

UNIVERZITET U BEOGRADU  
FILOZOFSKI FAKULTET

Snežana M. Svetozarević

**NOVI PRISTUPI U OTKRIVANJU  
PSIHOLOŠKIH FAKTORA RIZIKA  
ŽIVLJENJA U ALKOHOLIČARSKIM  
PORODICAMA**

doktorska disertacija

Beograd, 2012

UNIVERSITY OF BELGRADE  
FACULTY OF PHILOSOPHY

Snežana M. Svetozarević

**NEW APPROACHES IN DETECTING  
THE PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS  
OF LIVING IN ALCOHOLIC FAMILIES**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2012

**MENTOR:**

Prof. dr Marija Mitić, vanredni profesor  
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

**ČLANOVI KOMISIJE:**

Prof. dr Jelena Srna, vanredni profesor  
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

Prof. dr Dušica Lečić – Toševski, redovni profesor  
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Rad posvećujem, s ljubavlju,

suprugu Zoranu i sinu Stefanu, za beskrajno strpljenje, bezrezervnu podršku i toplinu kojom su mi davali snagu da istrajem na ovom, ni malo lagodnom putu.

Zahvalnost dugujem i svojim roditeljima, kao i članovima proširene porodice, koji su me bodrili, a opet pružali i utočište i miran kutak kada mi je to bilo potrebno.

Zatim, kolegama i saradnicima, počevši od operacionih sala u Somboru gde sam načinila „prve korake“, doduše u drugoj oblasti pomagačkih profesija, pa do Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu. Pre svega, zbog toga što su prijatnom interpersonalom klimom činili da težinu i obim posla – nemerljivo lakše nosim.

Veliko hvala članovima porodica koje su učestvovala u ovom istraživanju. Svakako, hvala članovima produžne psihoterapijske grupe koju vodim na podršci i pažnji sa kojom su pratili tok izrade ove teze. Koleginicama iz zdravstvenih ustanova koje su pomogle oko istraživanja želim da budu uvek okružene divnim saradnicima, kakve su i one same.

Sa svim dragim osobama od kojih sam učila, pa i učiteljima koji to zapravo nisu nameravali da budu, ovom prilikom imam potrebu da podelim da mi je mnogo značilo to što su bili spremni da dele svoje znanje, što su me podsticali i verovali u mene.

## **PODACI O DOKTORSKOJ DISERTACIJI**

### **NASLOV:**

Novi pristupi u otkrivanju psiholoških faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama

### **REZIME:**

Kada su u pitanju psiho-socijalna, medicinska i pravna zaštita alkoholičara i članova njihovih porodica, evidentan je dugogodišnji i veoma ozbiljan angažman ne samo stručnjaka, već i celokupne društvene zajednice. O značaju alkoholizma govori i činjenica da su aktuelno vodeći psihoterapijski modaliteti i modeli porodičnog funkcionisanja ponikli iz rada sa ovim porodicama, a broj publikacija koje uključuju pojmove *alkoholizam* i *porodica* jeste impozantan. Pa ipak, podaci savremenih, opsežnih epidemioloških studija ukazuju na to da slika o štetnim efektima alkoholizma nije umnogome promenjena (Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović-Batut, 2008; World Health Organization (WHO), 2011).

Sa pozicije doprinosa naše struke prevenciji alkoholizma, veoma značajnom nam se činila mogućnost proučavanja odnosa i povezanosti obeležja porodične strukture i funkcija sa zdravljem i dobrobiti individue. Stoga je naše istraživanje imalo za cilj da oceni koliko određeni modeli porodičnog funkcionisanja mogu doprineti utvrđivanju psiholoških faktora rizika prisutnih u porodicama sa problemom alkoholizma.

U istraživanju su učestvovalе porodice uključene u sistemsku porodičnu terapiju, zbog alkoholizma njihovog člana (otac alkoholičar), kao i odgovarajuća grupa porodica iz nekliničkog konteksta.

Sistemske model porodičnog funkcionisanja (Beavers et al., 1990) i poslednja revizija Cirkumpleks modela (Olson, 2008), kada su posmatrani odvojeno, pokazali

su se podjednako efikasnim. U situaciji konkurentne primene, Biversov model pokazao je najveću vrednost, kao i skale Zadovoljstva i Komunikacije Olsonovog modela. Model porodičnih procesa (Skinner, 2000), jedini je uspeo da zahvati individualni varijabilitet u opažanju porodica, ali je dao i niz rezultata koji problematizuju njegove konceptualno-metrijske osnove.

Rezultati našeg istraživanja podsećaju na nužnost psihometrijske provere modela koje nameravamo da primenimo u praksi, posebno ukoliko dolaze sa stranih područja. Iz pozicije teorije, oni su dokumentovali složenost procesa koncipiranja modela porodičnog funkcinisanja i na njima baziranih instrumenata. Sa praktičnog stanovišta, podaci su dali razumnu osnovu za izradu preporuka za izbor modela, u zavisnosti od zadataka koji su pred kliničare postavljeni (dijagnostika, terapija, edukacija).

**KLJUČNE REČI: porodica; alkoholizam; psihološki faktori rizika.**

**NAUČNA OBLAST:** Psihologija

**UŽA NAUČNA OBLAST:** Klinička psihologija

**UDK:** 178:316.356.2]:159.9

## **DISSERTATION INFORMATION:**

### **TITLE:**

New approaches in detecting the psychological risk factors of living in alcoholic families

### **ABSTRACT:**

When psycho-social, medical and legal protection of alcoholics and their families is in question, a long-term and very serious engagement is evident, not only by experts but by the whole social community as well. On the significance of alcoholism speaks the fact that presently leading psychotherapy modalities and models of family functioning arose from working with these families and the number of publications that include terms *alcoholism* and *family* is impressive. Still, records of the contemporary, extensive epidemiology studies indicate that the picture of damaging effects of alcoholism hasn't been significantly changed. (Institute for Public Health „Dr Milan Jovanović-Batut, 2008; World Health Organization (WHO), 2011).

From the position of our profession's contribution to the prevention of alcoholism, a possibility to study the influence of family structure characteristics and functions on the health and well-being of a person seemed very important. Therefore, our research had a goal of establishing to what extent certain models of family functioning can contribute to defining the psychological risk factors present within the families with the problem of alcoholism.

The families that have participated in the research were those included in a system family therapy due to the alcoholism of a family member (alcoholic father) and corresponding group of families from non-clinical context.

System model of family functioning (Beavers et al., 1990) and the last revision of Circumplex model (Olson, 2008) proved to be as equally efficient when they were observed separately. In a situation of concurrent application, the Bivers' model showed highest value, as well as the scales of Satisfaction and

Communication of the Olson's model. Model of family processes (Skinner, 2000) was the only one to cover the individual variability in observation of the families but also gave a stream of results that question its conceptual-metric base.

Results of our research remind of a necessity of psychometric testing of a model intended for practical use, especially if it comes from a foreign area. From a theoretical point of view, complexity of the process of model conception and upon it based instruments has been documented. From a practical point, the records have given a sound foundation for making recommendations for choosing a model, depending on the set clinical tasks (diagnostics, therapy or education).

**KEY WORDS:** family; alcoholism; psychological risk factors.

**SCIENTIFIC FIELD:** Psychology

**BRANCH:** Clinical Psychology

**UDC:** 178:316.356.2]:159.9



# SADRŽAJ

<b>1.</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>TEORETSKI DEO RADA .....</b>	<b>4</b>
2.1.	PORODICA – POJMOVNO ODREĐENJE .....	4
2.1.1.	MODELI PORODIČNOG FUNKCIONISANJA.....	8
2.1.1.1.	CIRKUMPLEKS MODEL .....	10
2.1.1.2.	SISTEMSKI MODEL .....	18
2.1.1.3.	MODEL PROCESA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA .....	24
2.1.2.	PSIHOLOGIJA PORODICE .....	36
2.1.2.1.	DISTINKTIVNA SVOJSTVA PSIHOLOGIJE PORODICE .....	36
2.1.2.2.	PSIHOLOGIJA PORODICE KAO NAUČNA DISCIPLINA .....	46
2.1.2.3.	RAD SA PORODICOM I PROFESIONALNI IDENTITET .....	47
2.1.2.4.	RAD SA PORODICOM I PROFESIONALNA DGOVORNOST. ....	47
2.1.3.	PROCENA PORODICE .....	48
2.1.3.1.	POJAM .....	48
2.1.3.2.	PRINCIPI .....	51
2.2.	ALKOHOLIZAM .....	52
2.2.1.	ALKOHOLIČARSKA PORODICA .....	52
2.2.1.1.	MEHANIZMI HOMEOSTAZE .....	54
2.2.1.2.	RAZVOJNE FAZE.....	59
2.2.1.3.	RAZVOJNE DISTORZIJE .....	62
2.2.1.3.1.	EFEKTI RAZVOJNIH DISTORZIJA .....	63

2.2.2. RASPROSTRANJENOST I EFEKTI ALKOHOLIZMA .....	66
2.2.2.1. ALKOHOLIZAM U SVETU I KOD NAS .....	66
2.2.2.2. EFEKTI ALKOHOLIZMA NA INDIVIDUALNOM, PORODIČNOM I DRUŠTVENOM PLANU .....	69
2.2.2.3. ISTRAŽIVANJA RIZIKA ŽIVLJENJA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA .....	70
2.2.2.3.1. DECA ALKOHOLIČARA .....	73
2.2.2.3.2. BRAČNI PARTNER ALKOHOLIČARA .....	75
2.2.2.3.3. PORODICA ALKOHOLIČARA .....	76
2.2.2.3.4. ALKOHOLIZAM I REZILIJENTNOST .....	77
2.2.2.3.5. FAKTORI RIZIKA I PROTEKTIVNI FAKTORI .....	78
2.2.2.3.6. DETE KAO ČINILAC PORODIČNE DINAMIKE .....	84
2.2.2.3.7. TRANSGENERACIJSKA TRANSMISIJA ALKOHOLIZMA.	85
<b>3. METODOLOGIJA .....</b>	<b>89</b>
3.1. ODREĐENJE PREDMETA POSMATRANJA .....	89
3.2. CILJ .....	89
3.3. ZADACI .....	90
3.4. OPŠTA METODA ORGANIZOVANJA ISTRAŽIVANJA .....	93
3.5. VARIJABLE .....	93
3.6. TEHNIKE ZA PRIKUPLJANJE PODATAKA .....	101
3.7. VREMENSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA .....	114
3.8. UZORAK .....	114
3.9. OBRADA PODATAKA .....	117
<b>4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>118</b>
4.1. OPŠTI PODACI O ALKOHOLIZMU .....	118
4.1.1. SOCIO-DEMOGRAFSKA OBELEŽJA PORODICA .....	118
4.1.2. SPECIFIČNA OBELEŽJA ALKOHOLIZMA.....	120

4.1.2.1. DISFUNKCIJE, POREMEĆAJI I OBOLJENJA ČLANOVA PORODICA .....	120
4.1.2.2. PSIHOLOŠKE TEGOBE I TEŠKOĆE I KARAKTERNE IZMENE OČEVA .....	120
4.1.2.3. TELESNE DISFUNKCIJE I OBOLJENJA OČEVA .....	121
4.1.2.4. BRAČNI I PORODIČNI PROBLEMI.....	122
4.1.2.5. PROFESIONALNI PROBLEMI OČEVA .....	123
4.1.2.6. SOCIJALNI PROBLEMI OČEVA .....	124
4.1.2.7. RAZVOJ ALKOHOLIZMA .....	125
4.1.2.8. ADAPTIVNE I RAZVOJNE POTEŠKOĆE DECE .....	126
4.1.2.9. ZDRAVSTVENI I PSIHOLOŠKI PROBLEMI SUPRUGA .....	127
4.1.3. ANALIZA PROCENE PORODIČNOG FUNKCIONISANJA IZ PERSPEKTIVA PRIMENJENIH MODELA.....	128
4.1.3.1. VASPITNI STILOVI .....	129
4.1.3.2. CIRKUMPLEKS MODEL I FACES IV .....	130
4.1.3.3. SISTEMSKI MODEL I SFI II .....	132
4.1.3.4. MODEL PROCESA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA I FAM-III .....	134
4.1.4. POREMEĆAJI I OBOLJENJA ISPITANIKA I PSIHOLOŠKI FAKTORI RIZIKA .....	143
4.1.5. ANALIZA INDIVIDUALNIH PERCEPCIJA PORODIČNIH SISTEMA .....	143
4.1.6.1. GENOGRAM PORODICE IZ KLINIČKE POPULACIJE .....	146
4.1.6.2. GENOGRAM PORODICE IZ NEKLINIČKE POPULACIJE .....	147
<b>5. DISKUSIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>148</b>
5.1. SOCIO-DEMOGRAFSKA OBELEŽJA PORODICA .....	148

5.2. SPECIFIČNA OBELEŽJA ALKOHOLIZMA .....	149
5.2.1. PSIHOLOŠKE TEGOBE I TEŠKOĆE “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA” .....	149
5.2.2. TELESNE DISFUNKCIJE I OBOLJENJA “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA” .....	149
5.2.3. BRAČNI I PORODIČNI PROBLEMI .....	150
5.2.4. PROFESIONALNI PROBLEMI “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA” .....	151
5.2.5. SOCIJALNI PROBLEMI “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA” .....	152
5.2.6. BROJNOST I MULTIDIMENZIONALNOST POSLEDICA ALKOHOLIZMA – REALITET ILI ARTEFAKT .....	152
5.2.7. FAZE RAZVOJA ALKOHOLIZMA KOD “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA” .....	153
5.2.8. PROBLEMI RAZVOJA I PRILAGOĐAVANJA DECE “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA” .....	154
5.2.9. TELESNI I PSIHOLOŠKI PROBLEMI SUPRUGA “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA” .....	156
5.3. ALKOHOLIZAM I PORODIČNI RITUALI.....	156
5.4. VASPITNA PRAKSA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA U NAŠEM ISTRAŽIVANJU .....	157
5.5. MODELI PORODIČNOG FUNKCIONISANJA I ALKOHOLIČARSKE PORODICE U NAŠEM ISTRAŽIVANJU.....	157
5.5.1. CIRKUMPLEKS MODEL I ALKOHOLIČARSKE PORODICE NAŠEM ISTRAŽIVANJU.....	158
5.5.2. SISTEMSKI MODEL I ALKOHOLIČARSKE PORODICE U NAŠEM ISTRAŽIVANJU.....	159
5.5.3. MODEL PROCESA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA I ALKOHOLIČARSKE PORODICE U NAŠEM ISTRAŽIVANJU .....	159

5.6. ODNOS POREMEĆAJA I OBOLJENJA ISPITANIKA U UZORKU I PSIHOLOŠKIH FAKTORA RIZIKA .....	160
5.7. ANALIZA INDIVIDUALNIH PERCEPCIJA PORODIČNIH SISTEMA ....	160
5.8. GENOGRAMSKI PRIKAZ.....	161
5.9. EFEKTI ŠKOLSKOG USPEHA I SOCIO-DEMOGRAFSKIH VARIJABLI .....	162
5.10. SOCIJALNA POŽELJNOST I VARIJABLE PORODIČNOG FUNKCIONISANJA .....	162
<b>6. ZAKLJUČCI SA PREPORUKAMA .....</b>	<b>163</b>
<b>7. LITERATURA .....</b>	<b>174</b>
<b>8. PRILOZI .....</b>	<b>187</b>
PRILOG 1 - TABELE SA DETALJNIM PRIKAZIMA REZULTATA .....	187
PRILOG 2 - GENOGRAMSKI SIMBOLI UPOTREBLJENI ZA PRIKAZE.....	219
PRILOG 3 – UPITNICI I INTERVJUI UPOTREBLJENI U ISTRAŽIVANJU .....	220
<b>9. BIOGRAFIJA KANDIDATA .....</b>	<b>238</b>
<b>IZJAVA O AUTORSTVU .....</b>	<b>240</b>
<b>IZJAVA O ISTOVETNOSTI ŠTAMPANE I ELEKTRONSKE VERZIJE .</b>	<b>241</b>
<b>IZJAVA O KORIŠĆENJU .....</b>	<b>242</b>

## 1. UVOD

Ideja o novim mogućnostima otkrivanja psiholoških faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama, sasvim izvesno izaziva sumnjičavost čitalaca, posebno onih, dobro upućenih u fenomen alkoholizma.

Jedno od prvih pitanja koje se i nama nametalo, prilikom koncipiranja nacрта našeg istraživanja, jeste: da li je moguće otkriti još nešto u priči koja je toliko puta ispričana?

Naše opredeljenje za ovu temu posredovano je, pre svega, iskustvima u praktičnom radu sa porodicama sa problemom alkoholizma. Ono, možda, najbolje svedoči o tome koliko su važna i što je još bitnije, po svojoj prirodi neiscrpna nastojanja usmerena pružanju pomoći takvim porodicama. Bez obzira na to da li članove alkoholičarskog sistema, posebno bračne partnere alkoholičara, posmatramo kao žrtve, vinovnike, ili bar ravnopravne učesnike u nastanku, razvoju i održavanju alkoholizma, praksa opominje da svi članovi alkoholičarskog sistema podjednako trpe. Alkoholičari ispoljavaju brojne disfunkcije telesnog i psihološkog zdravlja, kao i bračnog, porodičnog, profesionalnog i šireg socijalnog funkcionisanja. Njihove supruge učestalo saopštavaju o poteškoćama sopstvenog funkcionalnog statusa i zdravlja takođe. Decu alkoholičara odlikuje višedimenzionalna problematika kako u razvojnom domenu, tako i u prilagođavanju socijalnim zahtevima.

Koliko je alkoholizam bitan i osoben fenomen, svakako govori i to što je za rad sa ovom vrstom problematike osmišljena specijalizovana forma terapijskog pristupa. Takav, specifičan terapijski program, empirijski je višestruko ocenjen kao veoma efikasan. Međutim, pružena pomoć ne iscrpljuje se u postupcima terapije. Brojne društvene mere su ustanovljene, a i brojne inicijative pokrenute, kako bi se pomoglo članovima ovih porodica da u najmanju ruku optimalizuju svoje funkcionisanje.

Štaviše, alkoholizam je, usled svog socijalno-medicinskog značaja, decenijama u fokusu društvene, naučne i stručne javnosti. Dodajmo i to da smo se sa stanovišta empirije, a prilikom analize relevantnih istraživanja od kojih smo

pošli pri osmišljavanju našeg istraživanja, susreli sa zaista imponantnom građom, koja se, čini se, čak i usložnjava s protokom vremena.

