajno povezane sa depresivnošću u obje spolne grupe. Slično našim rezultatima i u istraživanju koje je imalo za cilj ispitati povezanost pojedinih komponenti metakognicija i nekih psihopatoloških konstrukata (anksioznosti, depresivnosti, patološke zabrinutosti i simptoma opsesivno kompulsivnog poremećaja) s obzirom na spol, potvrđeno je da postoje razlike između muškaraca i žena u korelacijama između ovih varijabli (Lenzo i sur., 2016), ali su rezultati u velikoj mjeri oprečni. U spomenutom istraživanju, rezultati su pokazali da su *negativna uvjerenja o zabrinutosti zbog nekontroliranosti i opasnosti* umjereno povezana sa anksioznošću u skupini muškaraca, ali ne i žena. Također je potvrđeno da je faktor *kognitivno povjerenje* imao je snažnu vezu s depresijom kod muškaraca, ali ne i kod žena.

Nadalje, potvrđeno je da je faktor *kognitivno povjerenje* imao je snažnu vezu s depresijom kod muškaraca, ali ne i kod žena. Varijabla spol, dakle, predstavlja značajan faktor kad je u pitanju uloga osobnog povjerenja u pažnju i pamćenje, te stepen u kojem osoba misli da je ustrajno razmišljanje korisno, u razvoju patološke brige i depresije. Faktor *potreba za kontrolom misli* imao je snažnu vezu s depresijom za žensku skupinu, ali ne i za mušku. U našem istraživanju komponenta *zabrinutost* sadrži čestice koje se odnose na kontrolu misli („*Kad ne bih mogao/la kontrolirati svoje misli ne bih mogao/la funkcionirati.*“ „*Kad ne bih mogao/la kontrolirati svoje misli, ja bih poludio/poludjela.*“), te je u tom smislu komparabilna sa faktorom *kontrola misli*, kako je definisana u spomenutom istraživanju. Mi smo potvrdili statistički značajnu povezanost te komponente i depresije, u obje spolne skupine.

Kad je riječ o povezanost metakognicija i negativnih afekata s obzirom na spol, istraživanja su oskudna, a rezultati su oprečni, kao što su, vidjet ćemo u nastavku, oprečni rezultati kad su u pitanju razlike između muškaraca i žena u izraženosti samih metakognicija.

Predmet budućih istraživanja bi trebale biti upravo spolne razlike u metakognitivnoj aktivnosti, priroda tih razlika, faktori koji mogu biti posrednici u odnosu između spola i metakognicija, te eventuale specifičnosti u načinima na koje metakognicije učestvuju u nastanku i održavanju psihičkih poremećaja kod muškaraca i žena.

Suprotno našim pretpostavkama nije pronađena statistički značajna razlika u metakognitivnoj aktivnosti između muškaraca i žena. Dodatnim analizama ispitali smo razlike u funkciji spola u rezultatima na pojedinačnim skalama Upitnika metakognicije. Rezultati pokazuju da žene postižu značajno veće rezultate na subskalama *nekontrolabilnost i opasnosti* i *zabrinutost* u odnosu na muškarce. Na ostalim subskalama (pouzdanju u svoje mišljenje, negativna vjerovanja povezana s predrasudama, kažnjavanjem i odgovorošću i kognitivno samopouzdanje) prosječni rezultati muškaraca i žena se međusobno ne razlikuju. Cartwright-Hatton i Wells (1997) utvrdili su, također da se u prosječnom ukupnom rezultatu, te na subskalama *pozitivna vjerovanja* i *kognitivno samopouzdanje* muškarci i žene ne razlikuju. Međutim, suprotno našim rezultatima, muškarci su postigli statistički značajno više rezultate u odnosu na žene na subskalama negativna vjerovanja i kognitivna osviještenost, dok na skali nekontroliranost i opasnost nisu zabilježene razlike u funkciji spola. U našem istraživanju jedina subskala na kojoj su muškarci postigli viši prosječni rezultat u odnosu na žene je subskala *pozitivnih vjerovanja*. Rezultati testova nisu potvrdili značajnost te razlike, dok je u nekim istraživanjima utvrđeno da

muškarci postižu značajno veće rezultate u odnosu na žene, upravo na toj subskali (Ramos-Cejudo i sur., 2013).

U našem istraživanju smo, dakle, potvrdili da žene postižu značajno veće rezultate na skalama *nekontroliranost i opasnost* i *zabrinutost*. Ovi rezultati su sukladni rezultatima istraživanja koja pokazuju da žene generalno imaju više zabrinjavajućih misli od muškaraca (Robichaud et al., 2003), kao i sa onima koja su potvrdila da žene imaju veću vjerojatnost od muškaraca da ruminacijama odgovore na tužna, depresivna ili tjeskobna raspoloženja (Nolen-Hoeksema i Jackson, 2001; Nolen-Hoeksema, Larson i Grayson, 1999).

