

REKET OSEĆANJA KOD NEKLINIČKE I KLINIČKE POPULACIJE PREMA TRANSAKCIONOM TEORIJSKOM MODELU

Danijela Budiša¹

Vesna Gavrilov-Jerković²

Aleksandra Dickov³

Slađana Martinović-Mitrović³

UDK: 615.851.1:612.821.3

- 1 Centar za dnevni tretman zavisnika, Klinika za bolesti zavisnosti, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija
- 2 Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija
- 3 Institut za psihijatriju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod: Jedan od glavnih kriterijuma za razlikovanje autentičnih od neautentičnih osećanja u Transakcionoj analizi jeste da li ta emocija pokreće osobu na rešavanje problema ili ne. Smatra se da je emocija koja ne pokreće na rešavanje problema zapravo reket-osećanje, čija je osnovna svrha da osoba održi svoju predstavu o sebi, drugima i svetu, a ne da reši aktuelni problem. Dalje se pretpostavlja da su reket-osećanja u većem stepenu izražena kod kliničkih grupa, kao i da različite kliničke grupe ispoljavaju različita reket-osećanja.

Cilj: Opšti cilj ovog istraživanja se sastoji u proveru potencijala teorijskog koncepta reket-osećanja da diskriminiše nekliničke od kliničkih, kao i u okviru kliničke grupe, paranoidne od depresivnih ispitanika.

Metod: Rađeno je neeksperimentalno, korelaciono istraživanje. Uzorak spada u tip prigodnog uzorka, sačinjenog od 200 ispitanika, 100 iz nekliničke, a 100 iz kliničke populacije odraslih. U kliničkom delu uzorka, kliničke grupe depresivnih i paranoidnih poremećaja su ravnomerno zastupljene. Statistička obrada podataka sprovedena je uz pomoć računarskog softvera SPSS 15.0.

Rezultati: Diskriminativnom analizom utvrđena je statistički značajna razlika između kliničke i nekliničke populacije na planu reket-osećanja (karakteristični koren= .427, Wilks'Lambda= .701, p= .000). Po statističkom kriterijumu korelacija većih od 0,30, izolovanu diskriminativnu funkciju definiše pet osećanja: stid, strah, tuga, zavist i osramoćenost. Dobijeni rezultati ukazuju da ne postoje statistički značajne razlike između grupa depresivnih i paranoidnih ispitanika kada se reket-osećanja posmatraju kao sistem. Postoje univarijatne razlike između dve grupe ispitanika, i to na osećanjima zavisti, nade, iznenađenja i prkosa, gde paranoidni ispitanici imaju veći skor na svim navedenim osećanjima.

Zaključak: Generalno možemo da zaključimo da su pretpostavke, u svrhu čije provere je i sprovedeno istraživanje, dobile delimično očekivanu potvrdu. Klinička grupa statistički značajno više „reketira“ neprijatnim osećanjima vezanim za „domen Ja“ u odnosu na nekliničku grupu. Nije izdvojen set reket-osećanja specifičan za ispitanike sa depresivnim i paranoidnim poremećajima.

Gljučne reči: transakciona analiza, reket-osećanja, depresivnost, paranoidnost.

UVOD

Po Transakcionoj analizi (TA) emocija je zdrav, prirodan i očekivan odgovor na neku promenu u sredini, te se funkcija emocija ogleda u pokretanju organizma na aktivnost da bi se ponovo uspostavila ravnoteža. U skladu sa navedenom definicijom, jedan od kriterijuma za razlikovanje autentičnih od neautentičnih, odnosno funkcionalnih od nefunkcionalnih osećanja jeste da li ta emocija utiče na rešavanje problema ili ne. Ako ne utiče smatra se reket osećanjem, koje je neadekvatno jer ne doprinosi rešavanju problema [1,2]. Reket osećanje se definiše i kao zamena za autentična osećanja osećanjem koje je osobi tokom razvoja bilo dozvoljeno, a koje je neadekvatno, repetitivno i stereotipno te neprimereno aktuelnom kontekstu u kojem se pojavljuje [3, 4]. Smatra se da ljudi koriste ova osećanja da bi pokušali da promene druge i da modifikuju nečije tuđe ponašanje [2].

Prema Bernu, postoje četiri bazična emocionalna odgovora: tuga, strah, ljutnja, radost. Sve druge emocije su izvedene iz ovih. Postoji konsenzus oko toga šta je stimulus za koju emociju. Određeni stimuli sa većom verovatnoćom provociraju određene emocije, zbog čega je važno da terapeuti, u cilju prepoznavanja reket emocije, imaju predstavu o realnoj provokativnosti određenog stimulusa za određenu emociju ili za intenzitet određene emocije [5].

Smatra se da emocije mogu biti izmenjene kvalitativno i kvantitativno. Kvalitativno, kada osoba jednu emociju zamenjuje drugom, npr. tužna je, a ponaša se kao da je besna. Osećanje nije primereno situaciji, očigledna funkcija je manipulisanje. Kvantitativno, u vidu eska-

lacije (preterivanje u intenzitetu) ili umanjanja. Umanjivanje može biti na nivou ispoljavanja (npr. oseća bes, ali ništa ne preduzima, ne ispoljava ga) i to namerno (iza toga može biti predrasuda) ili nenamerno (ne zna kako da je ispolji, nema repertoar za ispoljavanje). Pretpostavlja se da umanjivanje može biti i na nivou doživljaja, kada isključuje svesnost o emocijama, npr. bol u grudima, kao suprimacija straha [6].