Dakle, s jedne strane imamo godinama kreiran dijapazon praktičnih i teoretskih rešenja, kako na mikro, tako i na makroplanu društva.

Međutim, podaci savremenih, opsežnih epidemioloških studija ukazuju na to da slika o štetnim efektima alkoholizma, kako po alkoholičara, tako i članove njegove porodice, a posredno i širu socijalnu sredinu, nije umnogome promenjena.

Ukoliko posmatramo našu populaciju, alkoholizam dobija na razmerama. Uzasna granica na kojoj mladi počinju sa zloupotrebom alkohola, pomera se sve niže. Broj dece koja odrastaju u porodicama sa roditeljem alkoholičarom, izražava se u stotinama hiljada.

Iskustva u radu sa porodicama sa problemom alkoholizma, samo dodatno potvrđuju utiske o visokoj rezistentnosti ovog problema.

Opisan nesklad opsega primenjenih mera i njihovih rezultata, vidimo kao razuman osnov za neprekidan rad na proučavanju fenomena alkoholizma, uključujući i nastojanja ka ovladavanju njime. Posebno, ukoliko se uzme u obzir da se porodice menjaju u skladu sa izmenama društveno-istorijskih, ekonomskih i političkih odnosa, te je znanja o alkoholizmu, shvaćenom kao porodičnom fenomenu, i mere u odnosu na njega, potrebno revidirati u skladu s tim.

U našem istraživanju nastojali smo da na specifičan način izlistamo faktore rizika na koje je, na sadašnjem stepenu razvoja nauke i struke, moguće uticati u značajnoj meri.

U pristupu predmetu našeg proučavanja, izabrali smo formu alkoholizma u porodici koja je, po širini svog uticaja, nešto više od porodice *sa alkoholizmom jednog člana*, gde je pijenje prevashodno „stvar pojedinca“. To su, dakle, *alkoholičarske porodice*.

Pristup predmetu posmatranja realizovali smo u skladu s postulatima psihologije porodice i načelima kliničkog metoda procene. Psihologija porodice je naučna disciplina koja se bavi spektrom porodičnog funkcionisanja u opsegu od optimalnog do disfunkcionalnog, kao predmet proučavanja uzima funkcionisanje

pojedince na individualnom nivou, odnose pojedinaca u dijadnoj relaciji i u porodici u totalitetu i postavlja naglasak na preventivni rad. Klinički metod procene pretpostavlja metod čiji je osnovni cilj integracija podataka o jedinici posmatranja, a naglasak je na kontekstualnom razumevanju pojedinačnih podataka u totalitetu ličnosti ili jedinice koju posmatramo i procenjujemo, odnosno, u ovom slučaju - porodice.

U izboru modela porodičnog funkcionisanja, opredelili smo se za neke od onih koji, zahvaljujući svojoj dugoj istraživačkoj tradiciji i empirijskoj i teorijskoj razradi, zauzimaju značajnu poziciju u istraživanju porodičnog funkcionisanja. Takođe smo uključili i model koji nije u istoj meri zastupljen, ali ga odlikuju interaktivna priroda i, pre svega, mogućnosti procene porodičnog funkcionisanja sa pozicije funkcionisanja individue, dijadne relacije i porodičnog sistema u celini. Dakle, zbog saglasnosti s jednim od osnovnih postulata psihologije porodice.

Forma rizika kojom smo se prevashodno bavili u radu, jeste psihološki rizik, odnosno procena rizičnih faktora deriviranih na osnovu teoretskih modela.



## **2. TEORIJSKI DEO**

### **2.1. PORODICA – POJMOVNO ODREĐENJE**

Kada je u pitanju određenje porodice, epistemološke i suštinske promene koje je ova mala i društveno bitna grupa doživela, kao i aktuelni tokovi u društvu, čine taj pojam u priličnoj meri difuznim i neodređenim.

Dakle, društvene promene dovele su do značajnog smanjenja broja „tipičnih“, tradicionalnih, posebno nuklearnih porodica. Sve učestalije su porodice bez dece, jednoroditeljske porodice, ali i neuobičajene porodične konfiguracije (serijski brakovi, roditelji istog pola), kao i porodične jedinice zasnovane na vanbračnoj zajednici. Da li možemo govoriti o krizi porodice kao institucije ili ne – diskutabilno je. Dok neki autori insistiraju na tome da tradicionalna porodica polako nestaje, drugi autori smatraju da porodica ipak opstaje kao socijalna institucija sa svojom neosporivom funkcijom.

Pokušaji pronalaženja uniformne, savremeno koncipirane definicije porodice, ispostavljaju se kao nimalo jednostavan poduhvat.

Golubovićino određenje porodice (Golubović, 1981) usled svoje reprezentativnosti, sveobuhvatnosti i gnoseološke podesnosti (Mitić, 1988), čini nam se valjanom osnovom za razmišljanje o pojmu porodice. Definicija porodice koju ona daje, glasi: „Porodica je primarna zajednica biosocijalnog karaktera, koja istorijski menja svoje oblike i funkcije, ali u osnovi nastaje kao veza između muškarca i žene i njihove rođene i adoptirane dece. Njena osnovna društvena funkcija sastoji se u tome da omogući biološku i društveno-kulturnu reprodukciju društva i pomogne formiranju ličnosti deteta, ali i da svim članovima pruži uslove za ostvarivanje neposrednih ljudskih kontakata i psiho-socijalne stabilnosti, što su preduslovi za razvitak ličnosti i stabilizaciju porodične zajednice.“(Golubović, 1982).

Činjenice o sastavu porodice, podeli rada i na njoj baziranoj raspodeli uloga, raspodeli moći i autoriteta, strukturi odnosa i karakteristikama sistema usvojenih

vrednosti i normi ponašanja i aktuelno deluju podesnim kriterijumima deskripcije, komparacije i razumevanja porodica.

Neki autori definišu porodicu kao emocionalni sistem od najmanje tri (ponekad četiri) generacije živih srodnika, koji su međusobno povezani krvnim, zakonskim i istorijskim vezama, u koji se ulazi rođenjem a izlazi smrću, a ponekad čak ni tada (Srna, 1992).

Uopšteno, šta će pojam porodice uključiti, zavisi od niza činilaca. Kao najčešći kriterijumi koji se uzimaju u obzir prilikom određenja pojma porodice, izdvajaju se:

- biološki – polni odnosi i rađanje potomstva,
- integracija bioloških i socijalnih – brak i srodstvo,
- formalno-pravni – forma braka, društveno priznavanje (npr. “zakonita”/ “nezakonita” deca, vanbračna zajednica),
- veličina porodice – velika, proširena i mala porodica,
- funkcije porodice – seksualna, reproduktivna, zaštitna, vaspitna, socijalna, ekonomska,
- imovinski – zajednička imovina, individualno vlasništvo sa kooperativnošću ili bez nje i
- prostorna organizacija – zajedničko stanovanje, odvojen život.

Određenje pojma porodice zavisi od oblasti društvene i naučne delatnosti, u okviru koje se razmišlja o njoj. Pri određenju porodice, pedagozi će, tako, u fokus postavljati njenu vaspitnu funkciju. Sociolozi će se fokusirati na porodicu kao najznačajniji agens podruštvljavanja i isticaće njen značaj za produžetak kontinuiteta društva. Ekonomisti se pretežno opredeljuju za proizvodne odnose, načine pribavljanja i raspodele materijalnih sredstava... Pravnici su usmereni na sistem dužnosti, odgovornosti, prava, obaveza, no pre svega na pronalaženje legitimnog osnova definisanja porodice koji bi bio neosporno biološki utemeljen, te tako opšte prisutan i prihvaćen. Psihološke definicije mogu biti usmerene na (intra)psihološke procese, akcije, interakcije i transakcije, porodični sastav i

strukturu, uloge, individuu u porodici, porodicu kao grupu, ili interaktivni spoj jedinica porodice.

Dakle, mnoštvo kriterijuma određenja pojma porodice, različitost naučnog i društvenog konteksta iz kojeg se definišu, te postojanje aktuelno heterogenih formi zajedništva koji su obuhvaćeni pojmom porodice, u priličnoj meri otežavaju koncipiranje definicije koja bi bila primenljiva u različitim kontekstima, za različite svrhe i na različite oblike porodice.

Kao domišljat odgovor na navedene dileme, navodimo definiciju porodice američkog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje, koja glasi: „Porodica je mreža međusobnih obaveza (odanosti / privrženosti / posvećenosti)“ (National Institute of Mental Health (NIMH), 2005), kao verovatan odgovor na nove forme porodične strukture.

Definicija Lamane i Ridmana (Lamanna and Riedman, 1985) takođe uzima u obzir mnoge porodične varijacije. Prema njihovom određenju: „Porodica je bilo koja grupa osoba povezana brakom, srodstvom (krvnom vezom), usvojenjem ili bilo kojom seksualnom vezom u kojoj su ljudi povezani jedni s drugima u intimnom odnosu, članovi vide svoj identitet kao značajno povezan sa grupom koja poseduje sopstveni identitet“.

Međutim, pravni sistem je prilično decidan u ovom pogledu. U kontekstu legislative, upravo iznet stav predmet je eksplicitnog osporavanja. Naime, u različitim pravnim izvorima, pojam porodice aktuelno se tumači nezavisno od postojećih propisa država o kojima je reč i pri tom se fokusira na faktičko stanje, tj. na postojanje porodičnog života *de facto*. Iz toga se dedukuje da vanbračna zajednica, takođe, predstavlja porodicu. Ipak, preporuke su da zajednički život osoba istog pola ne predstavlja porodicu, već samo može uživati zaštitu u smislu privatnog života.

Sastav i struktura porodice u nacionalnom pravu, određeni su na sledeći način (Službeni glasnik Republike Srbije 2005, 2011):

- sa pozicije imovinskih odnosa, članovima porodice smatraju se "...krvni, tazbinski i adoptivni srodnici supružnika odnosno vanbračnih partnera koji zajedno sa njima žive.”;
- iz pozicije određenja okolnosti nasilja u porodici, članovima porodice smatraju se "...deca, roditelji i ostali krvni srodnici, te lica u tazbinskom ili adoptivnom srodstvu, odnosno lica koja vezuje hraniteljstvo; lica koja žive ili su živela u istom porodičnom domaćinstvu; vanbračni partneri ili bivši vanbračni partneri; lica koja su međusobno bila ili su još uvek u emotivnoj ili seksualnoj vezi, odnosno koja imaju zajedničko dete ili je dete na putu da bude rođeno, iako nikada nisu živela u istom porodičnom domaćinstvu.”;
- brak je određen kao zakonom uređena zajednica života žene i muškarca, koju sklapaju dva lica različitog pola davanjem izjava volje pred matičarem; prema odredbama nacionalnog porodičnog zakona, brak *ne mogu* sklopiti lica koja su već u braku, koja su nesposobna za rasuđivanje, srodnici u prvoj liniji, a od srodnika u pobočnoj liniji, rođeni brat i sestra, brat i sestra po ocu ili majci, stric i sinovica, ujak i sestričina; adoptivno srodstvo predstavlja smetnju za sklapanje braka na isti način kao i krvno srodstvo; iako prema istom zakonu brak ne mogu sklopiti tazbinski srodnici u prvom stepenu prave linije (svekar i snaha, zet i tašta, očuh i pastorka, maćeha i pastorak) navodi se kako sud može, iz opravdanih razloga, dozvoliti sklapanje braka između ovih tazbinskih srodnika;
- vanbračna zajednica određuje se kao trajnija zajednica života žene i muškarca, između kojih nema bračnih smetnji (vanbračni partneri), a vanbračni partneri imaju prava i dužnosti supružnika pod uslovima određenim ovim zakonom.
- kada su u pitanju pozicije roditelja u porodici, *majkom* deteta smatra se žena koja ga je rodila; *ocem* deteta koje je rođeno u braku smatra se muž majke

deteta; *ocem* deteta koje je rođeno u roku od 300 dana od dana prestanka braka smatra se muž majke deteta iz tog braka, ako je brak prestao smrću muža i ako majka nije sklopila novi brak u tom roku; *ocem* deteta koje je rođeno u novom braku smatra se muž majke deteta iz tog braka; *ocem* deteta koje je rođeno van braka, smatra se muškarac koji je priznao očinstvo ili je ono utvrđeno pravnosnažnom sudskom presudom.

Dakle, prema nacionalnim pravnim odredbama, obim porodice različito se određuje, u zavisnosti od toga šta se uzima kao kriterijum.

Iz navedenih izvoda može se uočiti da bračna i vanbračna zajednica uživaju podjednak pravni status.

Uslovi za zasnivanje braka, u priličnoj meri ograničavaju varijabilitet sastava porodica.

U zakonu su i veoma precizno definisane uloge majke i oca, što takođe vodi izvesnoj homogenizaciji sastava i strukture porodica.

### **2.1.1. MODELI PORODIČNOG FUNKCIONISANJA**

Ekspanzija porodične psihoterapije i porodičnog savetovanja, tokom skoro četiri decenije, vodila je empirijski utemeljenom produbljivanju razumevanja porodičnog funkcionisanja i psihopatologije, kao i uloge porodice u zdravlju i bolesti pojedinaca (National Institute of Mental Health (NIMH), 2005; Golubović, 1981). Uprkos tome, još uvek ne postoji preovlađujući model porodičnog funkcionisanja, u okviru kojeg bi se ovi klinički uvidi i empirijski nalazi mogli integrisati (Mitić, 1988, 2009).

Mnogi od postojećih modela razvili su se nezavisno jedan od drugog (Mitić, 1988) i većina njih je nastojala da inkorporira generalno prihvaćeno znanje individualne psihopatologije. Interakcija porodičnog sistema i individualne patologije bila je generalno zanemarivana, tako da su se individualni i porodični pristupi u teoriji i praksi razvijali nezavisno, često i antagonistički. Takva kolizija održavala se uprkos apelima i brojnim inicijativama individualnih i porodičnih

terapeuta, koji su tražili da se ta dva različita ali komplementarna pristupa, integrišu u cilju sveobuhvatnijeg i efikasnijeg razumevanja ljudskog ponašanja, kao i rada na njegovim promenama (Mitić, 2009; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 1997; El-Guebaly, 1991; Institut za Javno zdravlje „Dr Milan Jovanović – Batut“, 2008; Klein, 2005).

Na praktičnom nivou, ove poteškoće odrazile su se odsustvom standardizovane procedure procene i donošenja dijagnostičkog suda u pogledu mentalnog zdravlja ili patologije porodice (Peltoniemi, 2005).

Pregled dostupne literature ukazuje na sve veće neslaganje u pogledu toga koje su bitne dimenzije porodičnog funkcionisanja (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2008).

Autor Modela procesa porodičnog funkcionisanja (Skinner et al., 1982), iznosi svoje viđenje modela, koji pretenduje da bude sveobuhvatan:

1. morao bi da poseduje dobro organizovanu strukturu – da pojmovi i činioci koji se smatraju relevantnim za razumevanje strukture porodice i njenog funkcionisanja, budu jasno definisani, kao i veze i odnosi među njima;
2. model bi bio u stanju da omogući jasno razlikovanje između teorija porodičnog funkcionisanja i pristupa porodičnom tretmanu (porodična psihologija nasuprot porodičnoj psihoterapiji), tako da bi bio podjednako podesan za prikazivanje i razumevanje uspešnih i neuspešnih, odnosno zdravih i psihopatoloških obrazaca porodične strukture i funkcionisanja;
3. model bi omogućavao pragmatski vredan rezime i integraciju dosadašnjih, neretko opečnih, kliničkih i istraživačkih nalaza;
4. model bi u većoj meri trebalo da bude dinamičan po svojoj prirodi – prema Skinnerovom mišljenju, to bi značilo postavljanje težišta na procese u porodičnom funkcionisanju, prilikom definisanja univerzalnih dimenzija porodičnog funkcionisanja i opisivanja njihovih interakcija;
5. orijentacija na procese u porodičnom sistemu, prilikom formiranja konceptualnog okvira, poslužila bi kao adekvatan vodič za kliničku procenu, planiranje tretmana, istraživanja i edukaciju;

6. on bi trebalo da podstakne integraciju dominantnih paradigmi, pristupa, teorija i modela u razumevanju čoveka – prema Skinnerovom uverenju, integracija postavki iz sistemskog pristupa, psihoanalitičke orijentacije, teorije emocionalnog vezivanja, teorije socijalnog učenja i teorije životnih kriza, kao i iz razvojne psihopatologije, predstavljaju neophodan minimum za sveobuhvatan i naučno utemeljen model;

7. takav model bio bi kompatibilan sa drugim modelima porodične i individualne psihopatologije i nastojao bi da definiše njihovu interakciju;

8. on bi ohrabrio formulisanje novih istraživačkih hipoteza, kao i inovativne uvide u strukturu i procese porodičnog funkcionisanja;

9. takođe bi bio u stanju da diskriminiše porodice koje se dobro nose sa problemima i poteškoćama, od onih čije je funkcionisanje neuspešno;

10. on bi pomogao u uočavanju i prikazivanju porodičnih snaga i slabosti, s obzirom na to da porodice u realitetu nisu ni potpuno zdrave, ni patološke;

11. takav model bi trebalo da ishodi i primerenim tehnikama i testovima, koje bi omogućile da se izvedu mere relevantnih aspekata porodičnog funkcionisanja;

12. tehnike i testovi morali bi biti razvijani i evaluirani, upravo u pogledu pomenute sposobnosti da razlikuju porodične snage i slabosti (Olson et al., 1983).

Izbor modela porodičnog funkcionisanja koje smo primenili u istraživanju, u priličnoj meri bio je pod uticajem upravo iznetih stavova.

#### **2.1.1.1. CIRKUMPLEKS MODEL**

*Cirkumpleks model bračnih i porodičnih sistema* Dejvida Olsona, jedan je od modela porodičnog funkcionisanja sa najdužom tradicijom i najopsežnijim empirijskim zaleđem. Prema podacima iz literature, Cirkumpleks model bračnih i porodičnih sistema i na njemu zasnovan Upitnik porodične adaptabilnosti i kohezivnosti (FACES), u kliničkom setingu zastupljeni su preko 25 godina i tokom tog perioda, primenjeni u više od 1.200 istraživačkih studija (Kouneski, 2002).

Model je utemeljen na tri koncepta koja su, prema uverenju autora modela, neophodna za razumevanje funkcionisanja porodice. To su kohezivnost, fleksibilnost i komunikacija.