U kontekstu rasvjetljavanja razlike između muškaraca i žena u metakognitivnoj aktivnosti, korisno je spomenuti konstrukt anksiozne osjetljivosti, koji je po svojoj prirodi velikim dijelom metakognitivni fenomen. Anksiozna osjetljivost odnosi se na individualne razlike u osjetljivosti na osjećanja tjeskobe, a indikatori anksiozne osjetljivosti su uvjerenja o osobnim posljedicama doživljavanja anksioznosti. Ljudi s visokom osjetljivošću na anksioznost vjeruju da anksioznost dovodi do srčanog udara, uzrokuje mentalnu bolest ili uzrokuje dodatnu anksioznost. Ljudi s niskom osjetljivošću na anksioznost vjeruju da je anksioznost bezopasna emocija (Reiss, 1991). Prema Reissovoj teoriji očekivanja, motivacija pojedinca da izbjegne objekt kojeg se plaši, funkcija je dviju varijabli - očekivanje i osjetljivost. Očekivanje se odnosi na ono što osoba misli da će se dogoditi kada naiđe na predmet/situaciju koji izaziva strah (npr., "*Očekujem da će se avion srušiti*", "*Očekujem da ću doživjeti napad panike tijekom leta*", "*Očekujem da će drugi ljudi primijetiti moj strah letenja*"). Osjetljivost se odnosi na razloge koje osoba ima za strah od očekivanog događaja (npr. "*Ne mogu podnijeti pomisao da sam hendikepiran*", "*Napadi panike uzrokuju srčani udar*"). Očekivanja (što osoba misli da će se dogoditi) i osjetljivost (zašto se neko boji očekivanog događaja) teoretski predstavljaju ključ za razumijevanje ljudskih strahova. Brojna istraživanja su pokazala da se anksiozna osjetljivost sastoji od više dimenzija, strukturiranih na hijerarhijski način. Očekivanja i osjetljivost kako su definisani u Reissovoj teoriji zapravo odgovaraju brigama "tip 1" i brigama "tip 2", koje su pisane u metakognitivnoj teoriji Adriana Wellsa. Stewart i saradnici (1997) u analizi glavnih komponenti anksiozne osjetljivosti identifikuju jedan generalni faktor, faktor višeg reda i tri faktora nižeg reda: tjelesna zabrinutost, socijalna zabrinutost i psihološka zabrinutost. Faktorska analiza urađena zasebno na poduzorcima muškaraca i žena, pokazala je sličnu strukturu. Žene su, u usporedbi s

muškarcima, postigle značajno više rezultate na generalnom faktoru, kao i na faktoru vezanom tjelesnu zabrinutost. Kad su u pitanju ostala dva faktora nižeg reda, efekti spola nisu dosegli statističku značajnost, što sugerira da su žene i muškarci jednaki u smislu stupnja psiholoških i društvenih problema povezanih s anksioznošću. Ipak, dodatnim analizama utvrđeno je da žene koje se boje svojih simptoma anksioznosti prijavljuju relativno veću zabrinutost zbog očekivanih štetnih fizičkih posljedica ovih simptoma (npr. srčani udar, ozbiljna bolest), a muškarci koji se boje svojih simptoma anksioznosti prijavljuju relativno veću zabrinutost zbog očekivanih štetnih društvenih i psiholoških posljedica ovih simptoma (npr. neugodnost, ludilo). Autor spekulira da razlozi zbog kojih žene pokazuju veće razine tjelesne zabrinutosti u odnosu na muškarce, možda leže u tome što su žene iskusile više pozitivnih potkrepljenja za izražavanje somatskih tegoba nego muškarci, s obzirom na to da se kod žena javlja veća učestalost medicinski neobjašnjivih fizičkih tegoba i zabrinutosti zbog fizičke bolesti. Kad je u pitanju veća izraženosti psihološke i socijalne zabrinutosti kod muškaraca, u odnosu na tjelesnu zabrinutost, objašnjenja se uglavnom također tiču učenja socijalnih uloga. Dječaci u ranoj dobi nauče da je manje prihvatljivo za njih nego za djevojčice da izgube kontrolu ili pokažu svoju anksioznost javno. Stoga se muškarci koji se boje svojih simptoma anksioznosti mogu usredotočiti na brige o kršenju društvenih konvencija u skladu s očekivanim ulogama za njihov spol, brinući se da bi mogli izgubiti kontrolu ili da bi mogli pokazati neprikladno i posramljujuće ponašanje, kao rezultat svoje tjeskobe.

Povezanost metakognicija i negativnih afekata nedvojbeno je dokazana brojnim istraživanjima, te su detaljno opisani mehanizmi utjecaja metakognitivne aktivnosti na nastanak i održavanje brojnih psihičkih poremećaja. Metakognicije su neodvojive od anksioznosti i depresivnosti, kako u smislu nastanka i održavanja, tako i u smislu samih manifestacija, odnosno simptoma. Naime, kognitivne komponente o kojima govorimo velikim dijelom možemo smatrati samim simptomima određenih afektivnih poremećaja. Tako npr. Papageorgiou i Wells (2003) *metakognitivnu učinkovitost* (komponentu koja odgovara komponenti *kognitivno samopouzdanje*, kako je definisana u našem istraživanju), djelimično smatraju samim simptomom depresije, što podupire pretpostavke o cirkularnosti mehanizma nastanka i održavanja simptoma depresije, opisane u njihovom metakognitivnom modelu depresije. S tim u vezi, razlike između muškaraca i žena u metakognicijama, kao i u povezanosti pojedinih komponenti metakognicija sa nivoom

anksioznosti i depresivnosti, mogu se pripisati istim onim faktorima kojima se objašnjava sama razlika u izraženosti simptoma anksioznosti i depresivnosti između muškaraca i žena.