Autori Erskin i Zalkman [7] uvode pojam reket sistema smatrajući da je predstavljanje reketa kao neautentičnog emocionalnog sklopa previše pojednostavljeno. Po ovim autorima reket sistem je samopotvrđujući iskrivljeni sistem osećanja misli i akcija, koji osobu održava u skriptu¹. Oni smatraju da je reket sistem kompleksan postupak sa osnovnom funkcijom da opravda životni skript osobe i njene odluke². Kao i da je reket sistem zapravo sistem manipulacije u cilju iznuđivanja onoga što osobi treba, a ne sme ili ne ume direktno da traži. [7]. Ovi stavovi su u skladu sa savremenim teorijskim modelima koji emocije posmatraju kao kompleksne

¹ Skript je centralni koncept u transakcionom teorijskom modelu. Osnivač TA, Erik Bern, definisao je skript kao sadašnje odvijanje programa razvijenog u ranom detinjstvu, a koji je rastao pod uticajem roditelja i taj sadašnji plan ili program pruža okvir ponašanja osobe u najznačajnijim oblastima njenog života [1].

² Prema Stajneru rana (skriptna) odluka je kompromisno rešenje u životnom skriptu deteta koji se nalazi u egzistencijalnom ili psihološkom škripcu. Kompromis između potrebe deteta i zahteva okoline. Najčešće je rana odluka zbilja imala adaptivnu funkciju, što je veliko potkrepljenje u pravcu da se dete drži te odluke [8].

pojave povezane sa kognitivnim šema-
ma i opštim stavom prema sebi i okoli-
ni kao i sa rezultatima brojnih istraživa-
nja koji naglašavaju značaj i kognitiv-
nog i emotivnog aspekta na strukturu
raspoloženja. [9, 10, 11, 12]

Vidimo da je po osnovnim stavovi-
ma o funkciji i prirodi emocija TA teo-
rijski model blizak pristupima koji na-
glašavaju da se psihički poremećaji i sta-
nja mogu razlikovati ne samo po vode-
ćoj simptomatologiji nego i po formi i
sadržaju disfunkcionalnih intrapsihičkih
procesu, kao što su kognitivne i afektiv-
ne šeme te da te relativno stabilne šeme
i predstavljaju jedan od značajnih fakto-
ra vulnerabilnosti osobe da razvije baš
određenu formu disfunkcionalnog po-
našanja i doživljavanja [11]. Tako na
osnovu TA teorijskog modela možemo
prepostaviti da većina ljudi ispoljava re-
ket-osećanja, svako u kontekstu potvrde
svog životnog skripta s tim da će ljudi sa
mentalnim poremećajima češće ispolja-
vati reket osećanja. Dalja pretpostavka
je da ljudi sa mentalnim poremećajima
češće ispoljavaju reket-osećanja u odno-
su na ljude sa očuvanim mentalnim
zdravljem, samim tim što imaju „de-
struktivniji“ životni skript. Takođe, tvr-
di se da ljudi sa depresivnom i paranoid-
nom patologijom imaju različita reket-
osećanja, gde se kod depresivnih očeku-
je kombinacija tuge, straha, krivice, a
kod paranoidnih besa, ljubomore, zavi-
sti, a što, po ovom modelu, proizilazi iz
različitih skriptnih struktura koje se na-
laze u osnovi ovih poremećaja [1, 2, 7,
8, 13, 14].

Očigledno je da navedene tvrdnje
imaju svoje i teorijske i praktične impli-
kacije za razumevanje i za dijagnostički
i terapijski rad sa ljudima sa depresiv-
nim i paranoidnim manifestacijama.

Istovremeno je važno primetiti da ove
pretpostavke još uvek nemaju dovoljnu
empirijsku podršku, kako u okviru TA
teorijskog okvira, tako se i generalno u
istraživačkoj literaturi sreće daleko ma-
nji broj istraživanja koja se bave kompa-
racijom depresivnih i paranoidnih pore-
mećaja i pored čestog kliničkog zapaža-
nja o verovatnoj srodnosti ovih poreme-
ćaja nasuprot njihove manifestne različi-
tosti [11].

Ispitivanjem reket-osećanja u TA se
najviše bavila autorka Nabradi [15].
Ona je reket-osećanje definisala kao
naučeno osećanje, koje se pokreće u
stresnim situacijama, koje je podržano
od strane roditelja i predstavlja zamenu
za drugo autentično osećanje. Značajan
deo svog angažmana je posvetila kon-
struisanju skale za merenje reket-oseća-
nja, za koju se pokazalo da meri nešto
što u najmanju ruku slično konceptu re-
ket-osećanja. Rezultati njenih istraživa-
nja su pokazali da reket-osećanja, kao
što su stid, zavist, žaljenje i osramoće-
nost, u značajnoj meri iskrivljuju prepo-
znavanje emocija kod drugih ljudi, i to
svako osećanje u svom pravcu [15].

U drugom njenom istraživanju, čiji
cilj je bio poređenje koncepta reket-ose-
ćanja, strategija prevladavanja i emocio-
nalne inteligencije, utvrđena je veza iz-
među reket-osećanja i strategija prevla-
davanja usmerenih na emocije, dok su
hostilna reket-osećanja (zavist i gađenje)
u negativnoj korelaciji sa emocionalnom
inteligencijom, kao i generalno sva ne-
gativna reket-osećanja [16].

CILJ RADA

Iz navedenih teorijskih implikacija i
prethodno pominjanog značaja ispitiva-
nja teorijskih koncepata u transakcionoj

analizi, posebno u kontekstu odnosa ne-kliničke i kliničke populacije, proizilazi i opšti cilj ovog istraživanja, koji se sastoji u proveru potencijala teorijskog koncepta reket-osećanja da diskriminiše ne-kliničke od kliničkih, kao i u okviru kliničke grupe, paranoidne od depresivnih ispitanika.