*Kohezivnost* je definisana kao emocionalna povezanost članova porodice.

Fleksibilnost je inicijalno bila definisana kao učestalost promena u vođstvu u porodici, u odnosima među ulogama i u pravilima tih odnosa. Od aktuelne revizije, porodična *fleksibilnost* uključuje kvalitet i manifestacije sledećih aspekata porodičnog funkcionisanja: vođstva i organizacije, odnosa među ulogama, pravila u tim odnosima, kao i dogovaranja.

Pojam *komunikacije* odnosi se na pozitivne komunikacione sposobnosti i one mogu biti posmatrane na nivou celokupnog sistema porodice ili u dijadnim relacijama. Ona je definisana kao proces kreiranja i razmene informacija, ideja, mišljenja i osećanja između članova porodice. Model postulira da uravnoteženi porodični sistemi imaju znatno adekvatniju komunikaciju, u odnosu na neuravnotežene i da porodice sa adekvatnijom komunikacijom imaju značajno izraženije *zadovoljstvo*, u odnosu na one sa slabijom komunikacijom. Prema viđenju autora, u terapijskom radu sa porodicama, dimenzija komunikacije jeste ta koja je u fokusu rada i pomoću nje se ostvaruju promene postojećih nivoa kohezije i fleksibilnosti.

Glavna hipoteza Cirkumpleks modela glasi: *uravnoteženi nivoi kohezije i fleksibilnosti najpogodniji su za zdravo funkcionisanje porodice, dok su neuravnoteženi nivoi kohezije i fleksibilnosti (veoma niski ili veoma visoki), povezani sa problematičnim funkcionisanjem porodice.*

### *Razvoj modela*

Model, kao i upitnik zasnovan na njemu, bili su podvrgnuti čestim revizijama i izmenama (Olson, Sprenkle i Russell, 1979).

Najnovija revizija odvijala se od empirije ka teoriji. Dakle, na osnovu ekstenzivnih studija, vršene su konceptualne i metrijske korekcije postojećih skala i



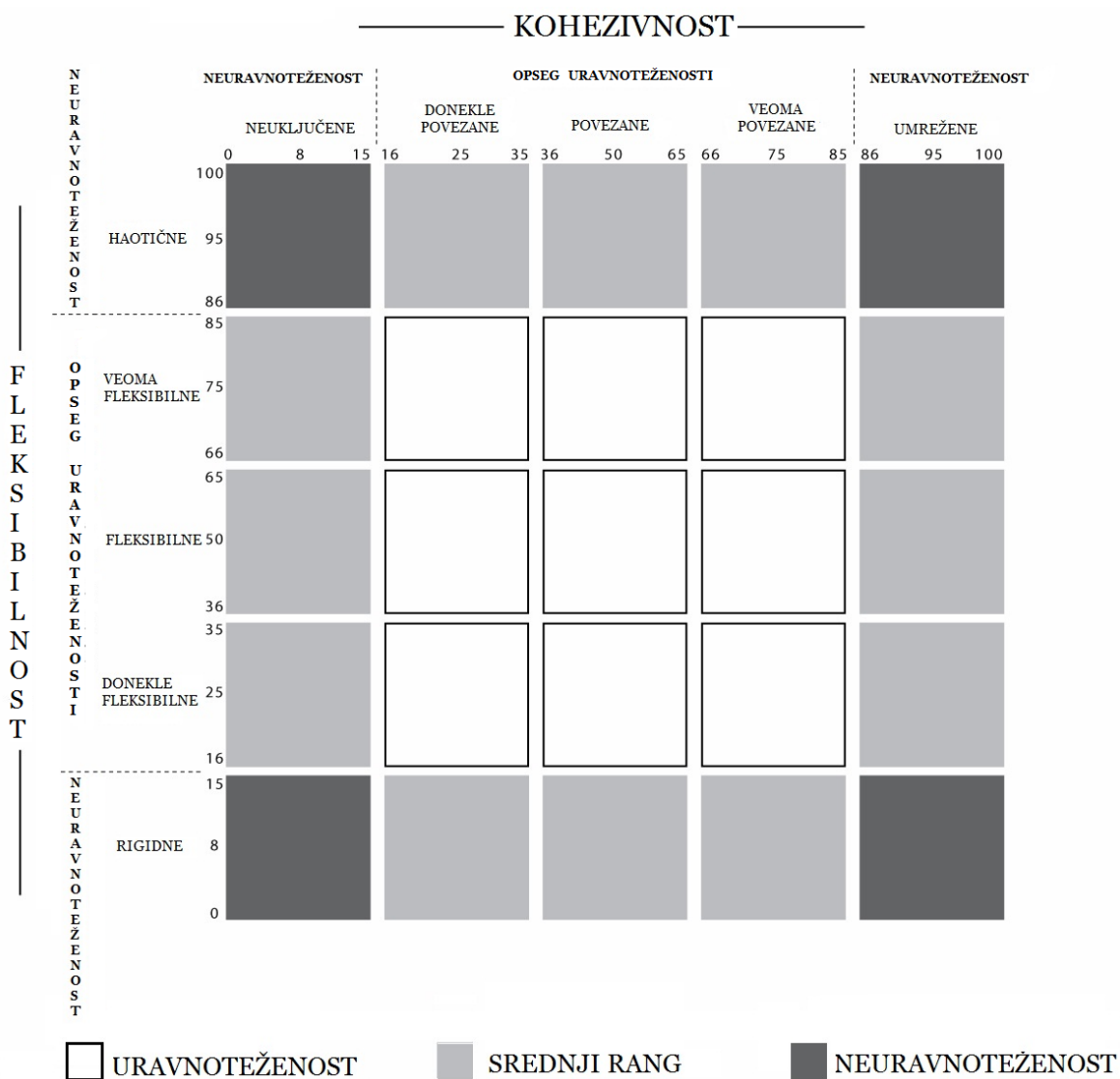
pridodate su nove skale, a potom je i model pretrpeo izvesne izmene, kako bi mogao da prati novine u sistemu kvantifikacije porodičnog funkcionisanja.

Model sada uključuje dve skale uravnoteženosti i četiri skale neuravnoteženosti. Skale uravnoteženosti su Uravnotežena kohezivnost i Uravnotežena fleksibilnost. One su konceptualno veoma slične Kohezivnosti i Fleksibilnosti u sklopu prethodnih revizija modela i na njima baziranih upitnika (FACES II i FACES III).

Skale neuravnoteženosti predstavljaju novinu u sistemu i čine ih Umreženost, Neuključenost, Haotičnost i Rigidnost. One, zapravo, preciznije iskazuju opsege ekstremnih vrednosti Kohezivnosti i Fleksibilnosti.

Inovaciju u sistemu predstavlja i dimenzija Zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem. Ona je definisana kao stepen do kojeg su članovi porodice srećni i ispunjavaju jedni druge. Ova dimenzija, na način kako je koncipirana u okviru najnovije revizije modela, uključuje tri komponente – zadovoljstvo *kohezivnošću*, zadovoljstvo *fleksibilnošću* i zadovoljstvo *komunikacijom* u porodici. Pretpostavlja se da balansirane porodice, u odnosu na nebalansirane, ispoljavaju znatno veći stepen zadovoljstva. Zatim, da porodice sa znatno većim stepenom zadovoljstva poseduju i znatno adekvatniju komunikaciju, u odnosu na porodice sa nižim stepenom zadovoljstva.

Sistem za ocenjivanje i izradu profila revidiran je, kako bi se omogućilo sveobuhvatno prikazivanje osnovnih dimenzija modela – *kohezivnosti* (u opsegu od *neuključenosti*, preko *uravnotežene kohezivnosti* do *umreženosti*) i *fleksibilnosti* (u opsegu od *rigidnosti*, preko *uravnotežene fleksibilnosti* do *haotičnosti*). Novi sistem ocenjivanja profila dozvoljava i zasebno tumačenje skala i integraciju rezultata za određeni porodični sistem, poređenje porodičnog sistema sa nekim drugim ili određivanje pozicije porodice u odnosu na norme.



Grafikon 1: Olsonov Cirkumpleks model (Olson, 2008, p.20)

Kao što se iz grafičkog prikaza može uočiti, na osnovu postignutog skora na skali Kohezivnosti, porodice mogu zauzeti svoje mesto na kontinuumu od *neuključene*, preko *uravnotežene* do *umrežene*. Na osnovu postignutog skora na dimenziji Fleksibilnosti, porodice mogu biti smeštene na kontinuumu od *rigidnih* do *haotičnih*, sa nivoom uravnoteženosti kao, takođe, centralnom vrednošću.

*Uravnotežena kohezivnost i uravnotežena fleksibilnost* prikazane su u centralnoj ćeliji Cirkumpleks modela. Sa odmicanjem od centra modela, kako u horizontalnoj, tako i vertikalnoj ravni, rastu vrednosti na krajevima osnovnih dimenzija modela, te dostižu ekstremne vrednosti. Te ekstremne vrednosti osnovnih dimenzija, odnosno dimenzija *Kohezivnosti* i *Fleksibilnosti*, predstavljene su putem četiri skale neuravnoteženosti, grafički prikazane na završecima osnovnih dimenzija.

Na osnovu klaster analize skala, u sklopu aktuelne revizije, identifikovano je šest tipova porodica, koje se rangiraju od najzdravijih ka najmanje zdravim porodicama<sup>1</sup>.

Derivirani klasteri su sledeći:

Klaster 1, *Uravnotežene porodice* – odlikuju ih najviši skorovi na skalama uravnoteženosti Kohezivnosti i Fleksibilnosti i najniži skorovi na svim skalama neuravnoteženosti, izuzev Rigidnosti gde su skorovi blizu najnižih, što odgovara tipu porodice sa visokim nivoima zdravlja i niskim nivoima problematičnog funkcionisanja. Za ove porodice pretpostavlja se da su najposposobnije da rukuju stresom koji proističe iz svakodnevnog življenja, iz interpersonalnih zbivanja ili iz promena u porodici, koje se odvijaju tokom vremena. Ovaj tip porodice najređe se susreće u terapiji.

Klaster 2, *Rigidno kohezivne porodice* – odlikuju se visokim skorovima Kohezivnosti i Rigidnosti, umerenim skorovima Fleksibilnosti i Umreženosti, kao i niskim skorovima Neuključenosti i Haotičnosti. Ovaj tip porodice odlikuju visok stepen emotivne bliskosti članova i strogoća u primeni pravila porodičnog funkcionisanja, što se nužno ne ispostavlja garancijom uspešne adaptiranosti. U njima se mogu pojaviti teškoće u susretu sa situacionim ili razvojnim promenama, upravo zbog izrazite rigidnosti.

Klaster 3, *Porodice srednjeg ranga*– odlikuju ih umereni skorovi na svim podskalama, izuzev na podskali Rigidnosti. Skalu Rigidnosti odlikuje bimodalna

---

<sup>1</sup>Za razliku od aktuelne, prethodna verzija Cirkumpleks modela omogućavala je kategorizovanje porodica samo u terminima uravnoteženih, neuravnoteženih ili porodica srednjeg ranga.

distribucija skorova, te se pretpostavlja da se zbog toga vrednosti, čak i za ovaj klaster porodica, visoko ili nisko grupišu. Za ovaj tip porodice pretpostavlja se da funkcionišu „neutralno“, ne ispoljavajući visoke nivoe poteškoća ili faktora rizika, ali isto tako ni visoke nivoe snaga i protektivnih faktora.

Klaster 4, *Fleksibilno nebalansirane porodice* – odlikuju ih visoki skorovi na svim podskalama, osim na skali Kohezivnosti, gde se kao karakteristični javljaju umereni do niski rezultati, što ih od svih tipova porodica čini najkompleksnijim za definisanje. Visoki skorovi na nebalansiranim skalama, kada su kombinovani sa niskim ili umerenim skorovima na skali Kohezivnosti, prema postulatima ovog modela, trebalo bi da vode problematičnom funkcionisanju. Međutim, u slučaju ovih porodica, prisustvo visokih skorova na skali Fleksibilnosti moglo bi da ukazuje na to da je ovaj tip porodice, ipak, u stanju da menja svoj (problematični) nivo funkcionisanja, onda kada je to potrebno.

Klaster 5, *Haotično neuključene porodice* – odlikuju se niskim skorovima na skalama uravnoteženosti, niskim skorovima na skalama Rigidnosti i Umreženosti i visokim skorovima na skalama Neuključenosti i Haotičnosti. Pretpostavlja se da niski skorovi pri ocenjivanju bliskosti, a visoki pri ocenjivanju razjedinjenosti, ukazuju na nedostatak emotivne bliskosti u porodici. Smatra se da ovaj tip porodice može biti problematičan jednako kao nebalansirani tip, s obzirom na to da su niski skorovi Umreženosti i Rigidnosti najmanje efikasni u razlikovanju problematičnih i neproblematičnih grupa porodica.

Klaster 6, *Nebalansirani tip* – ove porodice odlikuju visoki skorovi na sve četiri skale neuravnoteženosti i niski skorovi na dve skale uravnoteženosti. Ove porodice su, verovatno, najproblematičnije u pogledu njihovog celokupnog funkcionisanja. Na to ukazuju visoki skorovi na skalama neuravnoteženosti i istovremeni nedostatak porodičnih snaga i protektivnih faktora na koje ukazuju skale uravnoteženosti. Kao takav, ovaj tip porodice veoma često se sreće u terapiji.

U skladu sa postavkama revidiranog modela, koncipirano je pet stilova roditeljstva.

Olson i saradnici svoju tipologiju stilova roditeljstva grade, povlačeći paralelu između bazičnih koncepata svog modela i onih aspekata roditeljskog ponašanja koji su najčešće u fokusu empirije. Oni navode kako su roditeljska *podrška* i *kontrola* (Amato & Booth, 1997) dva obrasca od najistaknutijeg istraživačkog interesa.

Pojam *podrške* u dostupnoj literaturi, najčešće je određen kao količina brige, bliskosti i privrženosti roditelja. Olson ukazuje da je ovo određenje veoma slično kohezivnosti, na način kako je definisana u okviru Cirkumpleks modela.

Olson dalje navodi kako je *kontrola* najčešće pojmovno određena kao stepen fleksibilnosti roditelja prilikom uspostavljanja pravila i discipline u odnosu na dete, što je, opet, veoma slično sadržaju pojma fleksibilnosti u Cirkumpleks modelu. Razlika se sastoji u tome što su roditeljska podrška i kontrola u literaturi pretežno predstavljane kao dimenzije linearne po svojoj prirodi. O nelinearnoj prirodi odnosa roditeljske kontrole i ponašanja dece, u literaturi se raspravljalo tek povremeno, bez potrebne sistematičnosti u razradi te ideje. Jedan od svega nekoliko prikaza porodica ekstremnih u području roditeljske kontrole izneli su Amato i But (Amato & Booth, 1997), ukazujući na to da postoji nelinearan odnos između roditeljske kontrole i adaptiranosti dece. Ovi istraživači navode da, ako su roditelji bili previše popustljivi (naginju ka haotičnom sistemu) ili prestrogi (naginju ka rigidnom sistemu), deca pokazuju veću sklonost ka razvoju psiholoških tegoba i adaptivnih poteškoća. Olson i saradnici ovaj nalaz vide kao podršku hipoteze iz Cirkumpleks modela da deca sa psihološkim problemima dolaze pretežno iz neuravnoteženih porodičnih sistema.

Kada su na Cirkumpleks model preneseni stilovi roditeljstva iz teoretski i praktično najprominentnije kategorizacije autorke Baumrindove (Baumrid 1991, 1995)<sup>2</sup>, pokrili su njegov veći deo, izuzev dela koji su definisale visoke vrednosti skale Fleksibilnosti (Haotičnost) i ekstremno niske vrednosti skale Kohezivnosti (Neuključenost). Stil roditeljstva navedenih karakteristika, Olson i saradnici nazvali su *neuključenim*.

---

<sup>2</sup>Autoritarni, autoritativni, permisivni i odbacujući.

U terminima Cirkumpleks modela, karakteristike tim putem definisanih stilova roditeljstva, jesu:

1. *Demokratski stil* – odgovara „balansiranom“ tipu porodičnog sistema na Cirkumpleks modelu. Sadržajno, on donekle odstupa od autoritarnog stila koji je postulirala Baumrindova, a koji je, po njenom shvatanju, u osnovi sadržavao limit autonomije deteta i gotovo bezuslovno povinovanje autoritetima. U okviru ovog stila, na način kako ga definišu Olson i saradnici, roditelji uspostavljaju jasna pravila i očekivanja, o kojima razgovaraju sa svojom decom. Iako oni uvažavaju stavove deteta, ipak pronalaze potrebnu argumentaciju i način da uspostave svoje standarde. Kvantitativno, demokratski stil roditeljstva predstavljen je višim ocenama na Uravnoteženoj kohezivnosti i Uravnoteženoj fleksibilnosti i nižim ocenama na četiri skale neuravnoteženosti. Na primer, istraživanje Kouneskog (Kouneski, 1996) o modelima roditeljstva, pokazalo je da porodice koje su u većoj meri balansirane, imaju emotivno zdraviju i srećniju decu, koja su uspešnija u školi i životu.

2. *Autoritativni stil* – lociran je u nižem desnom kvadrantu Cirkumpleks modela. Odlikuju ga visoki nivoi rigidnosti i umreženosti. Roditelji koji ispoljavaju ovaj stil, imaju strožija pravila i očekivanja i striktno ih se pridržavaju. Oni očekuju i zahtevaju poslušnost i lojalnost svoje dece. Kako ovaj stil dobija na intenzitetu, porodice se pomeraju ka stilu neuravnoteženosti, nazvanom „rigidna umreženost“. Smatra se da je ovaj tip porodičnog sistema posebno problematičan za adolescente koji usled razvojnih osobenosti, pokazuju snažnu tendencu da mu se suprotstavljaju. Prema nalazima Baumrindove (Baumrind, 1955), deca čiji roditelji ispoljavaju ovaj stil, sklona su konfliktno-iritabilnom ponašanju, neraspoložena su, nesrećna, osetljiva na stres i hostilem nastrojena.