Pretpostavili smo da između muškaraca i žena postoji razlika u izraženosti simptoma depresivnosti, odnosno da žene imaju značajno izraženije simptome. Rezultati su potvrdili ove pretpostavke. U mnogim nacijama, kulturama i etničkim grupama žene imaju dvostruko veću vjerovatnost od muškaraca da razviju depresiju. To je tačno bez obzira na to je li depresija kategorisana kao dijagnosticirani mentalni poremećaj ili kao subklinička depresija. Salk, Hyde i Abramson (2017) sproveli su metaanalizu studija rodni razlika u depresiji na osnovu reprezentativnih nacionalnih uzoraka. U prosjeku za sve uzorke iz svih nacija i uzrasta potvrđeno je otprilike dvostruko više depresivnih žena nego depresivnih muškaraca.

Uzroci ovih razlika se pripisuju različitim biološkim, genetskim, psihološkim i društvenim faktorima. Kad su u pitanju biološka objašnjenja, kao faktori koji utječu na veću učestalost depresije kod žena, navode se hormonalne promjene u pubertetu, menstrualnom ciklusu, postporođajnom razdoblju i menopauzi. Potvrđeno je da hormonalne promjene mogu samo potaknuti depresiju kod žena s genetskom ili drugom biološkom osjetljivošću na poremećaj (Steiner i sur., 2003; Young i Korszun, 1999, prema Nolen-Hoeksema i Hilt, 2009). Postoje višestruki, složeni odnosi između gonadalnih hormona i neurotransmitera, uključujući i serotonin, koji reguliraju raspoloženje. U osjetljivih žena normalni hormonalni ciklus može potaknuti disregulaciju neurotransmiterskih sustava, što dovodi do povećanja simptoma depresije.

Dvije psihološke varijable koje su se posljednjih decenija, opsežno proučavale u odnosu na spolnu razliku u depresiji su međuljudska orijentacija i ruminacije. Žene imaju veću vjerojatnost od muškaraca da osjećaju snažne emocionalne veze sa širokim rasponom ljudi u svom životu, da vide svoje uloge u odnosu na druge (tj. majku, kćer, suprugu/partnericu) kao središnje u svojim konceptima sebe, da brinu o tome što drugi misle o njima i da na njih emocionalno utječu događaji u životima drugih ljudi. Međuljudska orijentacija žene dovodi do razvoja jakih mreža socijalne podrške koje ih mogu zaštititi od nedaća. Neke žene, međutim, prelaze granicu od međuljudske orijentacije do pretjerane zabrinutosti za svoje odnose s drugima, što ih dovodi do prešućivanja vlastitih želja i potreba u korist održavanja pozitivnog emocionalnog tona u odnosima i osjećaju se previše odgovornima za kvalitetu odnosa (Helgeson, 1994; Jack, 1991,

prema Nolen-Hoeksema i Hilt, 2009). To dovodi do toga da ove žene imaju manje moći i da imaju manje koristi od odnosa. Rudolph i Conley (2005) otkrili su da brige vezane za socijalnu evaluaciju u potpunosti posreduju rodnu razliku u depresiji u skupini adolescenata. Dakle, žene će vjerojatnije od muškaraca precijeniti odnose sa drugim ljudima, kao izvore vlastite vrijednosti, što su interpersonalne teorije depresije identificirale kao faktor rizika za depresiju.

Jedan od faktora kojim se objašnjava veća sklonost žena ka depresivnom raspoloženju upravo se tiče sadržaja koji često imaju svoju metakognitivnu dimenziju, odnosno ruminacija. Ranije smo govorili o povezanosti između ruminacija i depresije. Ljudi koji ruminacijama odgovaraju na svoje tužno ili depresivno raspoloženje imaju dulja razdoblja prisustva depresivnih simptoma i veću vjerojatnost da će im biti dijagnosticiran veliki depresivni poremećaj (Nolen-Hoeksema, 2000). Žene imaju veću vjerojatnost od muškaraca da ruminiranjem odgovore na tužna, depresivna ili tjeskobna raspoloženja (Nolen-Hoeksema i Jackson, 2001). Kada su istraživači statistički kontrolirali spolne razlike u ruminiranju, spolna razlika u depresiji postaje beznačajna, što ukazuje na to da sklonost ruminiranju pomaže u objašnjavanju spolne razlike u depresiji (Nolen-Hoeksema i sur., 1999).

Afektivni modeli depresije pretpostavljaju da je temperament faktor ranjivosti za depresiju (Sherman i sur., 2016). Temperament se odnosi na genetski zasnovane individualne razlike u emocionalnoj reaktivnosti i samoregulaciji, koje se pojavljuju rano u životu i relativno su stabilne tokom vremena. Longitudinalne studije pokazuju da su djeca koja imaju visoke rezultate na dimenziji temperamenta poznatoj kao negativna emocionalnost (ponekad nazvana negativna afektivnost ili "teški" temperament) kasnije izložena povećanom riziku od depresije (Lengua i sur., 1998; Sherman i sur., 2016). Mezulis i suradnici (2014) su ispitivali prediktore simptoma depresije od djetinjstva do adolescencije i otkrili da djevojčice koje su imale visoku negativnu afektivnost u djetinjstvu obično pokazuju povećanje simptoma depresije u adolescenciji, dok dječaci s visokom negativnom afektivnošću u djetinjstvu obično pokazuju početne više razine simptoma, a zatim se smanjuju simptomi depresije u adolescenciji.