METOD

Radeno je neeksperimentalno, korelaciono istraživanje. Zavisnu varijablu predstavljaju reket-osećanja, operacionalizovana odgovaranjem ispitanika na upitniku za merenje reket-osećanja. Kriterijum za uključivanje ispitanika u ne-kliničku grupu je bio nepostojanje prethodnog ili aktuelnog psihijatrijskog lečenja, ambulantnog ili bolničkog. Pripadnost dijagnostičkoj grupi iz spektra depresivnih i paranoidnih poremećaja određivali su rukujući psihijatri, koji su vršili klasifikaciju na osnovu dijagnostičkog intervjua i dijagnostičkih pravila iz MKB -10 [17]. Skor na Pa skali sa MMPI-202 [18] i skor na LD skali [19] predstavljaju kontrolne varijable. Iste smo uključili u istraživanje kao kontrolu prisustva depresivnih i paranoidnih karakteristika kod ne-kliničke grupe, kao i validnosti psihijatrijske dijagnoze kod kliničke grupe ispitanika.

Instrumenti

1. **Upitnik za merenje reket-osećanja** [15], četvorostepena skala procene Likertovog tipa, konstruisana je za potrebe ranije pomenutih istraživanja o reket ose-

ćanjima, gde je reket-osećanje definisano kao naučeno osećanje, koje se pokreće u stresnim situacijama, koje je podržano od strane roditelja i predstavlja zamenu za drugo autentično osećanje. Dobijena pouzdanost izražena Cronbach alfa koeficijentom kreće se u rasponu od 0.61 do 0.82 za pojedinačne subskale osećanja (ukupno 15).

2. **LD-Skala**, skala depresivne ličnosti [19], sadrži 26 ajtema i koncipirana je na osnovu Šnajderovog (Schneider) opisa depresivne ličnosti, kog je formalizovao Akiskal u vidu sedam crta: 1) mirna, introvertna, pasivna i neasertivna, 2) turobna, pesimistična, ozbiljna i nesposobna za šalu, 3) samokritična, samooptužujuća i samoomalovažavajuća, 4) skeptična, hiperkritična i teško udovoljiva, 5) savezna, odgovorna i samodisciplinovana, 6) zamišljena i zabrinuta, 7) preokupirana negativnim događajima, osećanjem neadekvantnosti i sopstvenim nedostacima [19]. Skala je petostepena, Likertovog tipa. Dobijena pouzdanost ove skale izražena Cronbach alfa koeficijentom je 0,87.

3. **Pa skala iz MMPI-202** [18], skala paranoidnog sindroma iz multidimenzionalnog inventara ličnosti. Pa skala se tiče senzitivnosti, hostilnosti i sklonosti paranoidnim interpretacijama [18]. Dobijena pouzdanost ove skale izražena Cronbach alfa koeficijentom je 0,88.

Biografske podatke su davali sami ispitanici, tako što su zaokruživali ponuđene odgovore na prvoj strani baterije upitnika primenjenih u našem istraživanju.

Uzorak spada u tip prigodnog uzorka, sačinjenog od 200 ispitanika, 100 iz nekliničke, a 100 iz kliničke populacije odraslih. U kliničkom delu uzorka, kliničke grupe depresivnih i paranoidnih poremećaja su ravnomerno zastupljene. Dijagnostička klasifikacija na osnovu koje su ispitanici raspoređeni u kliničke grupe je psihijatrijska dijagnoza, na osnovu kriterijuma ICD-10. U grupu depresivnih poremećaja uključuju se subjekti sa dominantnim depresivnim simptomima (F32.0, F32.1, F32.2, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.4, F33.8, F33.9) osim bipolarnog afektivnog poremećaja, shizoafektivnog poremećaja, postshizofrene depresije, ciklotimije, distimije, drugih i nespecificiranih poremećaja raspoloženja. U grupu paranoidnih poremećaja uključuju se subjekti sa dominantnim paranoidnim simptomima, bilo iz reda paranoidnog poremećaja ličnosti ili iz reda kompenzovanih psihotičnih neshizofrenih poremećaja (F22.0 u remisiji, F23.0 u remisiji, F 23.3 u remisiji i F60.0). Pacijenti sa navedenim

dijagnozama se leče u ambulantnim ili bolničkim uslovima.

Statistička obrada podataka sprovedena je uz pomoć računarskog softvera SPSS 15.0.

REZULTATI

Razlika nekliničkog i kliničkog dela uzorka na konceptu reket-osećanja

Poređenjem nekliničke i kliničke populacije na konceptu reket-osećanja dobijena je jedna statistički značajna diskriminativna funkcija (tabela br. 1).

Po statističkom kriterijumu korelacija većih od 0,30, izolovanu diskriminativnu funkciju definiše pet osećanja: strah, tuga, zavist i osramoćenost (tabela br. 2). Ovaj set neprijatnih osećanja je u većoj meri vezan za domen Ja, osim zavisti, koja se na indirektan način može povezati sa istim, u smislu da je hronično osećanje inferiornosti snažno povezano sa zavišću, kod ljudi koji o svojoj vrednosti sude na osnovu spoljašnjih kriterijuma, poredeći svoju socijalnu ili ličnu vrednost sa drugima [6]. Klinička grupa statistički značajno više reketira neprijatnim osećanjima vezanim za domen Ja u odnosu na nekliničku grupu (tabela br.3). Ovaj na-

Tabela br. 1 Parametri izolovane diskriminativne funkcije
Table 1 Parameters of isolated discriminative function

Funk./ Func.	Karakter. koren/ eigenvalue	% varijanse/ variance %	kumulativni %/ cumulative %	kanonička korelacija/ canonical correlation	Wilks' Lambda	hi-kvadrat/ χ -square	df	p
1	,427(a)	100,0	100,0	,547	,701	67,778	15	,000

laz je u skladu sa teorijskim implikacijama u TA [1,7].

Na univarijantnim testovima jednako-
sti aritmetičkih sredina, neklinička i klinička grupa se razlikuju na sledećim osećanjima (tabela br. 4).

Na svim označenim osećanjima, osim radosti, klinička grupa ima veću aritmetičku sredinu, a to su stid, krivica, strah, tuga, zavist, gađenje i osramoćenost. I ovi pokazatelji su u skladu sa postavkama TA. Zanimljivo je da se neklinička i klinička populacija ne razlikuju po reketiranju osećanjima besa i prkosa na univarijantnim testovima razlika aritmetičkih sredina.