3. *Popustljivi stil* – ovaj stil roditeljstva odlikuju visok stepen Haotičnosti i Umreženosti. Roditelji dozvoljavaju deci povlastice i u odnosu na osnovna vaspitna načela i retko vrše pritisak na decu da prihvate standarde koje im kao roditelji postavljaju. Porodice su mnogo češće pod kontrolom dece, nego što su pod kontrolom roditelja. Kako se popustljivi stil bliži ekstremnim vrednostima,

porodica postaje bliža haotično-umreženom stilu, koji je problematičan za roditelje, jer se promenljivost i umreženost u sadejstvu, veoma nepovoljno reflektuju na ponašanje dece. Baumrindova (Baumrind, 1995) je uočila da deca roditelja ovog stila roditeljstva, generalno ispoljavaju impulsivno-agresivno ponašanje, odnosno sklonosti ka buntovništvu i/ili dominaciji, kao i nizak motiv postignuća.

4. *Odbacujući stil* – ovaj stil odlikuje se visokim nivoima Rigidnosti i Neuključenosti. Roditelji sa odbacujućim stilom ne obraćaju mnogo pažnje na potrebe svoje dece i retko imaju bilo kakva očekivanja u odnosu na ponašanje dece. Kako se ovaj stil bliži ekstremnim vrednostima, porodica postaje bliža „rigidno-neuključenom“ stilu. Takav stil otežava deci sticanje osećaja da neko brine o njima, a istovremeno se od njih očekuje da se adekvatno ponašaju, jer je to porodični sistem u okviru kojeg postoji mnogo pravila koja bi deca trebalo da poštuju. Kao rezultat, deca koja dolaze iz ovakvih porodica, često su nezrela i ispoljavaju razne forme psiholoških tegoba i teškoća.

5. *Neuključeni stil* – neuključeni stil roditeljstva odlikuju visoki nivoi Haotičnosti i Neuključenosti. U okviru ovog stila, roditelji često ignorišu decu, dozvoljavajući im sve moguće povlastice, sve do tačke dok ne počnu da ometaju aktivnosti roditelja. Kako ovaj stil postaje ekstremniji, porodica se pomera ka haotično-neuključenom modelu. Ovaj model prevashodno je problematičan za decu, jer, iako nisu „opterećena“ bilo kakvim pravilima i očekivanjima, u suštini su prepuštena sama sebi, a izostaje im i emotivna podrška.

#### **2.1.1.2. SISTEMSKI MODEL**

Sistemski model porodičnog funkcionisanja Roberta Biversa (The Beavers System Model of Family Functioning), kao što je izneto, takođe je model sa dugom tradicijom i bogatom empirijskom građom u zaleđu. Dakle, ekstenzivne studije porodica, pomoću kliničkih rejting skala zasnovanih na postavkama ovog modela, započete su 70-tih godina prošlog veka, a samoopisni upitnik nastao je 80-tih, na osnovu rezimiranja prikupljenih podataka o porodicama. Pouzdanost i validnost

samoopisnog upitnika i kliničkih rejting skala, dokumentovani su u više od 30 istraživačkih radova (Beavers & Hampson, 2000).

Model se pokazao podesnim u edukaciji, istraživanju i kliničkom radu.

### *Odlike modela*

Bazične dimenzije modela jesu *kompetentnost porodice* i *porodični stil* (Beavers et al., 1990).

*Kompetentnost porodice* odnosi se na strukturu, dostupne informacije i adaptivnu fleksibilnost porodičnog sistema. Autori smatraju da visoka kompetentnost sistema zahteva da postoji jasna struktura sistema, ali i sposobnost da se struktura promeni. Oni smatraju da kompetentne porodice intuitivno ostvaruju sistemski pristup porodičnim odnosima i funkcionisanju, pristup koji se sastoji u uvažavanju zamenljivosti uzroka i posledica, kao i cirkularnosti fenomena tog sistema. Fleksibilnost smatraju nužnom pretpostavkom za dostizanje zdravog funkcionisanja porodice, jer porodica koja nije strogo vezana za postojeće šeme ponašanja i odgovore, ima veću slobodu da se razvije, te formira svoj identitet i integritet. Što je porodica fleksibilnija i adaptabilnija (jasna veza sa Olsonovim modelom), više je u stanju da pregovara, funkcioniše i efektivnije izlazi na kraj sa stresnim situacijama.

*Porodični stil* je pojam koji se odnosi na odlike stila porodične interakcije. Vrednosti ove dimenzije kreću se u opsegu od centripetalnog do centrifugalnog. Porodice sa preovlađujućim centripetalnim stilom smatraju da većina zadovoljstava iz interpersonalne sfere potiče iz kruga porodice, pre nego iz spoljašnjeg sveta. Suprotno tome, centrifugalne porodice vide spoljašnji svet kao izvor gratifikacija, a porodicu kao relativno pasivnu jedinicu koja to stanje, preuzeto spolja, samo odražava. Autori modela smatraju da porodični stil ima nelinearan odnos prema zdravom funkcionisanju (U funkcija), te da su ekstremno izraženi stilovi – bilo centrifugalni ili centripetalni – povezani sa maladaptivnim funkcionisanjem porodice. Kako opada intenzitet prisutnog centrifugalnog ili centripetalnog stila, porodica postaje zdravija.

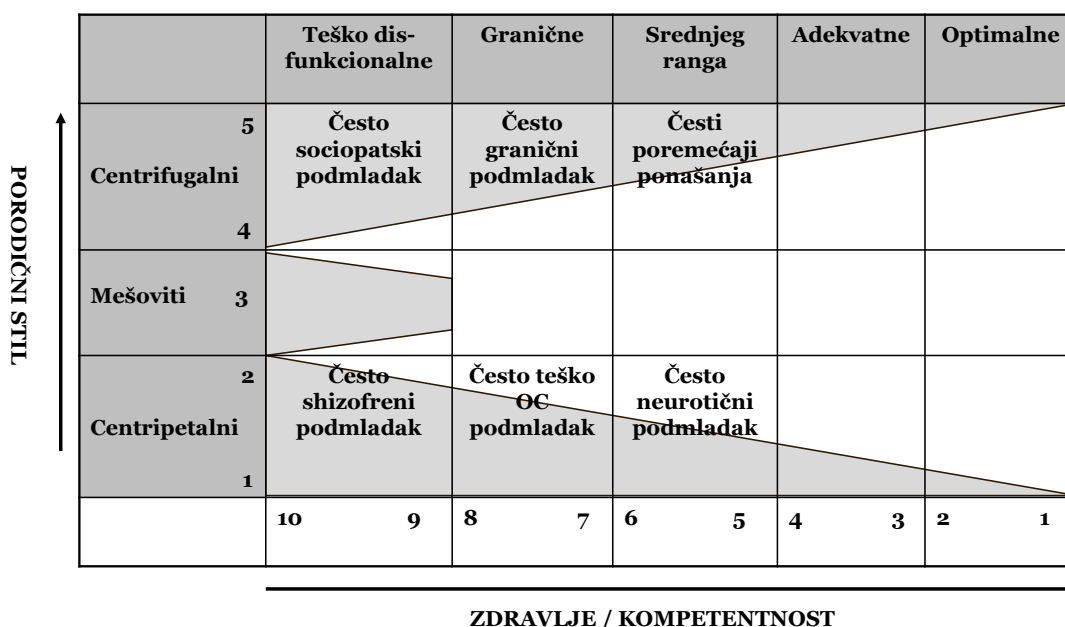


Bivers smatra da se sposobne porodice menjaju i prilagođavaju na različite načine, a sve u cilju ispunjavanja individualnih potreba svojih članova. Na primer, porodica sa malim detetom je, razvojno očekivano, više centripetalna. Za istu tu porodicu, kada dete dostigne adolescentni uzrast, biva podesnija centrifugalna šema, i zdrave porodice u stanju su da izvedu ovu promenu.

Kada je u pitanju odnos bazičnih dimenzija modela, kompetentnost porodice osmišljena je tako da čini jednu, a porodični stil drugu dimenziju. Ove dimenzije su ortogonalno postavljene, te definišu prostor u okviru kojeg je moguće smestiti neku porodicu, u zavisnosti od nivoa njene kompetentnosti i dominantnog stila interakcija.

Posmatrano u vremenskoj dimenziji, Biversov model nudi poprečni presek perspektive funkcionisanja porodice.

Pozicija porodice u prostoru definisanom ortogonalno postavljenim dimenzijama, može biti utvrđena na osnovu posebnih skala – skala interakcije, odnosno dve kliničke rejting skale.



Grafikon 2: Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja (Beavers & Hampson, 2000, p.129)

Iz priloženog grafikona može se uočiti da je kombinovanjem različitih vrednosti bazičnih dimenzija modela, definisano devet tipova porodica, od kojih su tri relativno funkcionalne, a za šest se smatra da poseduju i ispoljavaju dovoljno poteškoća da zahtevaju kliničku brigu.

Ova tipologija je, nakon deriviranja iz teoretskih postulata modela, obogaćena podacima zasnovanim na kliničkoj opservaciji i empirijskim istraživanjima, te su na taj način definisani sledeći tipovi porodica (Lewis at al., 1977; Beavers, 1977,1981a, 1981b, 1982,1985,1989; Beavers i Hampson, 1990,1993; Hampson i Beavers, 1996a, 1996b).

Grupa 1. OPTIMALNE PORODICE – one predstavljaju model za efektivno funkcionisanje. U ovom tipu porodica, članovi traže intimnost i, generalno, ona i postoji. Evidentne su česte, jednako snažne transakcije. Poštuje se različitost izbora i percepcija članova porodice, što omogućava konstruktivne pregovore i veoma kvalitetna rešenja problema porodice kao grupe. Individuacija svakog člana visoko je razvijena. Granice su veoma jasne. Konflikti se javljaju, ali obično vrlo brzo bivaju razrešeni.

Grupa 2. ADEKVATNE PORODICE – više su okrenute kontroli i često pokušavaju da reše konflikte zastrašivanjem i direktnom primenom sile. Roditeljska koalicija emocionalno se manje nagrađuje nego što zaslužuje, iako je često efektivna. Iako takav tip porodice ne ispoljava probleme od kliničkog značaja, zabeležena je slabija prisnost njenih članova, te manje zadovoljstva i spontanosti u njoj.

PORODICE SREDNJEG RANGA (grupe 3, 4 i 5)– smatraju se disfunkcionalnim porodicama. U njima su članovi preokupirani pitanjima kontrole i dominacije. Borbe oko prevlasti su uobičajene. Uvođenje discipline češće je bespogovorno. Iako se javljaju česte projekcije, porodične uloge su organizovane tako da dozvoljavaju izvestan stepen pregovaranja, kao i određeno očuvanje ličnog prostora pojedinačnih članova od intruzija. I roditelji i deca u ovim porodicama, veoma često su podložni psihološkim problemima. Deca koja potiču iz ovih porodica, čak i mogu biti socijalno i edukativno uspešna, ali su psihološki i emotivno vulnerabilna.

U porodicama srednje klase, često se prepoznaju deca sa posebnim pozicijama. Ova „omiljena deca“ mogu se razlikovati za svakog od roditelja – na primer, majka bira sina, a otac ćerku. Ili, u drugom slučaju, roditelji se mogu udružiti i izabrati „dogovoreno“ dete. Pri tome, dete ne mora imati samo poziciju omiljenog deteta, već i „žrtvenog jagnjeta“<sup>3</sup>.

U okviru ovih porodičnih sistema, stalno prisutna ambivalencija često se razrešava putem mehanizama poricanja, potiskivanja i projekcije.

U okviru porodica srednjeg ranga, razlikuju se tri podtipa – centripetalna, centrifugalna i mešovita.

Grupa 3. CENTRIPETALNE PORODICE SREDNJEG RANGA – članovi očekuju da otvorena, „diktatorska“ kontrola urodi plodom. Suptilnije forme uticaja roditelja – na primer, roditeljska manipulacija ili indirektna kontrola, svedeni su na minimum. Ipak, otvoreno izražavanje agresivnosti ne odobrava se i samim tim, agresivnost se prikriva. Izražavanje brige je, nasuprot tome, sa pozicije porodičnih vrednosti – prihvatljivo. Primetni su limit spontanosti, velika količina pravila i autoritativnosti.

Grupa 4. CENTRIFUGALNE PORODICE SREDNJEG RANGA – članovi porodice pokušavaju da upražnjavaju kontrolu putem zastrašivanja, ali pri tome, uopšte ne očekuju da će njihova nastojanja biti uspešna. Roditeljska saradnja ili je veoma skromna ili rivaliziraju oko pitanja nadmoći. Otvoreno ispoljavanje agresivnosti, okrivljivanje drugih i napadi, veoma su česti. Toplina i briga se u ovakvim porodicama ispoljavaju na anksiozno-provocirajući način. Roditelji provode malo vremena u kući, dok deca vreme provode na ulici ili u komšiluku.

---

<sup>3</sup>Prem Biversu, „žrtveno jagnje“ je dete na koje se delegiraju neprihvatljivi, a podsvesno prisutni impulsi i osećanja drugih članova porodice, koja potom ono i realizuje „u ime“ drugih članova porodice. To su deca koja „zabrinuti“ i „izbezumljeni“ roditelji dovode u terapiju, ili su to deca koja postaju predmet socijalno-pravne zaštite i staranja, da bi se naknadno ispostavilo da i drugi članovi porodice u istoj, ako ne i većoj meri, poseduju psihološke tegobe i/ili ispoljavaju maladaptiranost ili su paradoksalno najzdraviji članovi sistema.

Grupa 5. MEŠOVITE PORODICE SREDNJEG RANGA – ispoljavaju dovoljno promenljive i naizmenične obrasce, kako centripetalnog, tako i centrifugalnog stila.

GRANIČNE PORODICE (grupe 6, 7 i 8) – u njima je evidentna otvorena i haotična borba koja se smenjuje sa beskorisnim, ali konstantnim naporima da se uspostave šeme dominantnosti / potčinjenosti. Pojedinačni članovi porodice slabo uspevaju da zadovolje emotivne potrebe, bilo svoje, bilo drugih članova porodice. Ove porodice nisu toliko disfunkcionalne, a nisu ni dovoljno efikasne u uspostavljanju stabilnosti. Okrenute su ka kontroli, kao što je to slučaj u porodicama srednjeg ranga.

Grupa 6. GRANIČNE CENTRIPETALNE PORODICE – haotičnost se u većoj meri manifestuje na verbalnom, u odnosu na ponašajni plan. Borbe za uspostavljanje kontrole, iako prilično prikrivene, često su intenzivne. U takvim porodicama se ne očekuju ni otvorena pobuna, niti prikriveno izražavanje ljutnje, odnosno, ovi obrasci ne postoje u okviru porodičnih pravila. Ozbiljno anoreksični i opsesivni pacijenti ponekad potiču iz ove grupe porodica.

Grupa 7. GRANIČNE CENTRIFUGALNE PORODICE – ljutnja se mnogo otvorenije izražava. Očigledna je slaba saradnja između roditelja, što vodi učestalim, snažnim sukobima. Deca uče kako da manipulišu nestabilnim i oscilirajućim roditeljskim podsistemom, što kod dece može voditi razvoju manifestacija iz spektra graničnog poremećaja ličnosti.

TEŠKO DISFUNKCIONALNE PORODICE (grupe 8 i 9) – oba podtipa ovih porodica odlikuju konfuznost komunikacija i relacija, nepotpunost transakcija i ozbiljno poremećeni nivo adaptacije. Ovakve porodice deluju haotično, jer se kontrola vrši različitim, prikrivenim i indirektnim sredstvima. Dominantna i/ili rukovodeća uloga u porodici, ne zna se kome pripada.

Grupa 8. TEŠKO DISFUNKCIONALNE CENTRIPETALNE PORODICE – imaju rigidnu, gotovo neprobojnu spoljnu granicu. Ljudi iz neposrednog okruženja takvu porodicu često doživljavaju kao neobičnu. U ovakvim porodicama postoji snažan konflikt između razvojne potrebe za separacijom i individuacijom s jedne

strane i insistiranja porodice na zajedništvu i ekstremnoj lojalnosti porodici, s druge. Deca iz ovih porodica, zato često zaostaju u emocionalnom razvoju.

Grupa 9. TEŠKO DISFUNKCIONALNE CENTRIFUGALNE PORODICE – imaju tanku granicu između porodice i zajednice. Članovi porodice skloni su čestim odlascima iz njenog okrilja. Prema zavisnosti, ranjivosti, ljudskoj nežnosti i toplini, odnose se sa otvorenom agresivnošću i velikim prezirom. Deca iz ove grupe porodica, slično onima iz teško disfunkcionalnih centripetalnih porodica, mogu biti ozbiljno ograničena u socio-emotivnom razvoju.

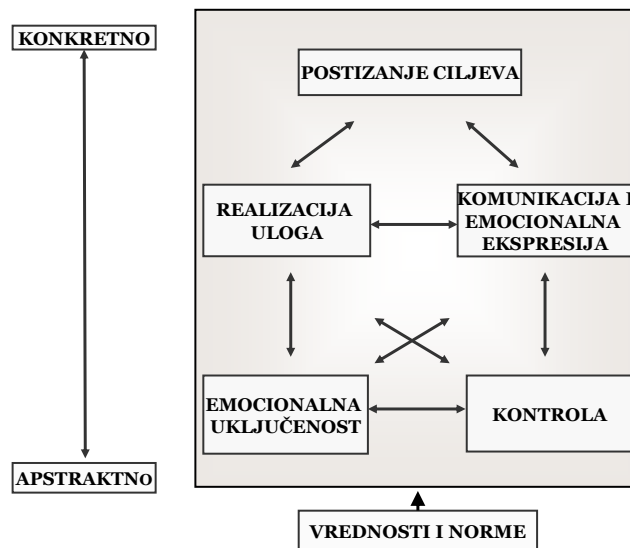
### **2.1.1.3. MODEL PROCESA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA**

Model Porodičnih procesa Harveja Skinera (The process Model of Family Functioning) (Skinner et al., 2000) u pogledu svog nastanka, hronološki se poklapa sa prethodno opisanim Sistemskim modelom porodičnog funkcionisanja.

Iako nije dostigao nivo popularnosti kao preostala dva modela, na koja smo se oslanjali prilikom izrade ovog rada, on se posebno ističe po suptilno osmišljenoj, odmerenoj i argumentovano utemeljenoj teoretskoj osnovi. Zatim, po tome što vešto kombinuje teoretski i pragmatski najodrživije koncepte dominantnih paradigmi, teorija, pristupa i modela koji se bave kako zdravim ponašanjem, tako i odstupanjem od njega, kako za pojedinca, tako i za porodicu.