Društvena objašnjenja veće stope depresije kod žena u odnosu na muškarce ističu utjecaj traumatskih iskustava, prvenstveno seksualnog zlostavljanja, druge teškoće u djetinjstvu koje više pogađaju žene, te stres uzrokovan međuljudskim odnosima, zbog veće međuljudske orijentacije žena (Nolen-Hoeksema i Hilt, 2009).



Spolne razlike u anksioznosti su veoma detaljno ispitane i dobro dokumentovane. Epidemiološke studije ukazuju da je stopa obolijevanja kod žena otprilike jedna trećina, a kod muškaraca oko 22% (McLean et al., 2011). Jedno od objašnjenja razlike između muškaraca i žena u anksioznosti tiče se društveno određenih rodni uloga. Izražavanje straha nije u skladu s muškom rodnom ulogom i zbog toga se dječaci potiču da potisnu svoje strahove i sami se nose sa stresom. Nasuprot tome, ženska rodna uloga potiče djevojke da ne prigušuju svoje strahove, nego da izraze svoje probleme, traže društvenu podršku i izbjegavaju objekte kojih se plaše (Chambless i Mason, 1986; Fodor, 1974, prema Zalta i Chambless, 2012). Utvrđeno je da žene pokazuju značajno niže nivoe instrumentalnosti i samoefikasnosti, kao i da su te dvije varijable, koje su povezane sa učenjem rodni uloga, značajni posrednici odnosa između spola i anksioznosti. Prema teoriji naučene bespomoćnosti, djevojčice razvijaju internalizirani osjećaj nemoći ili psihološki osjećaj da ne mogu kontrolirati okolinu, što ih dovodi u veći rizik od anksioznosti (Zalta i Chambless, 2012). Osim toga žene doživljavaju veću količinu svakodnevnog stresa od muškaraca zbog ograničene društvene moći i kompetitivnih društvenih uloga (Nolen-Hoeksema, 2001), a svakodnevni izvori stresa su bolji prediktori razvoja psihopatoloških simptoma od velikih životnih događaja (Monroe, 1983).

Tradicionalne rodne uloge, nadopunjene savremenim idealom superžene i pritiskom da se kombinuje više uloga u različitim okruženjima, također mogu doprinijeti većoj razini anksioznosti među ženama. U istraživanju koje je imalo za cilj ispitati povezanost tipičnih rodni uloga sa simptomima anksioznosti i depresivnosti, utvrđeno je da su žene ženstvenog i nediferenciranog tipa pokazale više nivoe depresije i kliničke anksioznosti nego žene muškog ili androgino tipa (Thornton i Leo, 1992).

Napor potreban za usklađivanje ovih različitih odgovornosti, zajedno sa društvenim posljedicama neuspjeha u ispunjavanju rodni očekivanja, vjerojatno doprinosi visokoj stopi anksioznosti kod žena. Sociokulturne norme i položaj žene u društvu, odnosno inferiornost u odnosu na muškarce, mogu doprinijeti anksioznosti kod žena. Žene na istim radnim mjestima zarađuju manje od muškaraca i obavljaju više sati neplaćenog rada kod kuće. Ako društvo obezvrijedi žene i njihov rad, žene mogu internalizirati taj osjećaj inferiornosti. Alternativno, žene mogu biti više zabrinute zbog stvarnih prijetnji finansijskoj stabilnosti, koje su posljedica nižih plaća i nedostatka mogućnosti napredovanja karijeri. Vjerojatnije je da će žene biti žrtve

rodno uvjetovanog nasilja, često od strane osoba koje su žrtvi poznate. Iako su i muškarci i žene žrtve i počinitelji seksualnog i intimnog partnerskog nasilja, stope nasilja nad ženama znatno su veće od onih nad muškaracima. Živeći u društvu koje stalno prijete nasiljem nad ženama, žene mogu biti sklonije osjećati simptome anksioznosti poput nemira, umora, oslabljene koncentracije, razdražljivosti i zabrinutosti (Rodgers i sur., 2020).

Jedno od osnovnih ograničenja ovog istraživanja odnosi se na sam uzorak ispitanika. Naime, istraživanje je rađeno na prigodnom uzorku, koji je u najvećem dijelu, sadržavao prvi krug kontakata autorice istraživanja. Za relevantnije rezultate potrebno je istraživanje uraditi na reprezentativnijem uzorku, u kojem bi različiti faktori koji mogu utjecati na rezultate bili kontrolisani. Nadalje, istraživanje je bazirano na korelacijskim analizama, na osnovu kojih nije moguće zaključivati o uzročno-posljedičnim odnosima. Podaci su prikupljeni metodom samoprocjene, te rezultati nisu u potpunosti oslobođeno od pristranosti, odnosno davanja socijalno poželjnih odgovora. Dodatni nedostatak ovog istraživanja je to što je Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa situacijski osjetljiva, a samo mjerenje odnosi se na ograničeni vremenski period (proteklih sedam dana). Brojni su potencijalni situacijski faktori, koji su mogli sistematski utjecati na rezultate, uključujući i faktore povezane sa COVID-19 pandemijom.

Rezultati ovog istraživanja su dali dodatni doprinos dosadašnjim nalazima o povezanosti metakognicija, anksioznosti i depresivnosti i dodatno potvrdili metakognitivne modele psihičkih poremećaja, koji predstavljaju osnovu za kreiranje metakognitivnih psihoterapijskih programa. Metakognitivna terapija je široko prihvaćena, a njena učinkovitost se kontinuirano empirijski potvrđuje u brojnim studijama (npr. Norman i Morina, 2018), što istraživanjima na ovu temu, uključujući i ovo istraživanje, daje značajnu praktičnu vrijednost.