Razlika depresivnih i paranoidnih ispitanika na konceptu reket-osećanja

Postupkom diskriminativne analize izdvojena je diskriminativna funkcija koja nije statistički značajna. Ne postoje statistički značajne razlike između grupa depresivnih i paranoidnih ispitanika kada se reket osećanja posmatraju kao sistem. Navedeni rezultat nije u skladu sa teorijskim implikacijama u TA [20, 21, 4, 7, 14].

Postoje univarijantne razlike između dve grupe ispitanika, i to na osećanjima zavisti [$F(1, 98) = 4,257, p < .05$], nade [$F(1, 98) = 3,976, p < .05$], iznena-

Tabela br. 2 Izvod iz matrice strukture diskriminativne funkcije
Table 2 Matrix of discriminative function structure

	Funkcija/Function
	1
Stid/ Shame	,542
Strah/ Fear	,518
Tuga/ Sadness	,413
Zavist/ Envy	,384
Osramoćenost/ Embarrassment	,352
Žalost/ Grief	,281
Radost/ Joy	-,274
Gađenje/ Disgust	,236
Krivica/ Guilt	,217
Nada/ Hope	-,063
Iznenadenje/ Surprise	,058
Bes/ Rage	,048
Prkos/ Spite	-,046
Ljubav/ Love	,019
Zainteresovanost/ Interest	-,018

Tabela br. 3 Centroidi grupa na diskriminativnoj funkciji
Table 3 Group centroids on discriminative function

	Funkcija/ Function
	1
Neklinička/ Non-clinic	-,650
Klinička/ Clinic	,650

đenja [$F(1, 98) = 8,810, p < .005$] i prkosa [$F(1, 98) = 8,207, p < .01$], gde paranoidni ispitanici imaju veći skor na svim navedenim osećanjima. Ovaj nalaz je u skladu sa teorijskim postavkama u TA o razlikama depresivnih i paranoidnih ispitanika, ali ne omogućava iznošenje validnih zaključaka o razlikama dve ispitivane grupe na konceptu reket-osećanja, obzirom da izolovana diskriminativna funkcija nije statistički značajna.

U našem istraživanju potvrđeno je da se neklinička i klinička grupa ispitanika statistički značajno razlikuju na konceptu reket-osećanja, što bi moglo ići u prilog pretpostavci o nedovoljnoj senzitivnosti skale samo za uočavanje razlika u kvalitetu emocija u okviru dve različite kliničke grupe. Razlog dobijene emocionalne nespecifičnosti ispitanika sa depresivnim i paranoidnim poremećajima može biti i u neadekvat-

nosti načina merenja ispitivanog fenomena, obzirom na već pominjane nedostatke samoopisnih tehnika, posebno kod „toliko subjektivnog“ fenomena kao što su osećanja. Da bi se „objektiviziralo“ ispitivanje osećanja, bilo bi veoma korisno uključiti i procenu osećajnosti ispitanika od strane drugih ljudi, slično kao u istraživanjima u dečijoj psihologiji.

Razlika depresivnih i paranoidnih ispitanika na LD i Pa skalama

Izvršena je diskriminativna analiza da bi se utvrdila razlika dve kliničke grupe na skalama LD i Pa. Ekstrahovana je jedna statistički značajna diskriminativna funkcija, koju definišu visok skor na LD skali i nešto manje visok skor na Pa skali (tabele br. 5, 6).

Grupa depresivnih ispitanika ima viši skor na izdvojenoj funkciji, što znači

Tabela br. 4 Testovi jednakosti AS grupa
Table 4 Tests of groups' mean equality

	Wilks' Lambda	F	df1	Df2	p
Stid/ Shame	,888	24,862	1	198	,000*
Krivicica/ Guilt	,980	4,000	1	198	,047*
Strah/ Fear	,897	22,738	1	198	,000*
Tuga/ Sadness	,932	14,454	1	198	,000*
Bes/ Rage	,999	,196	1	198	,659
Zainteresovanost/ Interest	1,000	,029	1	198	,866
Radost/ Joy	,969	6,341	1	198	,013*
Zavist/ Envy	,941	12,486	1	198	,001*
Nada/ Hope	,998	,339	1	198	,561
Ljubav/ Love	1,000	,030	1	198	,862
Žalost/ Regret	,967	6,688	1	198	,010*
Iznenadenje/ Surprise	,999	,281	1	198	,597
Gađenje/ Disgust	,977	4,709	1	198	,031*
Prkos/ Spite	,999	,179	1	198	,672
Osramoćenost/ Dishonor	,950	10,507	1	198	,001*

da depresivni ispitanici imaju viši skor i na LD i na Pa skali (tabela br. 7).

I na univarijantnim testovima jednakosti aritmetičkih sredina dve grupe, vidi se da na Pa skali nema značajne razlike između depresivnih i paranoidnih ispitanika (tabela br. 8).

Ovakav nalaz bi se mogao objasniti, s jedne strane, visokom senzitivnošću depresivnih ispitanika, ali i njihovom sklonošću ka agravaciji, a sa druge strane, mogućnošću minimiziranja vlastite psihopatologije kod paranoidnih ispitanika, obzirom da je Pa skala standardizovan instrument čija je diskriminativnost više puta dokazana. Ovaj nalaz otvara pitanje pouzdanosti dijagnoze iz spektra depresivnih poremećaja, koja je mnogo heterogenija u odnosu na dijagnozu iz spektra para-

noidnih poremećaja. Depresija se veoma često javlja kao sekundarni fenomen kod ostalih psihopatoloških stanja, što vrlo često u kliničkoj praksi ostane neprimećeno.