Prilikom koncipiranja modela, autor polazi od postavke da porodica i njeni članovi, slično drugim malim grupama, dele zajedničke opšte i specifične *ciljeve*, bez kojih porodica kao grupa ne bi mogla da postoji (Skinner, 1982). Prioritetni ciljevi porodice jesu da obezbede biološki, psihološki i društveni razvoj i očuvanje članova porodice. Tim putem se obezbeđuje ne samo opstanak porodice već i celokupne vrste. Ovi preliminarni, nadređeni ciljevi pretpostavljaju realizaciju određenih *zadataka*. Ciljevi se mogu menjati tokom životnog ciklusa porodice, ali uključuju iste osnovne veštine i procese.

Nadređeni *cilj* porodičnog funkcionisanja jeste izvršenje različitih zadataka (*ostvarivanje zadataka*). Dok su neki od tih zadataka definisani kulturom, drugi su specifični za jednu porodicu i određeni su njenim *vrednostima* i *normama*.



Grafikon 3: Model Porodičnih procesa Harveja Skinera (Skinner, 1984, p.78)

Ispunjenje ovih zadataka, zahteva da članovi porodice uspešno realizuju različite uloge (*izvođenje uloga*).

Uspešno *izvođenje uloga* zahteva *komunikaciju* informacija, koje su bitne za ispunjenje zadataka, te *izvođenje uloga*, uključujući i komunikaciju o osećanjima koja mogu ili predstavljati prepreku ili olakšavati ostvarivanje zadatka i izvršenje uloga (*emocionalna ekspresija*).

Slično tome, međusobna emotivna povezanost članova porodice (*emocionalna uključenost*) i način uticanja jednih na druge (*kontrola*), može ili pomoći ili sprečiti ostvarivanje zadataka porodice.

Dimenzije su podložne uticajima  *vrednosti i normi* određene porodice, pa i društva u kojem je porodica samo jedan podsistem.

Dakle, osnovne dimenzije Modela procesa porodičnog funkcionisanja jesu: *ostvarivanje zadataka, izvođenje uloga, komunikacija (uključujući i emocionalno izražavanje), emocionalna uključenost i kontrola, i vrednosti i norme.*

Dimenzije predstavljaju dinamički, interaktivni složaj.

Svaka od tih dimenzija poseduje svoje specifične sadržaje i procese, koji su detaljnije prikazani u tekstu koji sledi.

### *Ostvarenje zadataka*

Kako bi obezbedile svoj integritet i kontinuitet, porodice ostvaruju razne biološke, psihološke i društvene *ciljeve*, što je nadređena funkcija života porodice (Skinner, 1983).

Neki od tih ciljeva uključuju: obezbeđivanje kontinuiranog razvoja svih članova porodice; obezbeđivanje sigurnosti i autonomije za sve članove; prilagođavanje uobičajenih obrazaca funkcionisanja u cilju izlaska u susret sredinskim i razvojnim zahtevima za promenu; obezbeđivanje kohezije koja je potrebna da se porodica održi na okupu...

Porodični ciljevi realizuju se kroz uspešno *ostvarenje zadatka*. Ukoliko je efikasna u ostvarivanju zadataka, porodica će funkcionisati uspešno, uz razložno zasnovan doživljaj konfora u socijalnom okruženju.

Brojni specifični, konkretni zadaci, koje je potrebno ostvariti u datoj porodici, potiču iz osobnosti kulture u kojoj porodica egzistira (na primer, vaspitanje dece).

Normalne idiosinkrazije ili psihopatološke manifestacije pojedinca, kao i jedinstvena priroda tog porodičnog sistema, takođe su od značaja.

U svakoj porodici potrebno je ostvariti tri vrste zadataka – osnovne, razvojne i krizne.

*Osnovni zadaci* su oni koji proističu iz potrebe održanja biološkog opstanka, iz dana u dan, kao što su obezbeđivanje hrane, skloništa, zdravstvene nege, itd.

*Razvojni zadaci* obezbeđuju uslove za kontinuirani razvoj svih članova porodice. Razvojne potrebe menjaju se u sklopu konstantnog evoluiranja članova porodice, tokom njenog životnog ciklusa.

*Krizni zadaci* tiču se načina na koji porodica rešava periodične krize koje se javljaju, kada broj i intenzitet stresora koji se nameću porodici, premaše njene postojeće veštine i raspoložive resurse (psihološke, porodične i društvene). Kapacitet porodice da se prilagodi stresu i spreči potencijalnu krizu, po čemu se porodice međusobno značajno razlikuju, pokazatelj je rezilijentnosti, odnosno zdravlja porodice.

### *Izvršenje uloga*

*Uloge* su propisani i repetitivni obrasci ponašanja i uključuju niz recipročnih aktivnosti sa drugim članovima porodice (Skinner, 2000).

One mogu podsticati realizaciju zadataka, ali se mogu i nepovoljno interponirati u njihovo ostvarenje.

Krajnji cilj uspešnog izvođenja uloga, jeste uspešna integracija uloga. Ona se postiže kada se sve bitne uloge dodele članovima porodice, kada je o njima postignut dogovor i kada su stavljene na snagu. To pretpostavlja sveobuhvatnu podelu uloga uz minimum preklapanja i neefikasnosti, kao i komplementarnost dodeljenih, kako recipročnih, tako i nezavisnih uloga.

Promenljivi zahtevi zadataka zahtevaće konstantni monitoring i povremeno, u zavisnosti od sredinskih uslova i odlika aktuelne faze životnog ciklusa porodice, ponovno podešavanje procesa izvršenja uloga. Osim toga, promene koje jedan član porodice pokreće, zahtevaju recipročne promene ostalih članova porodice. Kako članovi porodice odrastaju i sve više bivaju uključeni u svet van porodice, oni dobijaju i preuzimaju nove, dodatne uloge, koje se mogu "nadmetati" sa unutarporodičnim ulogama, u pogledu potrebnih investicija i resursa ličnosti tih članova.

U pogledu sadržaja, uloge se mogu klasifikovati ili kao *tradicionalne* ili kao *idiosinkratske*.

*Tradicionalne uloge* doprinose ostvarenju suštinskih porodičnih zadataka. Sadržaj pojma tradicionalne uloge (otac, žena, adolescent) varira, zavisno od vrednosti i normi društva i supkultura kojima pojedinac ili porodica pripadaju, od onih koje su prenete iz porodica porekla i koje su se prenosile transgeneracijski, kao i internalizovanih iskustava i psihopatologije jednog ili više članova porodice.

*Idiosinkratske uloge* suštinski ne doprinose izvršenju zadataka i često su izraz individualne i porodične patologije.



Neke porodice, na primer, delegiraju jednom članu ulogu “žrtvenog jagnjeta”<sup>4</sup>, žrtvujući njegovo ili njeno prilagođavanje, kako bi u celini sebi omogućile relativno konformno egzistiranje.

### *Komunikacija*

*Komunikacija* je dimenzija porodičnog funkcionisanja preko koje se razmenjuju informacije potrebne za uspešno *izvršenje uloga* i *ostvarivanje zadataka* (Skinner, 2000). Cilj komunikacije, a to je ostvarenje uzajamnog razumevanja, biće realizovan, ukoliko su poslate poruke jasne, direktne i dovoljne, i ukoliko su primaoci psihološki dostupni i otvoreni da ih prime uz minimalnu distorziju.

Po svom sadržaju, komunikacija može biti *afektivna* (izraz osećanja), *instrumentalna* (u vezi sa zadacima svakodnevnog življenja), ili *neutralna* (niti instrumentalna, niti afektivna).

Komunikacija se, u pogledu eksplicitnosti poruka koje sadrži, bez obzira na to koji je od ova tri tipa komunikacije u pitanju, može kretati od *jasne* do *maskirane*.

Svaka poruka može biti *direktna* ili *indirektna*, u zavisnosti od toga da li se šalje odgovarajućem primaocu.

Svaka komunikacija uključuje *latentni* i *manifestni* sadržaj. Latentni sadržaj komunikacije (uključujući metakomunikaciju i izražavanje putem izbora reči, tona glasa, izraza lica, kontakta očima ili govora tela) otkriva mnogo podataka o emocionalnom stanju pošiljaoca i odražava odnos između pošiljaoca i primaoca. Latentni sadržaj pomaže da se definiše kognitivni i emocionalni odgovor primaoca. *Paradoksalna komunikacija* rezultat je nesklada ovih sadržaja i izaziva konfuziju i anksioznost kod primaoca.

---

<sup>4</sup>Skinner pojam “žrtvenog jagnjeta” određuje kao ulogu koja je u funkciji a) “vezivanja” porodice kroz stalno ispunjavanje potreba drugih članova na račun sopstvenih i b) “pražnjenja” neprijateljskih, antisocijalnih ili seksualnih osećanja kojih se odriču ili potiskuju ostali članovi porodice.

Adekvatna percepcija je aktivan proces koji pretpostavlja optimalan opseg i fleksibilnost pažnje, empatski kapacitet, odsustvo potrebe da se iskrivi sadržaj, kao i sposobnost da se poruke zadrže i integrišu sa relevantnim aspektima prošlog iskustva. Bilo koja od ovih komponentni, u velikoj meri može biti pod uticajem psihopatoloških stanjakako pošiljaoca, tako i primaoca, bili oni organskog ili psihološkog porekla.

Po svojoj učestalosti i dalekosežnom nepovoljnom dejstvu, izdvajaju se *nejasne* i *paradoksalne komunikacije*. *Nejasne komunikacije* su one koje sadrže ili nedovoljno informacija, ili nekoliko nepovezanih ali ne i nekompatibilnih poruka, što vodi konfuziji, često i doživljavanju anksioznost kod primaoca. *Paradoksalne komunikacije* uključuju najmanje dve nekompatibilne poruke, tako da bez obzira na koju od njih primalac odgovori, one će se neizbežno negirati, ili će biti u konfliktu jedna sa drugom. Ovaj nesklad je najizrazitiji kod dvostruko vezane (*double bind*) poruke.

Što je porodični sistem više poremećen, to je izraženiji poremećaj u *emocionalnoj komunikaciji*. Neispoljena hostilnost pokazuje tendencu da se kumulira i da izbija nepredviđeno, kontaminirajući time prvo instrumentalnu, pa i neutralnu komunikaciju.

### *Emocionalna uključenost*

Dimenzija *emocionalne uključenosti* ukazuje na stepen i kvalitet zainteresovanosti i brige članova porodice jednih za druge (Skinner, 2000). Pod optimalnim okolnostima, porodica će izaći u susret emocionalnim potrebama svakog člana. Na taj način, obezbeđuje se doživljaj kohezivnosti, osećaj sigurnosti i doživljaj članova da su vrednovani, vrednuje se i štiti pravo svakog člana na nezavisno razmišljanje i ponašanje, što sve doprinosi razvoju samopoštovanja i doživljaja zrele i adaptivne nezavisnosti.

*Stepen* emocionalne uključenosti odnosi se na intenzitet odnosa među članovima porodice, kao i međusobne uključenosti u živote. *Kvalitet* te uključenosti odrediće da li su odnosi negujući i podržavajući, ili su destruktivni i služe sami sebi.

Model procesa porodičnog funkcionisanja ističe i kvalitet emocionalne uključenosti, kao bitnu komponentu ove dimenzije.

Skinner smatra da stepen i kvalitet emocionalne uključenosti variraju nezavisno, te je na osnovu toga, izradio tipologiju porodica u pogledu emocionalne uključenosti.

1. *neuključene porodice* – stepen i kvalitet uključenosti su niski; takve okolnosti podstiču preuranjeno emotivno odvajanje članova, neretko vode njihovoj pseudo-nezavisnosti, te redukciji kapaciteta za intimnost; nesigurnost, nisko samopoštovanje i kompromitovan razvoj istinske autonomije članova, učestali su ishodi;

2. *porodica sa interesovanjem lišenim osećanja* – intenzitet i kvalitet emocionalne uključenosti neznatno su veći, u odnosu na neuključene porodice; stiče se utisak da uključenost u većoj meri izvire iz osećanja dužnosti, iz potrebe da se kontroliše ili iz radoznalosti, nego iz autentične empatije; nesigurnosti i zabrinutosti u pogledu ličnog identiteta, prihvatanja sebe i samovrednovanja u članova ovih porodica, čest su nalaz;

3. *narcisistička porodica* – to je tip porodice koju odlikuje veći stepen emocionalne uključenost, ali je negujuća samo dok njeni članovi zadovoljavaju potrebe jedni drugima; u njima roditelji vrše pritisak na decu da ostvare previsoko postavljene ciljeve ili pak da ispune neostvarene ambicije samih roditelja; težnja ka nezavisnosti te dece, često je skopčana s lišavanjem roditeljskog, odnosno porodičnog prihvatanja i sigurnosti;

4. *empatična porodica* – ovaj tip porodica odlikuje visok stepen emocionalne uključenosti i istovremeno podržavajući i prihvatajući stav, u odnosu na autonomiju svojih članova; takva porodica spretno održava ravnotežu između dobrobiti pojedinačnih članova i dobrobiti porodice u celini, odnosno između potrebe individualnih članova za autonomijom s jedne strane i potrebe porodice da održi koheziju s druge;

5. *umrežena porodica* – kada su dva ili više članova porodičnog sistema umreženi, uključenost jeste intenzivna, ali je ona po prirodi destruktivna;

umreženost je uvek recipročan odnos; zbog nedostatka ego granica, umreženost poprima egosintoni kvalitet, te se konfrontativnost u terapijskom pristupu doživljava kao pretnja i izaziva snažan otpor; umreženost ukazuje na prisustvo ozbiljne patologije intrapsiholoških, individualnih granica i granica porodice kao sistema.

### *Kontrola*

Pojam kontrole obuhvata različite strategije ili tehnike kojima porodice utiču na ponašanje svojih članova (Skinner, 2000).

Sa stanovišta reciprociteta porodičnih uloga, članovi porodice utiču jedni na druge u *održavanju aktuelnog funkcionisanja* porodice i prilikom *prilagođavanja funkcionisanja* porodice u cilju odgovora na izmenjene zahteve zadataka.

Svrha *komponente održavanja* procesa kontrole, jeste da obezbedi regularno ostvarivanje instrumentalnih zadataka i zahteva uloga, proisteklih iz okolnosti svakodnevnog življenja. Ona često zahteva manja usklađivanja na dnevnoj bazi, s obzirom na to da zahtevi zadataka i uloga nikada ne ostaju konstantni. Ona umanjuje mogućnost propusta pri integraciji uloga, te moguće konflikte uloga, što podstiče ostvarenje zadataka i sprečava nastanak tenzije u porodičnom sistemu.

*Adaptivna komponenta* procesa kontrole omogućava porodičnim sistemima da menjaju svoje navike, kako bi se prilagodile razvojnim zahtevima ili periodično promenljivim okolnostima okruženja. Porodice se međusobno značajno razlikuju u pogledu sposobnosti prilagođavanja.

Navedene komponente procesa kontrole – *prilagođavanje* i *održavanje* – pod uticajem su porodičnog stila, koji može da varira u pogledu predvidljivosti, konstruktivnosti i odgovornosti.

*Predvidljivost* je funkcija konzistentnosti stila. Ukoliko je ekstremno visoka, ona ostavlja malo prostora za spontanost, a ukoliko je ekstremno niska, niko u porodici ne zna šta će se sledeće desiti.

*Konstruktivnost* se odnosi na to da li su tehnike kontrole edukativne i plodonosne s jedne strane, ili ponižavajuće, te destruktivne u pogledu inicijative i samopoštovanja članova porodice, s druge. Konstruktivnost tehnika kontrole zavisi i od toga da li članovi porodice utiču na jedni na druge, ostvarujući koncenzus ili putem “diktature” pojedinaca.

*Odgovornost*, kao aspekt kontrole, odnosi se na dimenziju zrelosti ličnosti, sa definitivnim repokusijama i na produktivnost osobe i na njenu sposobnost da bude sa drugima. Internalizacija osećanja odgovornosti i kapacitet za samodisciplinu vezuju se za nekoliko procesa koji se dešavaju istovremeno. Ti procesi organizovani su oko apsorpcije bitnih vrednosti porodice putem procesa identifikacije i učenjem po modelu, sa roditeljima kao uzorima. Navedena dva procesa na primarnom nivou vode ka postepenoj internalizaciji i integraciji sistema unutrašnjih vrednosti, koje pomažu da se dete osposobi za kontrolu impulsa, samodisciplinu i samousmerenost. Istovremeno, deca doživljavaju i dodatni pritisak da promene ponašanje, kako bi odgovorila na eksterne zahteve za kontrolom, odnosno zahteve koji dolaze od osoba van neposrednog porodičnog okruženja, uključujući i zahteve društvenih institucija u koje se sa odrastanjem uključuju (jasle, vrtić, škola). Ukoliko su ovi procesi međusobno konzistentni, oni će pojačavati jedan drugog. Ukoliko su, međutim, oni u konfliktu, kao kada roditelji pokušavaju da nauče dete da bude odgovorno, dok istovremeno prikazuju stalnu neodgovornost svojim ponašanjem, rezultirajuća disonanca evocira i interpersonalni i intrapsihološki konflikt, te zbunjuje i slabi razvoj unutrašnje kontrole deteta. Dok je identifikacija jasno povezana i sa *afektivnom uključenošću* (bilo da je pozitivna ili negativna) i sa *izvršenjem uloga* (preko modelovanja uloge), internalizacija osećaja lične odgovornosti i kapaciteta za kontrolu impulsa, bitna je za odgovorno i produktivno društveno ponašanje.

Predvidljivost i konstruktivnost porodice mogu nezavisno varirati, a kombinacijom ovih karakteristika definišu se četiri prototipska stila kontrole u porodici, analogno prethodno pominjanim vaspitnim stilovima ili stilovima roditeljstva: *rigidni, fleksibilni, liberalni (laissez-faire) i haotični*.

*Rigidni stil* ima visoku predvidljivost, ali vrlo nisku konstruktivnost i prilagodljivost. Svi članovi znaju šta mogu očekivati i šta će se desiti, ukoliko se ne povinuju. Rigidne porodice često manifestuju uspešno održavanje funkcionisanja, ali njihova krutost često nepovoljno interponira u uspešno prilagođavanje.

*Fleksibilni stil* kombinuje umereno visoku predvidljivost sa visokom konstruktivnošću. On je dovoljno konzistentan da članovi znaju šta mogu očekivati jedni od drugih, ali ne na uštrb individualnosti i spontanosti. Održavanje funkcionisanja, obično je efikasno. Razvijen kapacitet za prilagođavanje, glavna je prednost ovog tipa porodice.