## 6. ZAKLJUČCI

1. Sukladno našoj prvoj hipotezi, utvrdili smo statistički značajnu pozitivnu korelaciju anksioznosti i depresivnosti sa metakognitivnom aktivnošću, kako generalnom izraženom ukupnim rezultatom na Upitniku metakognicija, tako i sa pojedinim komponentama metakognicije, mjerenim subskalama istog upitnika (nekontroliranost i opasnost, pozitivna vjerovanja, (ne)pouzdanje u svoje mišljenje, negativna vjerovanja, kognitivno samopouzdanje, zabrinutost). Dakle, što je metakognitivna aktivnost izraženija, izraženiji su i simptomi anksioznosti i depresivnosti.

Dodatnim analizama utvrdili smo da je prva komponenta metakognicije – *nekontrolabilnost i opasnost*, značajno izraženije povezana sa simptomima anksioznosti i depresivnosti u odnosu na ostale metakognitivne komponente.

Rezultati dalje pokazuju da su korelacije između metakognicije i anksioznosti, te metakognicije i depresivnosti pozitivne i statistički značajne, bez obzira na spol. Međutim kad smo testirali korelacije pojedinih komponenti metakognicija sa anksioznošću i depresivnošću na poduzorcima ispitanica i ispitanika, dobili smo nešto drugačije rezultate. Dok su pozitivne korelacije svih pojedinih komponenata metakognicije i anksioznosti statistički značajne u skupini ispitanica, jednako kao u ukupnom uzorku, u skupini ispitanika muškog spola postoje razlike. Naime, u toj grupi nije utvrđena povezanost dvije komponente metakognicija i anksioznosti: *pozitivna vjerovanja* i *negativna vjerovanja povezana s predrasudama, kažnjavanjem i odgovornošću*. Također, u skupini ispitanika muškog spola, nije utvrđena povezanost komponente *pozitivna uvjerenja* i nivoa depresivnosti, dok su se u skupini ispitanica pozitivne korelacije svih pojedinih komponenata metakognicije i depresivnosti pokazale statistički signifikantnim.

2. Pretpostavke definisane u drugoj hipotezi najvećim dijelom smo potvrdili. Suprotno našim očekivanjima, nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u izraženosti ukupne metakognitivne aktivnosti. Međutim, kad smo analizirali razlike između muškaraca i žena u pojedinim metakognitivnim komponentama, dobili smo rezultate koji ukazuju na to da razlika u funkciji spola u metakognitivnoj aktivnosti ipak

postoji. Naime, žene su postigle statistički značajno veće rezultate, u odnosu na muškarce na subskalama *negativna uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti* i *zabrinutost*.

Na našem uzorku također smo nedvojbeno potvrdili statistički značajnu razliku između muškaraca i žena u izraženosti simptoma anksioznosti i depresivnosti. Žene su, naime, postigle značajno više rezultate na obje skale, te se još jednom potvrdilo da su žene sklonije simptomima anksioznosti i depresivnosti od muškaraca.

## 7. LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263.
- Bouman, T. K., i Meijer, K. J. (1999). A Preliminary Study of Worry and Metacognitions in Hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 96–101.
- Cartwright-Hatton, S., i Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279–296.
- Clark, D. A., i Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Compas, B. E., Ey, S., i Grant, K. E. (1993). Taxonomy, Assessment, and Diagnosis of Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 114(2), 323–344.
- Corcoran, K. M., i Segal, Z. V. (2008). Metacognition in depressive and anxiety disorders: Current directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 33–44.
- Davey, G. C., i Wells, A. (2006). *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment (Wiley Series in Clinical Psychology)*.
- Hjemdal, O., Stiles, T., i Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: A prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(2), 59–65.
- Jakupčević, K. K., i Živčić-Bećirević, I. (2016). Kognitivni i metakognitivni procesi u deprivnom poremećaju. *Socijalna Psihijatrija*, 44(3), 185–195.
- Just, N., i Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 221–229.
- Kolesarić, V., i Milić, M. (2014). Promjene metakognitivnih procesa (zabrinjavajućih misli) u studentskoj populaciji utvrđene “upitnikom metakognicije.” *Suvremena Psihologija*, 17(2), 167–180.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., i McGinn, L. K. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, Guilford Press.

- Lengua, L. J., West, S. G., i Sandler, I. N. (1998). Temperament as a predictor of symptomatology in children: addressing contamination of measures. *Child development*, 69(1), 164–181.
- Lenzo, V., Toffle, M. E., Tripodi, F., i Quattropiani, M. C. (2016). *Gender Differences In Anxiety, Depression And Metacognition*. 1–16
- Lyubomirsky, S., i Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of Self-Focused Rumination on Negative Thinking and Interpersonal Problem Solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176–190.
- Mamić, S. i Nekić, M. (2019). Anksioznost kod studenata: uloga perfekcionizma, netolerancije neizvjesnosti, ruminacije i usredotočene svjesnosti. *Društvena istraživanja*, 28 (2), 295-314.
- Matthews, G., Hillyard, E. J., i Campbell, S. E. (1999). Metacognition and Maladaptive Coping as Components of Test Anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 111–125.
- Matthews, G. i Wells, A. (2004) Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. In C. Papageorgiou i A. Wells (Eds.), *Rumination: Nature, theory, and treatment*, pp. 125-151. Chichester: Wiley.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., i Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035.
- Mezulis, A., Salk, R. H., Hyde, J. S., Priess-Groben, H. A., i Simonson, J. L. (2014). Affective, biological, and cognitive predictors of depressive symptom trajectories in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 539–550.
- Monroe, S. M. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: Further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine*, 6(2), 189–205.
- Myers, L., i Sirois, M. J. (2014). Spearman Correlation Coefficients, Differences between. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*, 1–2.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., i Grayson, C. (1999). *Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms*. 77(5), 1061–1072.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173–176.

- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2007). Rumination, Depression, and Alcohol Use: Tests of Gender Differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 391–403.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2009). Gender differences in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 386–404). New York: The Guilford Press.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology 9*:2211. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02211
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature and consequences of rumination. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*, 1–20.
- Papageorgiou, Costas, & Wells, A. (1999). Process and Meta-Cognitive Dimensions of Depressive and Anxious Thoughts and Relationships with Emotional Intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(2), 156–162.
- Papageorgiou, Costas, & Wells, A. (2001). Positive Beliefs about Depressive Rumination: Development and Preliminary Validation of a Self-Report Scale. *Behavior Therapy, 32*(1), 13–26.
- Papageorgiou, Costas, & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 261–273.
- Papageorgiou, Costas, & Wells, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy, 2*(2), 123–131.
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., & Cano-Vindel, A. (2013). Spanish version of the meta-cognitions questionnaire 30 (MCQ-30). *Spanish Journal of Psychology, 16*(November).
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review, 11*(2), 141–153.
- Riskind, J. H., & Rector, N. A. (2018). Looming Vulnerability. In *Looming Vulnerability*.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(5), 501–516.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & Van Os, J. (2010). Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 34*(2), 196–205
- Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences, 40*(1), 111–122.

- Rudolph, K. D., i Conley, C. S. (2005). The socioemotional costs and benefits of social-evaluative concerns: Do girls care too much? *Journal of Personality*, 73(1), 115–138.
- Ruscio, A. M., i Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1469–1482.
- Ryum, T., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø., i Solem, S. (2017). Worry and metacognitions as predictors of anxiety symptoms: A prospective study. *Frontiers in Psychology*, 8(MAY), 1–6.
- Saed, O., Purehsan, S., i Akbari, S. (2010). Correlation among meta-cognitive beliefs and anxiety - Depression symptoms. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1685–1689.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., i Abramson, L. Y. (2017). Psychological Bulletin Gender Differences in Depression in Representative National Samples : Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. 143(8), 783–822.
- Sherman, B. J., Voursora, E., Wickramaratne, P., Warner, V., i Verdeli, H. (2016). Temperament and major depression: How does difficult temperament affect frequency, severity, and duration of major depressive episodes among offspring of parents with or without depression? *Journal of Affective Disorders*, 200, 82–88.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., i Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive - Compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(4), 258–268.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., i Wells, A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2120–2129.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., i Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172–1181.
- Spada, M. M., i Wells, A. (2005). Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(2), 150–155.
- Stewart, S. H., Taylor, S., i Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 179–200.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., i Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275–287.



- Thornton, B., & Leo, R. (1992). Gender typing, importance of multiple roles, and mental health consequences for women. *Sex Roles*, 27(5–6), 307–317.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences*, 30(5), 723–734.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 871–878.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301–320.
- Wells, A. (1999a). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 526–555.
- Wells, A. (1999b). A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 86–95.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovate Cognitive Therapy*. New York, Wiley.
- Wells, A. (2005). Worry, intrusive thoughts, and generalized anxiety disorder, *The Metacognitive Theory and Treatment*, U: Clark, A.D. (Ur.), *Intrusive thoughts in clinical disorders, Theory, research and treatment*, The Guilford Press, New York;
- Wells, A. (2006). The Metacognitive Model of Worry and Generalised Anxiety Disorder. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 179–199). Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in gad, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85–102.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881–888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899–913.
- Yilmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 389–396.

- Young, E. A., i Nolen-Hoeksema, S. (2001). Effect of ruminations on the saliva cortisol response to a social stressor. *Psychoneuroendocrinology*, 26(3), 319–329.
- Zalta, A. K., i Chambless, D. L. (2012). Understanding Gender Differences in Anxiety: The Mediating Effects of Instrumentality and Mastery. *Psychology of Women Quarterly*, 36(4), 488–499.
- Zivcic-Becirevic, I., Juretić, J., i Miljević, M. (2009). Uloga metakognitivnih vjerovanja, automatskih misli za vrijeme učenja i atribucija uspjeha u objašnjenju ispitne anksioznosti i akademskoga uspjeha studenata. *Psihologijske Teme*, 18(1), 119–136.

## 8. PRILOZI

### *Prilog 1. Opšta uputa ispitanicima*

Dragi učesnici i učesnice,

Upitnici koji su pred Vama dio su istraživanja koje se provodi na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Sarajevu, u svrhu izrade završnog magistarskog rada diplomirane psihologinje Melbine Drnda.