Ispitivanje povezanosti reket-osećanja sa visinom skora na LD i Pa skali

Zbog navedenih rezultata, nakon poređenja kliničkih grupa na konceptu reket-osećanja uradili smo kanoničku analizu povezanosti reket-osećanja sa visinom skora na LD i Pa skali, da bismo videli kakva je priroda razlika između ove dve grupe ispitanika kada kriterijum razlikovanja nije psihijatrijska dijagnoza, već „objektiviziran” pristup u razvrstavanju ispitanika u ove dve grupe psihopatoloških poremećaja.

Tabela br. 5 Parametri izolovane diskriminativne funkcije
Table 5 Parameters of isolated discriminative function

Funk./ Func.	Karakter. koren/ eigenvalue	% varijanse/ variance %	kumulativni %/ cumulative %	kanonička korelacija/ canonical correlation	Wilks' Lambda/ Wilks' Lambda	hi-kvadrat/ χ-square	df/ df	p/ p
1	,212(a)	100,0	100,0	,418	,825	18,481	2	,000

Tabela br. 6 Izvod iz matrice strukture diskriminativne funkcije
Table 6 Matrix of discriminative function structure

	Funkcija/ Function
	1
Depresivnost – ukupno/ Depressed	,978
Pa – ukupno/ Paranoid	,384

Tabela br. 7 Centroidi grupa na diskriminativnoj funkciji
Table 7 Group centroids on discriminative function

	Funkcija/ Function
	1
Neklinička/ Non-clinic	,451
Klinička/ Clinic	-,461

Ono što je na prvi mah bilo veoma zanimljivo, jeste visina korelacije između LD i Pa skale od 0,64. Time se može objasniti visina skora na Pa skali kod depresivnih ispitanika, kao i visina skora na D skali kod paranoidnih pacijenata. Ovaj nalaz otvara pitanje valjanosti LD i Pa skala, koju može da ugrožava davanje socijalno poželjnih odgovora ili agravacija. Sada se nameće i pitanje namene primenjenih skala, gde je LD skala namenjena za procenu depresivne strukture ličnosti, a Pa skala za razlikovanje „normalnosti“ od paranoidne patologije. Pored toga, prema nalazima istraživanja Bentalove atribucione teorije³ [22] ispitanici sa paranoidnim poremećajima imaju mnoge depresivne karakteristike, uključujući nisko samopoštovanje,

³ Atribuiranje je kognitivni proces kojim osoba pripisuje uzrok opaženim događajima.

osim što paranoidni ispitanici negativne događaje pripisuju spoljašnjem uzroku, radi odbrane od samooptuživanja i niskog samopoštovanja. Nalazi Bentalovog istraživanja podržavaju hipotezu o defanzivnoj funkciji paranoidne ideacije, od dubljeg osećanja niskog samopoštovanja. Ovi nalazi opravdavaju „sličnost“ sadržaja instrumenata koji su namenjeni za procenu postojanja depresivnih i paranoidnih poremećaja.

Dobijena je jedna statistički značajna kanonička korelacija (tabela br. 9). Iz tabele br. 10 vidi se da kanoničku dimeziju iz prvog seta varijabli određuje radost u pozitivnom smeru, a u negativnom smeru većina neprijatnih osećanja. Ovu kanoničku dimeziju nazvali smo **prijatna osećanja**. Ova kanonička dimezija objašnjava 82% varijanse prvog seta varijabli.

Tabela br. 11 nam govori da je kanonička dimezija iz drugog seta vari-

<i>Tabela br. 8 Testovi jednakosti AS grupa</i> <i>Table 8 Tests of groups' mean equality</i>					
	Wilks' Lambda	F	df1	df2	p
Pa – ukupno/ Paranoid	,970	3,031	1	97	,085
Depresivnost – ukupno/ Depressed	,831	19,688	1	97	,000*

<i>Tabela br. 9 Kanonička korelacija LD i Pa skala i reket-osećanja i testovi značajnosti kanoničkih korelacija</i> <i>Table 9 Canonical correlation of LD and Pa Scales and Racket-feelings and test of canonical correlations significance</i>					
Kanoničke korelacije/ Canonical correlations	Wilk's	hi- kvadrat/ χ^2 -square	DF	p	
1 ,584	,601	96,193	30,000	,000	
2 ,296	,912	17,376	14,000	,237	

jabli određena niskim skorovima na skalama depresivne ličnosti i paranoičnosti, te smo ovu dimenziju nazvati **odsustvo depresivnih i paranoidnih karakteristika**. Procenat objašnjene varijanse drugog seta ovom kanoničkom dimenzijom izosi samo 14%.

Može se govoriti o povezanosti prijetnih osećanja i odsustva depresivnih i paranoidnih smetnji, što je u skladu sa teorijskim pretpostavkama (1, 8, 3, 23, 7, 14], kao i nalazima prethodnih istraživanja emocionalnosti u kognitivno-bihevioralnim modelima [12].

Prva kanonička dimenzija objašnjava samo 4,8% varijanse drugog seta, dok druga kanonička dimenzija bolje objašnjava prvi set, kroz 28% varijanse.

DISKUSIJA

Dobijeni rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku između nekliničke i kliničke populacije na konceptu reket-osećanja. Klinička grupa statistički značajno više reketira neprijatnim osećanjima vezanim za domen Ja u odnosu na nekliničku grupu. Ovaj nalaz je u skladu sa teorijskim impikacijama u TA [1, 7]. Nalaz našeg istraživanja bi se indirektno mogao povezati sa nalazima istraživanja autorke Nabradi [16], u kojem je utvrđeno da su neprijatna reket-osećanja povezana sa nižom emocionalnom inteligencijom. U istom istraživanju je nađena povezanost između reket-osećanja i strategija prevladavanja usmerenih na emoci-

Tabela br. 10 Kanonička opterećenja za set reket osećanja
Table 10 Canonical loads for the set of Racket-feelings