Stil *laissez-faire* kombinuje umerenu predvidljivost sa niskom konstruktivnošću. Zbog, za njih tipične dezorganizacije, integracija uloga je malo verovatna, ostvarenje zadataka je puka slučajnost, a komunikacija često nedovoljna, nejasna i indirektna. Rastrojstvo organizacije i kontrole u takvim porodicama, vodi osetnim frustracijama članova i neefikasnosti u ostvarivanju zadataka.

*Haotični stil* ima izuzetno niske stope i predvidljivosti i konstruktivnosti. Po svojim karakteristikama, nalazi se između *laissez-faire* i *rigidnog* stila – ponekad je sve dopušteno, a ponekad porodični sistem postaje kazneni i krut. Promene se ređe dešavaju kao reakcija na izmenjene zahteve situacije, u odnosu na one koje pokreće čud ili raspoloženje autoritativnih članova porodice. Nestabilnost i nekonzistentnost su tipične za takve porodice i konačan efekat takvog funkcionisanja, jeste destruktivan. Nastala dezorganizacija upliće se i u održavanje funkcionisanja i adaptaciju.

### *Vrednosti i norme*

Dimenzija *vrednosti i normi* ostvaruje sveprožimajući, direktan ili indirektan uticaj na sve preostale aspekte porodičnog funkcionisanja (Skinner, 2000).

Načini na koji su porodične uloge definisane, vrsta komunikacije koja se smatra prihvatljivom, obrasci emocionalne uključenosti i mehanizmi kontrole,

oblikuju se pomoću vrednosti koje se delimično izvode iz još uvek prisutnih uticaja porodica porekla, a delimično i iz uticaja kulture i podgrupa kojima porodica pripada.

Pre svega, roditelji u nuklearnu porodicu unose vrednosti i norme koje proističu iz njihovog prethodnog, ličnog iskustva. One uključuju vrednosti i obrasce koji su izvedeni ili putem identifikacija, ili putem manje ili više svesnog odbacivanja, poricanja i/ili negiranja sistema vrednosti njihovih roditelja, vršnjaka i supkultura.

U vezi sa uticajem kulture kao celine, razvoj pojedinca u okviru ovog modela, predstavljen je kao nešto što se odvija u sistemu koncentričnih krugova – pojedinac je član porodice koju sadržava i oblikuje društveno okruženje u kojem se nalazi. Svaki od ovih krugova može uvećati mogućnosti postignuća ili neuspeha tokom sukcesivnih razvojnih faza.

Vrednosti porodice mogu biti ili usklađene ili neusklađene sa vrednostima društva, naročito supkultura kojima porodica pripada. Konflikt vrednosti supkulture i društva, može ishoditi i njihovom finalnom konvergencijom.

Porodični sistem vrednosti sastoji se od ideala i pravila. *Ideali* su vrednosti kojima porodica teži i oni mogu biti s jedne strane moralni i/ili religiozni, a s druge lični i/ili društveni. Da bi se dostigli ovi ideali, porodica razvija *pravila* koja definišu prihvatljivo ponašanje, odnosno definiše načine na koje te ideale treba slediti. Taj međudnos pravila i ideala određuje porodične *norme*, tj. standarde ponašanja koji se smatraju nužnim minimumom u jednoj porodici. *Norme* su specifični obrasci ponašanja, putem kojih se prosuđuje da li članovi porodice poštuju pravila, a time i da li se pridržavaju porodičnih ideala.

*Moralne i religiozne vrednosti* uključuju određenja toga šta je moralno prihvatljivo u nekom društvu. One mogu proisticati iz sfere društvenog (religiozna određenja ili uticaji supkultura) ili individualnopsihološkog (internalizovani sistem vrednosti ili super ego). *Ciljevi i standardi* su lična uverenja koja, takođe, mogu biti pod društvenim ili psihološkim uticajima i oni određuju šta se smatra poželjnim ponašanjem. Moralne i religiozne vrednosti procenjuju se kao ispravne ili pogrešne

(moralno vrednovanje), a ciljevi i standardi kao poželjni ili nepoželjni (psihološka ili društvena poželjnost).

Porodična pravila mogu biti eksplicitna ili implicitna. *Eksplicitna pravila* su jasna, direktno i otvoreno naznačena. *Implicitna pravila* su pravila koja neretko pokrivaju neke od najkritičnijih oblasti stavova i funkcionisanja porodice, a koja nikada ne bivaju eksplicirana. Implicitna pravila mogu doći u sukob sa eksplicitnim pravilima. Što je veći nesklad između *eksplicitnih* i *implicitnih* pravila, naročito kada *meta-pravila* nisu jasno identifikovana i kada nisu opšteprihvaćena, to će anksioznost i konfuzija, koje iz tog nesklada proističu, biti intenzivnije.

Različite komponente vrednosnog sistema porodice mogu biti u skladu ili neskladu jedne sa drugima. Takođe, eksplicitna i implicitna pravila mogu, ali i ne moraju biti konzistentna. Tim putem formiran opseg varijabiliteta, dozvoljava članovima porodice da razviju svoj vlastiti sistem vrednosti.

Širina, to jest dozvoljen opseg unutar kojeg pojedinci mogu odrediti vlastite stavove i ponašanja, u velikoj je meri povezan sa porodičnom tolerancijom individualne autonomije.

Porodične *norme* su zbir svega onoga što se smatra prihvatljivim ili neprihvatljivim u jednoj porodici. One definišu minimum prihvatljivih standarda, kojima članovi porodice i porodice u celini streme.

Za dimenziju *vrednosti i norme*, autori modela iznose da je nemoguće utvrditi koje njene karakteristike doprinose zdravom, a koje patološkom funkcionisanju. Osim prethodno argumentovanog neizvesnog ishoda nesklada između konfliktnih psiholoških i/ili kulturoloških uticaja, oni ovu poteškoću tumače i posledicom toga što je nemoguće identifikovati obrasce u okviru ove dimenzije, koji su po svojoj prirodi i uopšteno (to jest, nezavisno od specifičnog konteksta) zdravi ili patološki.



### **2.1.2. PSIHLOGIJA PORODICE**

Kao što je u uvodu rečeno, opšti okvir u kojem smo osmislili i realizovali naše istraživanje, jeste – paradigma psihologije porodice.

Psihologija porodice, kao nezavisna disciplina, u stručnoj literaturi prvi put se pominje 1984. godine (L'Abate, 2003). Za samo 5 godina postaje 43. divizija Američke psihološke asocijacije. Časopis Porodična psihologija pokrenut je 1987. godine.

Njenim ishodištem može se smatrati klinička dečija psihologija, koja joj je i aktuelno najbliskija, u odnosu na druge psihološke discipline.

Psihologija porodice smatra se supspecijalnošću kliničke psihologije.

U tekstu koji sledi, nastojali smo da odredimo specifičnosti psihologije porodice.

#### **2.1.2.1. DISTINKTIVNA SVOJSTVA PSIHLOGIJE PORODICE**

Psihologija porodice ima nekoliko distinktivnih svojstava, u odnosu na druge oblasti psihologije, posebno porodičnu terapiju:

*1. prema predominantnoj oblasti delatnosti, ona je akademska disciplina;*

Kažemo predominantno, jer su u tom pogledu prisutna izvesna neslaganja između vodećih teoretičara u ovoj oblasti. Naime, dok L'Abate psihologiju porodice smatra akademskom disciplinom, Lidl iznosi da ona predstavlja kako fundamentalnu, tako i primenjenu disciplinu, s tim da jasno razdvaja porodičnu psihologiju na porodičnu psihologiju kao akademsku disciplinu i porodičnu psihologiju kao primenjenu profesiju, koja bi bila slična porodičnoj terapiji.

*2. ona predstavlja naučnu studiju porodice iz multiplih perspektiva (Kaslow, 1996);*

Multiple perspektive iz kojih se posmatra porodica u okrilju psihologije porodice, uslovljene su istorijskim varijacijama porodice, u pogledu njene strukture i njenih funkcija. Od značaja su i prostor i kultura u okviru kojih egzistira porodica,

njeno transgeneracijsko funkcionisanje i/ili razvoj, kao i idiosinkratski i sistemski atributi porodice. Porodica se posmatra i kroz koevoluciju individualnih članova i porodice kao jedinice, kroz životni ciklus porodice, kao i kroz optimalno funkcionisanje i disfunkcionalnost, odnosno patologiju.

3. *još uvek ne poseduje adekvatnu zasebnu teoriju;*

Vodeći teoretičari porodica formulisali su i razvijali teorije odvojeno od individue, para ili porodice, radije nego da se primene relacioni ili kontekstualni pristup. Mnoge teorije ličnosti izbegavaju da u koncipiranje ličnosti uključe i porodične uticaje. Sa svoje strane, porodični terapeuti izbegavaju da „rukuju“ sa ličnostima prilikom svojih terapijskih formulacija. Najčešće se polazi od skupova kliničkih utisaka, koji se manje-više spretno povezuju u hipoteze i modele, bez uverljive evaluacije osnova takvih klasifikacija i integracija. Podsetimo se ovom prilikom, da bi proces konstituisanja respektabilne teorije trebalo da bude tako organizovan da se prvo formuliše neka opšta teorija koja se prevodi u specifične hipoteze, a zatim se te hipoteze prevode u specifične pokazatelje na osnovu kojih bi one mogle da budu validirane.

L'Abate naglašava, da kada je psihologija porodice u pitanju, prvo bi trebalo razviti teoriju, zatim iz nje dedukovati specifične modele i naposljetku razviti metode i tehnike koje bi omogućile evaluaciju tih modela. Potrebno je da modeli budu validirani i direktno i indirektno. Validaciju bi trebalo da vrše neutralna lica, što u praksi, uglavnom, nije slučaj, te određenu teoriju ili model testiraju ljudi koji su privrženi istim autorima.

Aktuelno stanje je takvo da porodična psihologija i dalje u priličnoj meri sadrži modele koji nisu testirani ili ih je, u principu, nemoguće testirati. Na primer, za naše istraživanje relevantan sistemski pristup, koji je zasnovan pre svega na porodičnoj psihologiji, pre je jedna difuzna meta-teorija ili ideologija, nego teorija po sebi. Parcijalizacija sistemskog pristupa posledica je i toga što inkorporira postavke iz drugih pravaca i opredeljenja, kao što su opšta teorija sistema, kibernetika i teorija atribucije. On uključuje pojmove i iz oblasti analize diskursa i

retoričke analize koji se smatraju primerima ekstremno limitiranih i diskutabilnih pristupa u empirijskom smislu. Svi oni bi, pod idealnim uslovima, trebalo da postoje odvojeno od teorije i testiranja. Da li je moguće konstituisati teoriju nezavisno od izolovanih, izdvojenih teorijskih stanovišta i modela, diskutabilno je pitanje. L'Abate smatra da bi teorija, zapravo, trebalo da se sastoji iz hipotetičkih stavova koji su povezani jednim zajedničkim trendom.

Teorija psihologije porodice trebalo bi da bude relacionala po svojoj prirodi. Ona bi trebalo da bude podložna empirijskoj validaciji, kako u laboratorijskim uslovima, tako i u realnom kontekstu i to i u pogledu i primarne i sekundarne i tercijarne prevencije. Naravno, trebalo bi da bude fokusirana kako na funkcionalne, tako i na disfunkcionalne relacije – na primer, uključivala bi i kriminogeno ponašanje, a ne samo psihopatologiju. Pri tome, kriterijume nije potrebno izraditi samo u pogledu empirijske validacije, već i u pogledu derivacije podataka iz teorije, terapijskih intervencija koje se primenjuju i u pogledu primenjivosti sličnih postupaka u drugim situacijama, sa drugim klijentima i u drugim kontekstima, kako u laboratorijskim okolnostima, tako i u kliničkom setingu.

Evaluacija je, takođe, jedan od načina da se izbegne dogmatizam koji je prožimao prethodna teorijska stajališta, kao što su psihoanaliza ili čak i humanizam.

*4. pristup psihologije porodice u izboru jedinice koja je u fokusu posmatranja i aktivnosti, jeste redukcionistički;*

Psihologija porodice u fokus pažnje postavlja individuu u okviru porodice i pri tome uključuje i teorijske i kliničke aspekte bavljenja individuumom.

*5. pristup psihologije porodice u posmatranju jedinice koja je u fokusu posmatranja i aktivnosti, jeste transgeneracijski;*

Psihologija porodice usmerena je kako na porodice koje su učesnici intervencije, tako i na porodice porekla.

6. *pristup psihologije porodice u posmatranju jedinice koja je u fokusu posmatranja i aktivnosti, jeste relacion;*

Psihologija porodice posvećuje pažnju odnosima individue u okviru porodice.

7. *pristup psihologije porodice u posmatranju jedinice koja je u fokusu posmatranja i aktivnosti, jeste sistemski;*

Njen bazični zadatak je formulacija ne samo relacija između pojedinca i porodice nego i između porodica i šireg društvenog sistema, u okviru kojeg porodica funkcioniše.

8. *primat daje intrapsihološkom u tumačenju relevantnih zbivanja i relacija;*

Ova odlika počiva na tome da psiholozi čine većinsku profesiju u domenu psihologije porodice. Psiholozi, po svojoj edukativnoj orijentaciji, pokazuju tendencije naglašavanja potencijalnih uticaja hipotetički postuliranih intrapsiholoških individualnih varijabli na zbivanja unutar porodičnog konteksta.

9. *njen pristup u pogledu opsega ponašanja za koji je zainteresovana, jeste holistički;*

Psihologija porodice bavi se celokupnim kontinuumom ponašanja individue u porodici – od funkcionalnog do disfunkcionalnog, odnosno uključuje brigu i o snagama, i o optimumima, i o slabostima funkcionisanja pojedinca u porodici.

10. *odnos pojedinca i porodice u kreiranju porodične (dis)funkcionalnosti smatra interaktivnim;*

Kontinuum funkcionalnosti porodice posmatra se kao produkt uzajamnih povratnih uticaja individue i porodice.

*11. naglašava potrebu za evaluacijom;*

U porodičnoj psihologiji za razumevanjem predmeta posmatranja, traga se putem raznih formi istraživačkih i evaluacionih procedura. To može, ne primer, biti klinička opservacija prirode porodične dinamike, ciljeva i relevantnih uticaja na nju. Zatim, to mogu biti i fundamentalna i primenjena istraživanja, kao i psihološko dijagnostikovanje, posebno primena mernih instrumenata.

Prema L'Abate-u, upravo dimenzija sklonosti ka evaluaciji i istraživanju, nešto je što predstavlja sržne odlike kliničkog psihologa, nevezano za to da li obavlja delatnost u kliničkom kontekstu ili ne, odnosno da li se prevashodno bavi terapijskim radom u užem smislu, nekom formom pomažuće delatnosti, dijagnostikovanjem ili nastavnim i edukativnim aktivnostima.

Razlog relativne nepopularnosti evaluacije po sebi u kontekstu svakodnevne prakse psihologa, osim što zahteva značajno ulaganje vremena, napora i resursa, svakako leži i u načinu osposobljavanja za njeno izvođenje. Ona pretpostavlja ekstenzivno obučavanje i osposobljavanje u domenima psihometrijskih teorija, statistike i dizajna istraživanja.

Prilikom prikupljanja informacija u kontekstu psihologije porodice, polazi se od osnovnih izvora, ali se prikupljaju i informacije iz dodatnih i veoma raznovrsnih, pre svega objektivnih izvora, kako bi se postigao što veći stepen nepristrasnosti u proceni. To su informacije lišene efekata ličnog i subjektivnog iskustva, stavova, vrednosti ili reakcija na porodicu.

Većina objektivnih evaluacija nomotetski je usmerena. Opet, u praksi je prisutan naglašen interes za idiografske aspekte porodične disfunkcionalnosti.

*12. opseg obuhvaćenih ciljeva aktivnosti je obiman;*

Insistiranje na što objektivnijoj proceni, povlači za sobom i usložnjavanje broja kriterijuma. Taj izraženi opseg ciljeva nomotetskog, odnosno evaluativnog porekla, može delovati parcijalizovano i diskontinuirano u kontekstu porodične terapije, posebno kada su u pitanju ciljevi koji se odnose na idiografske aspekte porodične disfunkcionalnosti.

Kontraverze u pogledu odnosa idiografskog i nomotetskog, involvirane su u praktično sve aspekte psihološke nauke i struke, sa u najmanju ruku problematizovanom, ako ne i osporavanom mogućnošću njihove integracije. L'Abate smatra da je sasvim moguće istovremeno funkcionisati i u idiografskom i u nomotetskom maniru, a da taj spoj idiografskog i nomotetskog može da obezbedi forma psiholoških intervencija koja bi se sastojala od pisanog domaćeg zadatka namenjenog porodici. Kao, takođe, efikasan metod integracije, L'Abate izdvaja i konstrukciju instrumenata koji bi trebalo da zadovolje specifične propozicije, kako bi se obezbedio kvalitetan opis porodice, o čemu će biti više govora u uvodnom razmatranju modela primenjenih u istraživanju.

*13. dokumentovanje intervencija ističe se kao veoma značajno;*

Naglasak na evaluaciji pokreće pitanje odgovornosti za ishod terapijskih intervencija, što je pitanje koje nikad ne gubi na aktuelnosti na nivou celokupne terapijske zajednice, a ne samo porodičnih terapeuta.

Evidencija intervencija na pisanim medijima, vidi se kao nešto što omogućava da se utvrdi i uvidi progres u pružanju usluga, a i kao nešto što je veoma podesno i za istraživačke svrhe.

*14. određenje nivoa porodične problematike ima svoje posebno mesto;*

Objektivna evaluacija trebalo bi da odgovori na pitanje da li pred sobom imamo porodicu u krizi, porodicu sa potrebama ili porodicu pod rizikom.

Kada se na taj način klasifikuje stepen porodične problematike, donosi se odluka da li je porodici potrebno pružiti terapiju orijentisanu na krizu od strane profesionalaca, da li je potrebno pružiti intervencije orijentisane na potrebe od strane paraterapeutskih profesija ili profesionalaca srednjeg nivoa ili da li je dovoljno pružiti na rizik fokusirane programe od strane paraprofesionalaca ili volontera.

Ova distinkcija je preduslov da se obezbedi adekvatna, primerena preventivna pomoć porodicama kojima je zaista i potrebna.