Pitanja se odnose na neke uobičajene teškoće, osjećanja i vjerovanja koje mnogi ljudi imaju. Ovo nije dijagnostički upitnik, učešće je anonimno, a prikupljeni podaci će se analizirati na nivou grupe i koristiti isključivo u naučno-istraživačke svrhe. Stoga Vas molimo da iskreno odgovarate na pitanja.

Za popunavanje upitnika potrebno je oko 10 minuta, a u svakom trenutku možete odustati.

Rezultati se neće analizirati na individualnom nivou, osim ako Vi budete zainteresirani za povratne informacije. U tom slučaju i u slučaju bilo kakvih nejasnoća i dilema, budite slobodni javiti se na e-mail adresu:

[melbina1@gmail.com](mailto:melbina1@gmail.com)

Unaprijed hvala!

*Prilog 2. Upitnik o sociodemografskim podacima*

Pitanja u ovom dijelu odnose se na neke opšte informacije o Vama. Molimo Vas da upišete ili označite odgovor.

1. Spol
  - a) Muški
  - b) Ženski
  - c) Drugo \_\_\_\_\_
  - d) Ne želim se izjasniti
  
2. Dob  
Koliko imate godina?  
  
\_\_\_\_\_
  
3. Najviši završeni stepen obrazovanja
  - a) Osnovna škola
  - b) Srednja škola
  - c) Viša stručna sprema (viša škola/diploma prvostupnika/ce)
  - d) Visoka stručna sprema (fakultet/diplomski studij/master)
  - e) Postdiplomsko obrazovanje (magisterij, specijalizacija, doktorat)
  
4. Trenutni radni status
  - a) Učenik ili student
  - b) Zaposlen/a
  - c) Radim uz studiranje
  - d) Povremeno zaposlen/a
  - e) Slobodna profesija
  - f) Poslodavac
  - g) Nezaposlen
  
5. Životni standard Vašeg domaćinstva (u opštim uslovima života u BiH)
  - a) Znatno niži od prosjeka
  - b) Nešto niži od prosjeka
  - c) Prosječan
  - d) Nešto viši od prosjeka
  - e) Znatno viši od prosjeka
  
6. Imate li djece?
  - a) Da
  - b) Ne

*Prilog 3. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS – 21)*

Pažljivo pročitajte navedene tvrdnje i uz svaku od njih označite broj koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u proteklih **sedam dana**:

- 0 – Uopće se nije odnosilo na mene;
- 1 – Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme;
- 2 – Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena;
- 3 – Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

1. Bilo mi je teško smiriti se.	0	1	2	3	4
2. Sušila su mi se usta.	0	1	2	3	4
3. Uopće nisam mogao/la doživjeti neki pozitivan osjećaj	0	1	2	3	4
4. Doživio/la sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora).	0	1	2	3	4
5. Bilo mi je teško započeti aktivnosti.	0	1	2	3	4
6. Bio/la sam sklon/a pretjeranim reakcijama na događaje.	0	1	2	3	4
7. Doživljavao/la sam drhtanje (npr. u rukama).	0	1	2	3	4
8. Osjećao/la sam se jako nervozno.	0	1	2	3	4
9. Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogao/la paničariti ili se osramotiti	0	1	2	3	4
10. Osjetio/la sam kao da se nemam čemu radovati.	0	1	2	3	4
11. Osjetio/la sam da postajem uznemiren/a.	0	1	2	3	4
12. Bilo mi je teško opustiti se.	0	1	2	3	4
13. Bio/la sam potišten/a i tužan/a.	0	1	2	3	4
14. Nisam podnosio/la da me išta ometa u onome što sam radio/la.	0	1	2	3	4
15. Osjetio/la sam da sam blizu panici.	0	1	2	3	4
16. Ništa me nije moglo oduševiti.	0	1	2	3	4
17. Osjetio/la sam da ne vrijedim mnogo kao osoba	0	1	2	3	4
18. Događalo mi se da sam bio/la prilično osjetljiv/a.	0	1	2	3	4
19. Bio/la sam svjestan/na rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog rada srca).	0	1	2	3	4
20. Bio/la sam uplašen/a bez opravdanog razloga.	0	1	2	3	4
21. Osjetio/la sam kao da život nema smisla.	0	1	2	3	4

#### Prilog 4. Upitnik metakognicije

U nastavku su navedena neka vjerovanja koja ljudi imaju o svojim mislima. Molimo Vas da uz svaku tvrdnju označite broj koji pokazuje u kojoj mjeri se slažete s njom:

- 1 - Ne slažem se;
- 2 - Donekle se slažem;
- 3 - Slažem se;
- 4 - Zaista se slažem.