	1	2
Stid/ Shame	-,603	,283
Krivica/ Guilt	-,377	,474
Strah/ Fear	-,588	,133
Tuga/ Sadness	-,453	,168
Bes/ Rage	-,313	,053
Zainteresovanost/ Interest	,126	,360
Radost/ Joy	,507	,171
Zavist/ Envy	-,299	-,347
Nada/ Hope	,260	,316
Ljubav/ Love	,170	,177
Žalost/ Regret	-,305	,096
Iznenadenje/ Surprise	-,033	-,021
Gadenje/ Disgust	-,471	-,205
Prkos/ Spite	-,018	-,098
Osramoćenost/ Dishonor	-,408	-,009

Tabela br. 11 Kanonička opterećenja za set LD i Pa skale
Table 11 Canonical loads for the set of LD and Pa Scales

	1	2
Pa-ukupno/ Pa total	-,899	-,438
D-ukupno/ D total	-,913	,408

je. Niska emocionalna inteligencija i strategije prevladavanja usmerene na emocije se češće sreću kod osoba sa mentalnim poremećajima u odnosu na osobe bez poremećaja [24]. Zanimljivo je da se neklinička i klinička grupa ne razlikuju po reketiranju osećanjima besa i prkosa na univarijantnim testovima razlika aritmetičkih sredina. Ovaj nalaz bi se mogao dovesti u vezu sa našim ranijim istraživanjem povezanosti reket-osećanja, zabrana i životnih pozicija kod nekliničke i kliničke populacije, gde je utvrđeno da se neklinička i klinička populacija ne razlikuju u stavu prema sebi i drugim ljudima, u smislu da su i jedni i drugi skloni da umanjuju vrednost drugih ljudi [25]. Dobijeni pokazatelj smo povezali sa rezultatima sociološkog istraživanja tranzicije u Srbiji, u priodu od 1991. do 2001. godine. Isti ukazuju da se oko polovina istraživanih porodica zatvorilo i izgubilo kontakt sa sredinom, prekinulo prijateljske i druge komunikacije. Najviše pogođenih klimom loših međuljudskih odnosa se sreće u grupi srednjih godina i još više kod starijih od 60 godina, bez obzira na obrazovni nivo ispitivanih [25]. U ovom momentu, pomenuti rezultati mogu biti samo inspiracija za buduća istraživanja dominantnih emocionalnih obrazaca i načina gledanja na sebe i druge ljude na domaćem terenu.

Što se tiče razlika ispitanika sa depresivnim i paranoidnim poremećajima, situacija je nešto komplikovanija. Ono što je u skoro samom početku „pomrsilo račune“ jeste pokazatelj da ispitanici iz grupe sa depresivnim poremećajima imaju viši skor na Pa skali od ispitanika iz grupe paranoidnih poremećaja. Izgleda da su na ovom mestu nedostaci samoopisnih tehnika u kliničkim istraživanjima u punoj meri došli do izražaja, ako

izuzmemo mogućnost da su ispitanici iz grupe depresivnih poremećaja senzitivniji od ispitanika iz grupe paranoidnih poremećaja, u šta već ne verujemo. Čini se da je najverovatnije da se istovremeno radi o agravaciji ispitanika sa depresivnim poremećajima i minimiziranju ispitanika sa paranoidnim poremećajima. Takođe, nameće se i pitanje pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze. Već je rečeno da su dijagnoze iz grupe depresivnih poremećaja mnogo heterogenije u odnosu na dijagnoze iz paranoidnih poremećaja, s obzirom da se depresija kao sekundarni fenomen može sresti kod većine psihopatoloških kategorija. Svakako, za sada možemo samo da pretpostavljamo koji faktor ili koja kombinacija faktora je doprinela dobijenom rezultatu. Ono što sa većom sigurnošću možemo da tvrdimo jeste da su ti faktori iz grupe metodoloških nedostataka našeg istraživanja ili kliničkih istraživanja generalno. U svrhu poboljšanja pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze smatramo da bi bilo korisno uvođenje dijagnoza i sa prve i sa druge ose, po kriterijumima DSM-IV, kako bi se izbeglo preklapanje „stanja“ i „crta“, odnosno kako bi se odvojila ova dva aspekta psihičkog funkcionisanja, da znamo koja pojava kojem aspektu pripada.

Ono što je za nas od primarnog značaja u ovom istraživanju je da naši rezultati govore u prilog nerazlikovanja ispitanika sa depresivnim i paranoidnim poremećajima na konceptu reket-osećanja. S obzirom da je potvrđena statistički značajna razlika nekliničke i kliničke grupe na ovom konceptu, moguće je formulisati nekoliko potencijalnih objašnjenja ovog izostanka razlike između paranoidnih i depresivnih ispitanika.

Prvo, može se pretpostaviti da navedena skala možda nije dovoljno senzitivna za uočavanje razlika u kvalitetu emocija u okviru dve različite kliničke grupe. Važno je ne zaboraviti da se ovakvim skalama ipak ne ispituje stvarna emocija nego je u pitanju iskaz ispitanika o tome šta je osećao u određenoj situaciji. Već smo govorili o problemu adekvatnosti ispitivanja osećajnosti samo putem samoopisnih tehnika i diskutovali da dobijena emocionalna nespecificnost može biti posledica i nepouzdanosti psihijatrijske dijagnoze, ali i nedostataka samoopisnih tehnika generalno, zbog mogućnosti svesne i nesvesne cenzure odgovora. Ovu pretpostavku indirektno podržava i nalaz iz ovog istraživanja o dobijenoj visokoj korelaciji između LD i Pa skala, što je nalaz koji je sam po sebi zanimljiv i koji otvara brojna pitanja, kako o diskriminativnosti datih instrumenata, tako i o mogućnosti da su fenomeni komorbiditeta ispitivanih pojava viši nego što se to pretpostavlja. Zbog toga, navedene skale se ne mogu uzeti kao definitivna potvrda nepouzdanosti psihijatrijske dijagnoze. Ne treba zaboraviti ni činjenicu da je LD skala namenjena za procenu strukture ličnosti, a Pa skala za razlikovanje „normalnosti“ od patologije, u ovom slučaju paranoidne, koja može biti i karakterna crta, a i pokazatelj aktuelnog stanja na terenu različitih struktura ličnosti. Takođe, sugestija za buduća istraživanja sličnog tipa jeste primena instrumenata koji su jednaki po tome da li mere crte ličnosti i trenutno psihičko stanje ispitanika, koji će poslužiti kao provera pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze. Još bolje bi bilo primeniti i tzv. „trait“ i „state“ skale, kako bi se u većoj meri unapredila „objektivizirana“ procena vrste psihopatološkog poremećaja kod