Naravno, nužno je uvažiti specifičnosti perspektive iz koje porodica posmatra problem i način kako ga ona vidi. Dakle, sa pozicije subjektivnog doživljaja porodice, rizik, potreba i kriza, relativni su termini. Ono što može dovesti do krize u okviru jedne porodice, drugoj porodici ne mora apsolutno ništa značiti.

Razvijanje tipologije porodica, u odnosu na pozicije na dimenziji od funkcionalnog do disfunkcionalnog, kao i klasifikaciju tipova intervencija, trebalo bi da obezbedi evaluacija.

Evaluacija se vidi i kao moćno sredstvo otklanjanja mogućnosti falsifikovanja prevencije.

Prirodan završetak bilo koje intervencije, trebalo bi da bude reevaluacija. U ovom trenutku, reevaluacija je još uvek aktivnost koja nema posebnu svrhu, nedovoljno je razvijena i skromno rasprostranjena. Čak je uočen i izvestan trend da klinički psiholozi napuštaju osposobljavanje za naučno-istraživački rad, radi bavljenja psihoterapijom. Kao posledica toga, sve više je onih koji smatraju suvišnim kontinuirane, standardizovane postupke evaluacije, posebno kritičku procenu i evaluaciju toga što rade i načina na koji rade u psihoterapiji. Na primer, u pogledu psihoanalitičkog i sistemskog pristupa, evidentno je da su decenijama široko primenjivani u praksi, a da pri tome do pre par godina ni najbazičniji koncepti nisu bili podvrgnuti evaluaciji.

Evaluacija je u ovom kontekstu veoma važna, jer može da ukaže na to na koji način terapija odgovara ljudima koji dolaze po pomoć. Različitim klijentima, kako pojedincima, tako i porodicama, u zavisnosti od njihovih verovanja, uverenja, stilova funkcionisanja i sociodemografskih činilaca, u različitoj meri će odgovarati sržni koncepti, kao i terapijske tehnike u okviru različitih psihoterapijskih modaliteta. Stoga je jasno koliko je važno, pre početka terapije, odrediti upravo najpodesniju formu za odgovarajućeg klijenta.

L'Abate navodi da je moguće konstruisati test koji bi bio preskriptivan u pogledu pojedinih intervencija, a ne samo deskriptivan ili prediktivan, kao što je tradicionalno bio slučaj. Na primer, profil porodice u zaleđu testa, mogao bi da

predstavlja osnov za definisanje i davanje preporuka u pogledu specifičnosti koje treba da se postignu prilikom restrukturacije određenog para, odnosno porodice.

L'Abate, naposljetku, postavlja granicu dometima evaluacije, iznoseći da je evaluacija sebe radi besmislena. Njena opravdanost egzistira kada se razume i u praksi odvija kao set specifičnih intervencija, sa unapred određenim ciljem.

U aktuelnoj praksi, evaluacija upotrebljenih tehnika jeste ograničena, jer predstavlja složen poduhvat u stručnom, organizacionom i finansijskom smislu. Nju najpre možemo sresti pod onim okolnostima kada su u pitanju plaćena istraživanja od strane neke posebne interesne grupe, ali je kao takva često skopčana sa pitanjem pristrasnosti rezultata.

*15. kada je u pitanju opseg preventivnih aktivnosti, ona nastoji da pokrije celokupan spektar;*

Psihologija porodice bavi se aktivnostima iz opsega primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. Primarne, u smislu preventivne i preterapijske, odnosno unapređenja mentalnog zdravlja i sprečavanja nastanka mentalnih poremećaja. Sekundarne, u smislu parapreventivne ili paraterapeutske, odnosno ranog otkrivanja i ranog tretmana mentalnih poremećaja. Naposljetku tercijarne, u smislu rehabilitacionog pristupa, odnosno aktivnosti usmerenih ka otklanjanju ili umanjenju mogućnosti nepovoljnih posledica ispoljenih tegoba i teškoća, odnosno mentalnih poremećaja, kao inastojanja ka što optimalnijem reuspostavljanju premorbidnog nivoa funkcionisanja.

U pogledu smislenosti preventivnih aktivnosti, ne spori se da je prevencija pojam koji počiva na pretpostavkama. Na diskutabilnost dometa prevencije utiče i to što tek nekoliko godina nakon primenjenog programa, možemo saznati do koje mere aktivnosti iz preventivnog programa funkcionišu, kao i u sadejstvu sa čime i u odnosu na šta funkcionišu. Stoga, ukoliko evaluacija ne zauzme mesto u bilo kojem setingu i u vezi sa bilo kojom intervencijom, veliki deo nastojanja koja se tiču pomoći porodicama pod rizikom, jeste da dostigne status zalud uloženog vremena, jer će biti nemoguće proceniti opravdanost i efikasnost istih.



*16. profil lica angažovanih u aktivnostima iz spektra porodične psihologije, može biti sasvim različit;*

Sasvim je izvesno da se u pomažućim aktivnostima angažuju različite vrste profila onih koji pružaju neku vrstu pomoći. Kada su u pitanju postupci evaluacije i rada sa porodicama, L' Abate smatra da su oni suviše obimni da bi pripadali samo jednoj izolovanoj disciplini, uključujući i psihologiju. Psihologe, zbog specifičnosti njihovog edukativnog zaleđa, on vidi kao profil koji bi trebalo da se nalazi na čelu hijerarhijske organizacije u sistemu zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja, pre svega u sistemu evaluacije, prevencije i intervencija u krizi. On smatra da bi pod okriljem savremenog modela javnoga zdravlja, koji postavlja imperativne ekonomičnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite, psiholozi sa doktoratom mogli naći značajno mesto. Oni bi trebalo da budu ti koji su osposobljeni da se angažuju, da podržavaju, da usmeravaju i vode individue sa manjim stepenom osposobljenosti ili iskustva.

*17. opis posla psihologa, kao i način na koji ga obavljaju, sasvim su specifični;*

Porodični psiholozi, bez obzira na to da li se bave prevencijom ili terapijom kao svojom dominantnom delatnošću, potrebno je da usvoje specifičan način na koji sprovode intervencije. Preporuka je da to bude u većoj meri aktivno i interaktivno, sa domaćim pisanim zadacima, kao dodatkom aktuelno postojećih alternativa ograničenog opsega i efikasnosti – neposrednog kontakta i razgovora. Osim sa pojedincima, porodični psiholozi trebalo bi da nauče da rade i sa parovima i sa porodicama. Poželjno bi bilo da se osposobe za pružanje usluga putem posrednih sredstava rada kao što su, na primer, kompjuter i/ili internet. Pisani zadaci bi trebalo da premoste to što su psihološke intervencije bazirane na razgovoru, još uvek veoma kompleksne za evaluaciju i u priličnoj meri skupe.

Prema mišljenju L' Abatea, psihologija porodice verovatno je prednjačila, a i aktuelno je među vodećim psihološkim disciplinama, u pogledu svog stremljenja ka dostizanju psiholoških saznanja putem podučavanja i istraživačkih aktivnosti. On dodaje da i mimo toga još uvek ne postoji akademska specijalizacija iz psihologije porodice, te da najviši domet u tom pogledu čine programi porodične psihologije na par univerziteta u Sjedinjenim Američkim Državama. Pri tome, većina postojećih programa edukacije u domenu bavljenja porodicom, pre svega je fokusirana na obučavanje i osposobljavanje psihologa kao porodičnih terapeuta, a ne kao akademski usmerenih porodičnih psihologa. Iz tih razloga, on psihologiju porodice smatra nekom formom apstrakcije, s obzirom na to da za sada ne postoji u realitetu, odnosno da još uvek ne postoji kao specifična i odvojena disciplina.

On iznosi kako ta „neegzistencija“ psihologije porodice pokreće niz praktičnih pitanja i dilema u vezi sa obukom i osposobljavanjem psihologa koji žele da specijaliziraju porodičnu terapiju, a kao osnovne navodi:

1. da li bi ih trebalo samo praktično osposobljavati, bez bazičnog edukativnog zaleđa u pogledu metodologije i evaluacije istraživanja, individualnih ili porodičnih teorija i uvažavanja totaliteta kontinuuma funkcionalnog i disfunkcionalnog u ponašanju, koji zapravo i razlikuju psihologe od terapeuta drugog akademskog zaleđa (lekara, socijalnih radnika, defektologa, specijalnih pedagoga)?
2. da li bi ih trebalo obučavati u kontekstu porodične terapije, odnosno na osnovu tradicionalnih kliničkih postavki, a da pri tome pristup bude orijentisan na individuu?

Edukacija već obučanih i osposobljenih porodičnih psihologa za porodičnu terapiju, posmatra se kao najoptimalniji proces, stoga što se bazična baza znanja o porodicama, isto tako može primeniti i na psihoterapiju po sebi.

### 18. *identitet psihologije porodice;*

Jedno od veoma važnih razvojnih pitanja, jeste i pitanje nezavisnosti psihologije porodice. Kako bi postigla dovoljan stepen različitosti i ustanovila svoj identitet, ona bi zapravo morala:

- da dostigne operacionalnu autonomiju od porodične terapije u totalitetu,
- morala bi da potvrdi svoje istorijsko poreklo i svoju aktuelnu nezavisnost i od drugih disciplina u oblasti psihologije,
- morala bi se konceptualno udaljiti iz patocentrične perspektive.

Navedene nužnosti predstavljaju samo prvi korak u konstituisanju identiteta psihologije porodice i kao akademske i kao primenjene discipline.

Sledeća etapa razvoja ticala bi se razmene znanja između psihologije porodice i drugih oblasti psihologije, kao i između psihologije porodice i porodične terapije. L' Abate smatra kako su razvojna i socijalna psihologija, kao i psihologija ličnosti, oblasti psihologije sa kojima bi psihologija porodice ostvarivala posebno plodonosnu razmenu.

#### **2.1.2.2. PSIHLOGIJA PORODICE KAO NAUČNA DISCIPLINA**

Psihologija porodice koja bi težila da bude naučna disciplina u strogom smislu, morala bi biti u stanju da smisleno poveže intrapsihološki, odnosno interni koncept sa činjenicama relacije paradigme.

Prema L' Abateu, izvestan stepen izomorfizma između internih i eksternih varijabli, razumno je pretpostavljati. Na primer, sociolozi porodice i porodični terapeuti najčešće opisuju i tumače efekte uticaja porodice na razvoj individue. Za psihologe, ta tema je stvar empirijske brige. Oni se, pre svega, interesuju za to koji to deo porodične varijanse jeste efekat dejstva individualnih ili dijadnih faktora, odnosno, koji deo te varijanse jeste efekat dejstva jedne interakcije, a koji je posledica aktivacije porodice u celini.

### **2.1.2.3. RAD SA PORODICOM I PROFESIONALNI IDENTITET**

Pitanje održivosti identiteta porodičnih psihologa koji se bave i porodičnom terapijom, prilično je složeno.

Postavlja se pitanje da li se oni, suštinski i formalno, teoretski i praktično, mogu jasno razlikovati od lekara-psihijatara, socijalnih radnika, sveštenika, savetnika i drugih lica koji, takođe, mogu obavljati neki vid porodične terapije.

Smislaono i održivo razlikovanje identiteta porodičnih psihologa od identiteta drugih pomažućih profesija, može se izvršiti u odnosu na ciljeve profesije. Dakle, u zavisnosti od određenja sadržaja pojma mentalnoga zdravlja koje će potom odrediti i primenjene postupke i planirani ishod, a samim tim i cilj primenjivanih postupaka. Specifikum porodičnih psihologa čine i kompetence za objektivnu procenu preventivnih postupaka i terapijskih ishoda, odnosno posebna osposobljenost za istraživanja i evaluaciju. Zatim, upotreba metoda intervencija koje prevazilaze terapiju u užem smislu, odnosno aktivnosti i intervencija usmerenih na razvoj psihoedukativnih i socijalnih veština.

### **2.1.2.4. RAD SA PORODICOM I PROFESIONALNA ODGOVORNOST**

Pitanje profesionalne odgovornosti, posebno nakon aktuelizacije prava klijenata i njihove zaštite, ponovo je dobilo na značaju. Ono je predmet opomena različitog nivoa javnosti, sudskih procesa, kao i finansijskih i profesionalnih penala različitih formi. Koliku god lagodnost pružala situacija da ono što nije objektivizovano ne može biti predmet spora, ona takođe ne pruža nikakvu mogućnost zaštite prava profesionalaca. Dakle, ukoliko nisu sistematski evaluirani efekti terapijske intervencije ili preventivne akcije, gotovo je nemoguće osporiti osnov pripisivanja odgovornosti za štetne efekte terapeutu.

Ovo pitanje ne može biti rešeno sve dok se evaluacija pre i posle intervencija ili dugotrajno praćenje efekata intervencija, kao standardne procedure, ne ustale u psihoterapijskoj praksi. Pri tome, upravo forma, obim i dubina edukacija u pogledu istraživanja i evaluacije, kakva je predviđena na studijama psihologije, omogućava

valjanu evaluaciju bilo kog aspekta preventivnih aktivnosti–terapije, intervencija u krizi, psihoedukacije i sl.

### **2.1.3. PROCENA PORODICE**

Pristup porodicama koje su učestvovala u istraživanju, kao i interpretaciju dobijenih rezultata, sproveli smo prema načelima kliničkog metoda procene.

#### **2.1.3.1. POJAM**

Klinički metod procene pojam je koji je često izjednačavan sa procesom primene psiholoških mernih instrumenata u cilju procene ponašanja, odnosno crta ličnosti, izolovanja nekog ponašanja, njegovog merenja, a u cilju predviđanja budućih obrazaca (Popović, 2007). Međutim, klinička procena bazirana je na drugačijem epistemološkom okviru od prethodno opisane, psihometrijske. Njen osnovni cilj jeste integracija (nasuprot predikciji), a naglasak je na kontekstualnom razumevanju pojedinačnih podataka u totalitetu jedinice (ličnosti ili, u ovom slučaju dijade, odnosno celokupne porodice) koju posmatramo i procenjujemo (Popović, 2007).

*Klinički metod procene* predstavlja niz postupaka, bez obzira na njihovu prirodu, koji se sprovode u cilju uvećanja razumevanja klijenta (dijade/porodice), te pružanja odgovarajuće stručne pomoći.

U kliničkoj proceni, za razliku od procene u nekliničkom kontekstu, postupci su u većoj meri sistematizovani i formalizovani.

Kada je u pitanju procena u porodičnom kontekstu, osnove kliničkog metoda procene čine (Mitić, 1995, 2009):

1. prikupljanje informacija o porodici,
2. bolje razumevanje porodičnog funkcionisanja, posebno s obzirom na cilj procene,

3. donošenje odluka usmerenih ka dobrobiti identifikovanog pacijenta<sup>5</sup> i porodice u celini i
4. težište je ne samo na razrešavanju smetnji, tegoba i teškoća identifikovanog pacijenta već i na optimalizaciji funkcionisanja porodice u celini.

Prilikom planiranja i realizacije kliničke procene porodice, u odnosu na kliničku procenu pojedinca, uključuju se dodatne dimenzije (Mitić, 1997; Ivanović-Milojković i sar. 1997):

1. bez obzira na osnovnu teorijsku i praktičnu orijentaciju kliničara, koja će većinom određivati način razumevanja poteškoća identifikovanog pacijenta, razumevanje porodice vođeno je sistemskom paradigmom;
2. predmet posmatranja i procene su, kako pojedinac, odnosno identifikovani pacijent, tako i porodica u celini;
3. briga o dobrobiti klijenta postaje veoma delikatno pitanje, jer su u praksi neretko, interesi pojedinca, odnosno identifikovanog pacijenta i porodice sukobljeni.

Samim tim, podaci od interesa, pri kliničkom metodu procene porodice, jesu (Mitić, 1997, 2009; Ivanović-Milojković i sar., 1997):

- osobine ličnosti identifikovanog pacijenta i način na koji su organizovane u jedinstven složaj,
- dimenzije funkcionisanja porodice i način njihovog organizovanja u totalitet porodičnog funkcionisanja,
- sposobnosti „izabranog“ pojedinca,
- kompetence porodičnog sistema u celini,

---

<sup>5</sup> Prema stanovištu sistemskog pristupa, alkoholizam pojedinca samo je izraz postojanja problema u celokupnom porodičnom sistemu. Pojam „identifikovani pacijent“ govori o tome da je osobu delegirala porodica da potraži pomoć. U kontekstu ove paradigme, smatra se da zapravo porodični sistem poseduje niz poremećenih relacija ili da u njemu postoje pojedinci sa mnogo značajnijom intrapsihološkom problematikom u odnosu na alkoholičara.

- tegobe i teškoće identifikovanog pacijenta,
- disfunkcionalni obrasci porodice,
- obrasci ponašanja pojedinca,
- obrasci funkcionisanja porodice,
- psihološke snage i slabosti identifikovanog pacijenta,
- rezilijence i slabosti porodičnog sistema,
- socio-istorijski i kulturološki okvir u kojem porodica nastaje i razvija se,
- način na koji su organizovane relevantne varijable pojedinca i porodice i njihove interakcije.

Stoga, svrha prikupljanja navedenih podataka može biti:

- prepoznavanje i razumevanje maladaptivnih obrazaca u kontekstu funkcije koju ti obrasci imaju u porodičnom sistemu (npr. disocijalni obrasci deteta koji imaju funkciju ponovnog povezivanja separiranih roditelja);
- psihološko dijagnostikovanje pojedinca i porodičnog sistema (odrednice intelektualnog i personalnog funkcionisanja pojedinca, kao i odrednice porodičnog funkcionisanja – npr. kohezivnosti, fleksibilnosti i sl.);
- profesionalna orijentacija i selekcija u kontekstu dominantnog i/ili zahtevanog edukativnog i profesionalnog okvira porodičnog sistema (npr. u porodici gde preovlađuje bazični nivo obrazovanja i gde članovi relativno rano zasnivaju radne odnose i porodice, član koji ispolji interes za akademsko obrazovanje, može doživeti pritisak da odustane od toga i prikloni se tipičim porodičnim modelima);
- izrada psihološkog profila identifikovanog pacijenta i porodičnog sistema (npr. složaj dominantnih karakteristika ličnosti pojedinca i složaj dominantnih odrednica porodičnog funkcionisanja, prema izabranim modelima razumevanja);

- detaljna eksploracija poteškoća klijenta i relevantnih odrednica funkcionisanja porodice (npr. nesamostalnost klijenta čest je nalaz kod rigidnih, visoko homogenih, odnosno umreženih porodica ili pak antisocijalne obrasce moguće je očekivati u porodičnim sistemima otuđenim od društvenih vrednosti);
- izrada preporuka u vezi sa izborom najpodesnijeg psihoterapijskog modaliteta, odnosno tehnike (procena psihoterapijskih potencijala i ograničenja, kako klijenta, tako i porodičnog sistema i to, kako u pogledu individualnog rada sa klijentom, tako i rada sa celokupnim porodičnim sistemom);
- evaluacija efekata psihoterapije (evaluira se nivo promena kod identifikovanog pacijenta u vezi sa problemom zbog kojeg je ušao u terapiju, ali i nivo promena relevantnih varijabli porodičnog funkcionisanja);
- rešavanje forenzičkih dilema – pitanja uračunljivosti, vinosti, mentalne zrelosti, zakonski definisanih formi podobnosti (procesne i radne podobnosti, podobnosti za roditeljstvo kada je u pitanju pojedinac ili procena kapaciteta porodice da podrže pojedinca, da nadomeste njegove slabosti u funkcionisanju, patogenetički uticaj porodice, procena podobnosti porodica za adopciju ili hraniteljstvo);
- izbor ispitanika, odnosno porodica koji će učestvovati u istraživanju...