1. Zabrinutost mi pomaže u izbjegavanju problema u budućnosti.	1	2	3	4
2. Mojave je zabrinutost za mene pogibeljna.	1	2	3	4
3. Teško razlikujem jesam li nešto zaista učinio/la ili sam to samo zamišljao/la.	1	2	3	4
4. Mnogo razmišljam o svojim mislima.	1	2	3	4
5. Mogao/mogla bih se razboljeti od zabrinutosti.	1	2	3	4
6. Svjestan/svjesna sam kako moj um funkcionira kada nastojim rješavati neki problem.	1	2	3	4
7. Kad ne bih kontrolirao/la neku zabrinjavajuću misao, a ona bi se ostvarila, sam/sama bih za to bio/ bila kriv/kriva.	1	2	3	4
8. Ako dopustim da se moje zabrinjavajuće misli otmu kontroli one će na kraju kontrolirati mene.	1	2	3	4
9. Moram biti zabrinut/a kako bih ostao/la organiziran/a	1	2	3	4
10. Nemam baš povjerenja u svoje pamćenje riječi i imena.	1	2	3	4
11. Moje zabrinjavajuće misli opstaju, neovisno o tome koliko ih nastojim zaustaviti.	1	2	3	4
12. Zabrinutost mi pomaže da sredim svoje misli.	1	2	3	4
13. Ne mogu zanemariti svoje zabrinjavajuće misli.	1	2	3	4
14. Ja nadzirem svoje misli.	1	2	3	4
15. Trebao/la bih stalno nadzirati svoje misli.	1	2	3	4
16. Moje me pamćenje katkada može obmanuti.	1	2	3	4
17. Mogao/la bih biti kažnjen/a zato što nemam određenih misli.	1	2	3	4
18. Moja zabrinutost mogla bi me izludjeti.	1	2	3	4
19. Ako ne zaustavim svoje zabrinjavajuće misli one bi se mogle ostvariti.	1	2	3	4
20. Rijetko propitujem svoje misli.	1	2	3	4
21. Zabrinutost je za moje tijelo veliki stres.	1	2	3	4
22. Zabrinutost mi pomaže u izbjegavanju katastrofalnih situacija.	1	2	3	4
23. Stalno sam svjestan/svjesna svog razmišljanja.	1	2	3	4
24. Imam slabo pamćenje.	1	2	3	4
25. Pomno pratim način na koji moj um radi.	1	2	3	4
26. Ljudi koji nisu zabrinuti nemaju nikakve dubine.	1	2	3	4
27. Zabrinutost mi pomaže u svladavanju poteškoća.	1	2	3	4
28. Zamišljam da nisam učinio/la neke stvari, a onda sumnjam u svoje pamćenje s tim u vezi.	1	2	3	4

29. Moja nesposobnost kontroliranja vlastitih misli znak je slabosti.	1	2	3	4
30. Kad se ne bih toliko brinuo/la činio bih više pogrešaka.	1	2	3	4
31. Teško uspijevam kontrolirati svoje misli.	1	2	3	4
32. Zabrinutost je znak da se radi o dobroj osobi.	1	2	3	4
33. Zabrinjavajuće misli padaju mi na pamet protiv moje volje	1	2	3	4
34. Kada ne bih mogao/la kontrolirati svoje misli, ja bih poludio/poludjela.	1	2	3	4
35. Kad ne bih bio/bila zabrinut/a, izvukao bih u životu kraći kraj.	1	2	3	4
36. Kad se jednom počnem brinuti, ne mogu se zaustaviti.	1	2	3	4
37. Neke misli će uvijek trebati kontrolirati.	1	2	3	4
38. Moram biti zabrinut/a, kako bih uspio/uspjela nešto obaviti.	1	2	3	4
39. Bit ću kažnjen/a zbog toga što ne kontroliram svoje misli.	1	2	3	4
40. Moje misli ometaju moju koncentraciju.	1	2	3	4
41. Sasvim je u redu pustiti svoje misli da slobodno lutaju.	1	2	3	4
42. Zabrinut/a sam zbog svojih misli.	1	2	3	4
43. Moju pažnju je lako odvući.	1	2	3	4
44. Moje zabrinjavajuće misli nisu produktivne.	1	2	3	4
45. Zabrinutost me može spriječiti u jasnom sagledavanju situacije.	1	2	3	4
46. Zabrinutost mi pomaže riješiti probleme.	1	2	3	4
47. Nemam povjerenja u svoje pamćenje lokacija.	1	2	3	4
48. Moje se zabrinjavajuće misli ne mogu kontrolirati.	1	2	3	4
49. Loše je imati određene misli.	1	2	3	4
50. Ako ne kontroliram svoje misli, moglo bi se dogoditi da se dovedem u neugodan položaj.	1	2	3	4
51. Nemam povjerenja u svoje pamćenje.	1	2	3	4
52. Najjasnije mislim kad sam zabrinut/a.	1	2	3	4
53. Moje se zabrinjavajuće misli javljaju automatski	1	2	3	4
54. Bio/bila bih sebičan/sebična da se nikada ne brinem.	1	2	3	4
55. Kad ne bih mogao/la kontrolirati svoje misli ne bih mogao/la funkcionirati.	1	2	3	4
56. Moram biti zabrinut/a da bih mogao/la dobro raditi.	1	2	3	4
57. Nemam baš povjerenja u svoje pamćenje akcija.	1	2	3	4
58. Imam teškoća s održavanjem usmjerenosti svog uma na istu stvar kroz duže vrijeme.	1	2	3	4
59. Osjećam se odgovornim/odgovornom ako se dogodi nešto loše zbog čega nisam unaprijed bio zabrinut/a.	1	2	3	4
60. Ne bi bilo normalno da nisam zabrinut/a.	1	2	3	4
61. Ja stalno istražujem svoje misli.	1	2	3	4
62. Kad bih se prestao/la brinuti, postao/la bih neiskren/a, arogantan/na i neugodan/na.	1	2	3	4
63. Zabrinutost mi pomaže u učinkovitijem planiranju budućnosti.	1	2	3	4
64. Bio/bila bih jača osoba kada bih se mogao/la manje brinuti.	1	2	3	4
65. Bio/bila bih glup/a i samodopadan/na da se ne brinem.	1	2	3	4