ispitanika. Kada je u pitanju istraživanje reket-osećanja i ljudske osećajnosti generalno, možda bi bilo dobro sagledati ovaj fenomen iz što više uglova, da bi se dobila što realnija predstava o tome šta se dešava na polju „najsabjektivnijeg“ fenomena među svim ostalim subjektivnim fenomenima u kliničkim istraživanjima. Sigurno da bi istraživanje reket-osećanja bilo znatno pogodnije, kako u metodološkom, tako i u praktičnom smislu, kada bi se uključila i procena osećanja od strane posmatrača, ako ne i neki oblik projektivnog testa, obzirom na već pominjane nedostatke samoopisnih tehnika, koje su posebno naglašene kada se radi o ispitivanju osećajnosti. U prilog navedenog predloga idu rezultati istraživanja facijalne ekspresije, koji potvrđuju da je ona univerzalna. Ljudi čak iz različitih kultura tačno prepoznaju emocije koje se iskazuju na licima drugih ljudi [26]. Takođe, uvođenje kontrolnih skala bi u značajnoj meri otklonilo problem svesne i nesvesne cenzure odgovora u primenjenim upitnicima. To jeste duži i skuplji put usavršavanja instrumenta, ali bi se na ovaj način sigurno poboljšala valjanost dobijenih podataka.

Dalje, kao moguće objašnjenje nerazlikovanja ispitanika iz dve kliničke grupe na konceptu reket-osećanja i dobijenog visokog skora ispitanika sa depresivnim poremećajima na Pa skali, ne treba zaboraviti i Bentalovu atribucionu teoriju i nalaze istraživanja iste u okviru kognitivno-bihejvioralnih modela osećajnosti. Po ovoj teoriji, i depresivni i paranoidni ispitanici imaju lošu predstavu o sebi, samo što ispitanici sa paranoidnim poremećajima negativne događaje pripisuju spoljašnjem uzroku radi odbrane od samooptuživanja i niskog samopoštovanja. Nalazi njegovog istraživanja potvr-

đuju da je paranoidna ideacija odbrana od niskog samopoštovanja [22]. Iz toga se može očekivati sličnost sadržaja koji karakterišu obe kliničke grupe, i samim tim sličnost sadržaja određenog broja ajtema skala kojima se meri prisustvo depresivnih i paranoidnih karakteristika.

Ne treba zaboraviti ni problem snage statističkog zaključka i sa tim povezanu veličinu ispitnog uzorka ispitanika što je veoma rasprostranjen problem u kliničkim istraživanjima. Moguće je da razlika između samoevaluiranog emocionalnog reagovanja ispitanika koji imaju različite psihopatološke fenomene postoji, ali da nije dovoljno izražena da bi statistički bila registrovana na uzorku ove veličine (po 50 ispitanika u svakoj grupi). Ovaj pristup objašnjenja indirektno podržava nalaz koji smo dobili na nivou univarijantnih testova gde su se razlike mogle registrovati.

Međutim, ono što možda najviše problematizuje prethodnu diskusiju na temu reket-osećanja jesu nalazi istraživanja osećajnosti iz oblasti psihologije ličnosti. Ista su pokazala da subjektivnoj proceni različitih emocionalnih iskustava često nedostaje diskriminativna validnost. Na primer, mere individualnih razlika anksioznosti, depresije i agresivnosti koreliraju u opsegu od 0.7 do 0.9 [26]. Lako je naći razlike između subjekata koji doživljavaju i ne doživljavaju navedene tri emocije, ali se ne dobijaju informacije koje su dovoljno specifične u opisanju istih. Naime, na kraju ostaje i mogućnost da razlika između depresivnih i paranoidnih ispitanika nije registrovana ne zato što uzorak nije dovoljno velik ili adekvatno organizovan ili zato što instrument nije dovoljno validan da kontroliše probleme agravacije depresivnih ispitanika, nego da je u pitanju proble-

matična konceptualizacija emocionalne specifičnosti, te da se zapravo radi o manifestaciji opšte tendencije doživljavanja negativnog afektiviteta [26, 27].

U svakom slučaju, dobijeni rezultati ukazuju na važnost kako daljeg ispitivanja fenomena disfunkcionalne emocionalnosti, tako i na važnost usavršavanja metodologije istraživanja kako bi se smanjili rizici koji kompromituju validnost dobijenih rezultata.

ZAKLJUČAK

Generalno, možemo da zaključimo da su pretpostavke, u svrhu čije provere je i sprovedeno istraživanje, dobile delimično očekivanu potvrdu.

Klinička grupa statistički značajno više reketira neprijatnim osećanjima vezanim za domen Ja u odnosu na nekliničku grupu, što je u skladu sa pretpostavkama TA teorijskog modela.

Sa druge strane, i pored nekih univarijantnih razlika, nije izdvojen set reket-osećanja specifičan za ispitanike sa depresivnim i paranoidnim poremećajima. Ovakvi rezultati nisu u skladu sa teorijskim pretpostavkama TA modela o specifičnosti reket-osećanja i mogu se objasniti iz nekoliko uglova. Ova objašnjenja u prvi plan stavljaju probleme koji se tiču ograničenja ispitivanja emocija putem samoopisnih tehnika, ograničenja koja proističu iz veličine uzorka, zatim ograničenja koja proističu iz strukture uzorka i sa tim povezane pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze kao kriterijuma za formiranje uzorka, ali na kraju i ograničenja koji proizilaze iz teorijskog pristupa koji naglašava i pretpostavlja emocionalnu specifičnost različitih psihopatoloških fenomena.

RACKET FEELINGS IN NON-CLINICAL AND CLINICAL POPULATION BY TRANSACTIONAL THEORETICAL MODEL

Danijela Budiša¹

Vesna Gavrilov-Jerković²

Aleksandra Dickov³

Slađana Martinović-Mitrović³

Summary

Introduction: One of the main criteria for distinguishing an authentic feelings from non-authentic feelings in Transactional analysis is does the emotion force a person to solve the problem or not. It is believed that the emotion which does not force a person to solve a problem is actually is Racket-feeling. The main purpose of this feeling is to keep person's idea of himself/herself, others and the world, but not to solve the current problem. Further, it is assumed that the racket-feelings are expressed with a higher degree in clinical groups, and that different clinical groups have different Racket-feelings.

Objective: The general goal of this research is to test the potential of theoretical concept of Racket-feelings to discriminate non-clinical from clinical groups, as well as paranoid from depressive examinees in the clinical group.

Method: The research conducted was non-experimental, co-relational. Sample belongs to convenience sample type, comprised of 200 examinees, 100 from non-clinical and 100 from clinical population of adults. In the clinical part of the sample, depressive and paranoid disorders are evenly represented. Statistical analysis was conducted using computer software SPSS 15.0.

Results: With discriminant analysis was found the statistically significant difference between non-clinical and clinical part of sample in the concept of racket-feeling (eigenvalue = .427, Wilks' Lambda = .701, $p = .000$). According to the statistical criteria of correlation greater than 0.30, isolated discriminant function is defined by five emotions: shame, fear, sadness, envy and dishonor. The results indicate that there are no statistically significant differences between groups of depressive and paranoid examinees when racket-feelings are viewed as a system. There are univariate differences between two groups in terms of feelings such as envy, hope, surprise and defiance, and paranoid subjects have a higher score on all these feelings.

Conclusion: In general, we can infer that the assumptions, whose testing was the aim of conducting this research, got partially expected validation. Examinees from the clinical part of the sample have statistically significantly more expressed Racket feelings. The set of racket-feelings specific for subjects with paranoid and depressive disorders was not aside.

Key words: *Transactional Analysis, Racket feelings, depressiveness, paranoiaity.*

- 1 Centre for prolonged treatment of addictive diseases, Clinic for addictive diseases, Clinical Centre of Vojvodina, Novi Sad, Serbia
- 2 Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, Novi Sad, Serbia
- 3 Clinic of Psychiatry, Clinical Centre of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Literatura:

1. Berne, E. What do you say after you say hello? Psychology of human destiny. New York. Simon and Schuster; 1972.
2. Goulding M, Goulding R. Changing lives through redecision therapy. New York. Grove press; 1979.
3. English F. I am ok, You are ok (adult). Transactional Analysis Journal 1979; 5:416-20.
4. Kahler T. Transactional analysis revisited. Little Rock Arkansas. Human development publications; 1978.
5. Berne E. Sex in human loving. New York. Simon and Schuster; 1970.
6. Milivojević Z. Emocije. Novi Sad. Prometej; 2004.
7. Erskine R, Zalcmann M. The racket system. Transactional Analysis Journal. 1979; 9:51-59.
8. Steiner C. Scripts people live. Transactional analysis of life scripts. New York. Grove press; 1974.
9. Beck, R., & Perkins, T. S. Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. Cognitive Therapy and Research 2001; 25, 651-663.
10. Smederevac S, Mitrović D. Ličnost: Metodi i modeli. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju, 2006.
11. Clark, DA., Beck, AT., Alford, BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons Inc; 1999
12. Watson D, Gameza W, Simms, LJ. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. Journal of Research in Personality 2005;39:46-66.
13. Ernst J, Franklin H. The OK corral: the grid for get on with. Transactional Analysis Journal 1971; 1:33-42.
14. Stewart I, Joines W. TA Today: A new introduction to Transactional analysis. Nottingham. Russell Press Ltd; 1996.
15. Nábrády M. The impact of racket feelings on the recognition of emotions: Research report I. Transactional Analysis Journal 2002; 32: 76-86.
16. Nábrády M. The relationship between racket feelings, coping strategies and emotional intelligence: Research report II. Transactional Analysis Journal 2002; 32:86-92.
17. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd. Zavod za izdavanje udžbenika; 1992.
18. Biro M. Dijagnostička procena ličnosti MMPI-202. Novi Sad. Futura publikacije, Filozofski fakultet; 1995.
19. Novović Z, Nedimović T, Biro M. Stanje depresivnosti: sindrom ili raspoloženje? Psihologija 2007; 40:447-61.
20. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy. New York. Grove Press; 1961.
21. Karpman S. Fairy tales and script drama analysis. Transactional Analysis Bulletin 1968; 7:5-11.
22. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. Clin Psychol Rev 2001; 21:1143-92.
23. Goulding R, Goulding M. The power is in the patient. A TA/Gestalt approach to psychotherapy. San Francisco. TA Press; 1978.
24. Goleman D. Emocionalna inteligencija. Beograd. Geopoetika; 1995.
25. Budiša D, Gavrilov-Jerković V. Relacije transakciono-analitičkih koncepata zabrana, reket-osećanja i životnih pozicija kod nekliničke i kliničke populacije. Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd, knjiga rezimea 2010; 134-35.
26. Caprara G, Cervone D. Personality: Determinants, dynamics and potentials. Cambridge. Syndicate of the press of the university of Cambridge; 2000.
27. Tellegen A. Structure of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: Tuma AH, Maser JD. Anxiety and the Anxiety Disorders. New Jork: Erlbaum, Hillsdale; 1985, 681-706.

Danijela Budiša,
Marka Oreškovića bb, Bački Jarak,
Tel: 063/882-86-46, fax 021/524-344,
danijela1@neobee.net