Dakle, kada je u pitanju procena u porodičnom kontekstu, postupci su usmereni kako na pojedinca koji je u fokusu interesovanja i brige porodice, tako i na porodicu u totalitetu. Pri tome je nužno razumeti šta znači ponašanje izabranog pojedinca za celokupan sistem i koji su procesi i efekti njihovog uzajamnog i interaktivnog odnosa. Krajnji cilj je integracija perspektiva pojedinca i porodice.

### **2.1.3.2. PRINCIPI**

Nadređena načela u bilo kojoj etapi procesa kliničke procene, jesu briga o dobrobiti klijenta i postojanje unapred formulisanog cilja (Popović, 2007).



Kada je u pitanju procena porodice, i ova načela se usložnjavaju. Kao što je prethodno izneto, interesi pojedinca i porodice mogu biti suprotstavljeni (Lažetić, 2011).

U vezi sa ciljem procene, u porodičnom setingu, on se često multiplikuje. Određen je perspektivom člana porodice koji ga definiše, te različiti članovi porodičnog sistema mogu imati različite, pa i kontradiktorne ciljeve (Skinner, 2000). Uzmimo za primer alkoholičarsku porodicu – porodični sistem ima inicijalno za cilj da otkloni akutnu problematiku, tj. fizičko nasilje alkoholisanog člana. Alkoholičar može imati za cilj da na neki način održi svoj autoritet u porodičnom sistemu, što je prethodno regulisao nasiljem. Bračni partner koji ne pije, može imati za cilj da uspostavi nenasilnički odnos sa alkoholičarom, ali da pri tome održi svoju dominirajuću ulogu. S obzirom na to da su deca neretko „sredstvo“ održavanja integriteta takvih porodica, roditelji mogu težiti da održe porodicu na okupu. Deca, opet, potpuno prirodno i razvojno očekivano mogu imati za cilj osamostaljenje i odvajanje iz porodičnog konteksta. Stoga, možemo postaviti pitanje – da li je cilj procena alkoholičarevih kompetenci u pogledu upravljanja porodičnim sistemom ili takvih kompetenci kod partnera koji ne pije. Ili, da li je cilj procena stepena podržavajućih kapaciteta porodičnog sistema, u odnosu na ostanak ili odlazak dece.

Vrednosna neutralnost kliničara u porodičnom kontekstu, često je, usled ovih okolnosti, na ozbiljnim probama.

## **2.2. ALKOHOLIZAM**

### **2.2.1. ALKOHOLIČARSKA PORODICA**

Koncept alkoholičarskog porodičnog sistema osmislio je Piter Stajnglas (Steinglass, 1976). Koncept je zasnovan na sistemskoj paradigmi, što znači da se alkoholizam ne shvata kao poremećaj koji je određen isključivo svojstvima i zbivanjima u pojedincu. Alkoholizam se posmatra kao efekat poremećaja

interakcija u porodičnom sistemu i smatra se da je njegovo održavanje moguće, jer obezbeđuje patološku stabilnost tog sistema.

*Alkoholičarska porodica* je „...sistemu kojem je jedan član alkoholičar, tako da alkoholizam i ponašanja u vezi sa pijenjem alkohola, postaju centralni organizacioni principi porodičnog života.“ (Steinglass et al., 1987).

Specifičnost „rizika“ življenja u alkoholičarskoj porodici, upravo je sagledana u iznetoj definiciji, odnosno u činjenici da pijenje jednog člana, kontaminira gotovo sve aspekte porodičnog funkcionisanja (Steinglass et al., 1987).

Alkoholizam do te mere zadire u porodičnu strukturu da njegova potencijalna eliminacija pretili da naruši stabilnosti celokupnog sistema, čemu se porodica snažno opire. Stoga, najveći broj alkoholičarskih porodica opstaje u vremenu i pored kontinuiranih i/ili brojnih kriznih situacija.

Alkoholičarske porodice razvijaju specifičan, *alkoholičarski identitet*. U pokušajima adaptacije porodice na pijenje jednog člana, nastali obrasci ponašanja, komunikacija i relacija do te mere se ustaljuju da pokazuju tendencu ka transmisiji na sledeće generacije. U tom kontekstu čini se manje važnim da li je alkoholizam simptom porodične disfunkcionalnosti ili on sam izaziva te poremećaje. Presudnim deluje međusobno prožimanje i potkrepljivanje alkoholizma i porodičnih disfunkcija, što održava alkoholizam i ponašanja u vezi sa njim – unedogled.

Stajnglas smatra da alkoholizam kao proces ima svoje specifičnosti (Steinglass et al., 1987). To su hronicitet, korišćenje psiho-biološki aktivne supstance, dvostruki obrazac ponašanja, predvidljivost ponašajnog odgovora i razvojni tok alkoholizma. Navedene specifičnosti su, zapravo, aspekti alkoholizma „zaslužni“ za otpočinjanje i održavanje sadejstva alkoholizma sa porodičnim životom, u šta se uključuju svi članovi porodice.

– *hronicitet* – iako je najčešće dugotrajno izložena raznovrsnim stresorima proisteklim iz problematičnog pijenja svog člana, porodica ipak uspeva da godinama održava svoj integritet;

– *korišćenje psiho-biološki aktivne supstance* – kod onoga koji je koristi, izaziva brojne tegobe i teškoće kao što su: emocionalna nestabilnost, impulsivnost,

depresija, problemi sa pamćenjem, spavanjem; ovi obrasci se nepovoljno odražavaju na porodicu u smislu evociranja agresije, a takođe izazivaju i promene emocionalnog tona, seksualnog ponašanja, kao i izmenu komunikacije;

– *dvostruki obrazac ponašanja* – podrazumeva da se kod alkoholičara smenjuju dva bitno različita psiho-fizička stanja – trezno stanje i stanje intoksiciranosti; porodica, pri pokušaju da stabilizuje sopstveno funkcionisanje, menja svoje ponašajne obrasce u zavisnosti od toga da li je alkoholičar u stanju intoksikacije ili apstinencije, te kreira dva takođe bitno različita stila funkcionisanja – jedan za trezno, a drugi za intoksicirano stanje alkoholičara;

– postojanje dvostrukih obrazaca ponašanja, omogućava *predvidljivost ponašajnog odgovora* porodice, u zavisnosti od toga u kojem je stanju alkoholičar;

– svaka alkoholičarska porodica *ima svoju ličnu istoriju*, odnosno poseban način na koji se alkoholizam razvijao.

#### **2.2.1.1. MEHANIZMI HOMEOSTAZE**

Mehanizmi homeostaze predstavljaju niz obrazaca putem kojih se održava patološka, ali izrazito postojana ravnoteža u alkoholičarskoj porodici. Oni obezbeđuju ono što se naziva paradoksom stabilnosti, uprkos izrazitoj nestabilnosti takvih porodica.

Bazični elementi homeostatskog procesa jesu:

1. pijenje i opijanje, odnosno ponašanje alkoholičara kao stresora i
2. alkoholičarski brak, kao centralni dijadni odnos u alkoholičarskoj porodici.

Oni kreiraju osnove sposobnosti alkoholičarske porodice da sačuva koherenciju, ravnotežu i kontrolu nad svojim životom, uprkos stalnim izazovima i problemima.

Uvođenjem pijenja alkohola, odnosno opijanja u porodični život, narušava se neophodna ravnoteža između ostvarivanja razvojnih potreba porodice i pojedinca i odvijanja regulatornih procesa u porodici. To vodi pokretanju serija

adaptivnih reakcija članova porodice koji se paradoksalno prilagođavaju novonastaloj i suštinski nepovoljnoj situaciji, umesto da je menjaju, čime dovode do održavanja i trajanja alkoholičarskog porodičnog sistema.

U alkoholičarskoj porodici susreću se tri izvora dešavanja koja onemogućavaju uspostavljanje zdrave ravnoteže:

1. alkoholičarski brak nije sposoban da prepozna pomeranja i promene koje se dešavaju unutar porodičnih odnosa, a koja su daleko od optimalnih i poželjnih;
2. ukoliko pak i bude u stanju da prepozna te promene i pomeranja, alkoholičarski brak pokreće reakcije koje su ili nedovoljne, ili preterane, u svakom slučaju neodgovarajuće;
3. homeostatski mehanizmi u alkoholičarskim porodicama veoma se lako aktiviraju. Samim tim i najmanja promena u okolini izaziva promptnu reakciju porodičnog sistema, koja ima zadatak da održi stabilnost unutar porodične unutrašnje sredine.

Obrasci koji služe održavanju homeostaze alkoholičarskog sistema, nazivaju se *regulatornim mehanizmima*. Ovaj pojam odnosi se na *duboke strukture*, odnosno metaforičke porodične osobine, koje su smeštene duboko u jezgru porodice. Ovi mehanizmi nisu dostupni direktnom posmatranju, ni sistematskom merenju. Oni daju formu onim porodičnim ponašanjima i funkcijama koje omogućavaju porodici koherentnost organizacije, kao i prepoznatljivost strukture i osobenosti te porodice.

Konstrukti koji olakšavaju razumevanje regulatorih mehanizama jesu:

I *Porodični temperament* – obuhvata tri fundamentalne osobine:

1. *tipični porodični energetski nivo* – određuje kada će doći do aktiviranja ponašanja; on se može kretati u opsegu vrednosti od visokog do niskog;

2. *preferiranu porodičnu distancu interakcije* – određuje koliko će unutrašnje i spoljašnje granice biti propustljive; one mogu biti u manjoj ili većoj meri propustljive;

3. *karakteristični porodični bihevioralni rang* – određuje stepen u kojem su dozvoljene varijacije u obrascima ponašanja i interakcijama te porodice; u odnosu na njega, porodice se mogu kretati na dimenziji od fleksibilnih do rigidnih.

Stajnglas smatra da ne postoji neki obrazac porodičnog temperamenta koji bi odgovarao alkoholičarskoj porodici. On iznosi da kao što postoje različiti tipovi alkoholizma, tako postoje i različiti tipovi alkoholičarskih porodica, a razlikuju se i zahtevi koji se postavljaju pred porodicu. U nekim slučajevima, porodica će zahteve alkoholizma smatrati nedopustivim i tražiće od svog člana ili da prestane da pije, ili da napusti porodicu. U nekim drugim slučajevima, porodica će prihvatiti člana alkoholičara, što se obično događa onda kada je porodični temperament kompatibilan sa koegzistencijom posebnog tipa alkoholizma koji je manifestovao član porodice koji je alkoholičar.

II *Porodični identitet* je (porodični) subjektivni osećaj kontinuiteta u vremenu i u različitim situacijama. On predstavlja bazičnu kognitivnu strukturu, koja obuhvata verovanja, stavove i uverenja koja se odnose na to kako članovi porodice vide svoju porodicu. Porodični identitet ima dve komponente – *eksplicitnu* i *implicitnu*. Ove dve komponente imaju dinamičan odnos. Kako porodica prolazi kroz različite faze razvoja, tako se i njihov odnos menja.

Porodični identitet igra veoma značajnu ulogu u transgeneracijskoj transmisiji alkoholizma. Stavovi da je prihvatljivo da se pije u „prigodnim prilikama“, količina pića koja se toleriše, tolerisanje opijanja i slično, prenosiće se iz porodica porekla u porodicu u nastajanju.

Kada su alkoholičarske porodice u pitanju, specifično je i to da su lični identiteti članova porodice podređeni identitetu koji nameće pripadnost porodici.

Tri kategorije porodičnog ponašanja koje su podložne opservaciji, a takođe pomažu boljem razumevanju regulatornog ponašanja u alkoholičarskoj porodici, jesu:

1. *Dnevne porodične rutine*– obezbeđuju formu i strukturu svakodnevnog života u porodici. Tu spadaju obedovanje, kupovine, kućni poslovi i sl. Posmatranje ovih vidljivih zbivanja u kući, daje uvid u njene unutrašnje mehanizme, na primer da li postoji red ili haotičnost, toplina ili distanca. Prema Stajnglasu, u alkoholičarskoj porodici dnevne porodične rutine jesu poremećene, ali ne postoji jedan specifičan obrazac koji bi odgovarao svim alkoholičarskim porodicama. Gubljenje institucije zajedničkog obedovanja, izostanak dogovora oko finansija i angažovanja prilikom nabavke ili kućnih poslova, postojanje brojnih „crnih fondova“, prekomerno opterećenje nekih članova porodice obavezama, obrasci su koji su uočljivi u disfunkcionalnim obrascima uopšteno.

2. *Porodični rituali* – prenose porodičnu kulturu sa generacije na generaciju. Tu spadaju: verski praznici i proslave, porodična slavlja, praznici, odmori... Za alkoholičarske porodice je karakteristično da gube svest o značaju rituala. Porodični rituali često se stavljaju u „drugi plan“ ili su opterećeni nepovoljnim sećanjima i negativnim emocijama (npr. ispad alkoholisanog člana porodice na rođendanima ili slavama kao ponavljano iskustvo).

3. *Kratkoročno rešavanje problema* – predstavlja obrazac ponašanja koji se aktivira kada neke spoljašnje opasnosti prete da naruše stabilnost porodice, sa ciljem da se ponovo uspostavi narušena ravnoteža. Postoje dve bitne osobine epizoda kratkoročnog rešavanja problema. To su izražena specifikacija i fokusiranost, usled toga što ove epizode predstavljaju odgovor na specifične izazove. Porodice, tokom vremena, razvijaju svoj karakteristični način kratkoročnog rešavanja problema. Na primer, akutna intoksiciranost alkoholičara u nekim alkoholičarskim porodicama, po automatizmu izaziva verbalni sukob sa bračnim partnerom, pri čemu se deca ili sklanjaju u drugu prostoriju, ili izlaze iz kuće dok sukob ne mine. U istoj toj porodici, kada je alkoholičar trezan, konflikti se

raspravljaju znatno smirenijim tonom i deca mogu pokazivati tendencu aktivnog učešća u njihovom razrešavanju.

Proces kojim alkoholizam ostvaruje uticaj na regulatorne mehanizme u porodici, autor koncepta alkoholičarskih porodica naziva *invazijom*.

Izmene u radu regulatornih mehanizama mogu biti različitog stepena. To mogu biti:

- a) izmene malog stepena;
- b) izmene koje uključuju nepodobnosti u reagovanju, a porodica pri tome i dalje štiti normativnost regulatornih mehanizama;
- c) izmene koje podrazumevaju potpuno narušavanje regulatornih mehanizama.

Ove izmene pogađaju i *dnevne rutine*, i *porodične rituale*, i *epizode kratkoročnog rešavanja problema*.

*Dnevne rutine* mogu se menjati u različitoj meri: od neznatnih promena, do toga da se potpuno prilagođavaju alkoholičarevom obrascu. Na primer, alkoholičar može da ne učestvuje u samo nekim oblastima porodičnih aktivnosti i odlučivanja ili može sve svoje obaveze i dužnosti delegirati drugim članovima porodice.

Porodični *rituali* mogu biti zahvaćeni invazionim procesima na način da budu značajno ometeni, ili može doći i do potpunog prekida porodičnih tradicija, te ukidanja proslava. Na primer, dečiji rođendani mogu biti značajno redukovano trajanja, ili pak mogu biti neočekivano prekidani ispadima alkoholisanog člana. Krug zvanica može se, sa protokom vremena, sužavati na one koji poznaju i/ili tolerišu pijeње alkoholičara. S vremenom, ponavljani ispadi mogu voditi do potpunog odustajanja od proslava rođendana.

U pogledu *epizoda kratkoročnog rešavanja problema*, invazija alkoholizma pravi jasan rasep između ponašanja u vezi sa treznim stanjem alkoholičara i ponašanja, kada je on u fazi intoksikacije. Te promene su uočljive kako kod zavisnika, tako i kod članova njegove porodice. Manifestacije ovog rasepa jasan su pokazatelj da je porodica počela da se prilagođava na alkoholizam, s obzirom na to

da i članovi porodice počinju da pokazuju spremnost za dvostruko ponašanje. Ponašanja u epizodama kratkoročnog rešavanja problema, ako se sagledavaju iz aspekta „rešavanja problema“ – eliminacije alkoholizma, često izgledaju paradoksalno, jer, zapravo, vode učvršćivanju alkoholizma u porodičnom kontekstu. Ali, ako se posmatraju iz perspektive prilagođavanja porodice na pijenje jednog člana, postaju razumljivija, jer je jasno da su usmerena na održavanje postignute stabilnosti porodičnog sistema, bez obzira na to što je ta stabilnost patološka. Na primer, verbalni sukob akutno intoksiciranog alkoholičara sa suprugom, izaziva njegovo ponovno pijenje. Ali istovremeno, on vodi i pražnjenju emocionalnog naboja i kumuliranog nezadovoljstva supruge, što redukuje njenu intrapsihološku tenziju. Alkoholičar zadovoljava potrebu za pijenjem, supruge paradoksalno doživljava izvesnu formu olakšanja i sistem se ponovo stabilizuje.

Tokom procesa invazije regulatornih mehanizama, javljaju se mnogi međugeneracijski i intrapsihički konflikti. Ipak, kako se porodica polako adaptira na alkoholizam, tako dolazi i do formiranja kompromisa o postojećem stanju stvari. To se najbolje ogleda u odnosima na nivou bračne dijade. U početku, supruge alkoholičara reaguje i na najmanje pretnje svom samopoštovanju, a kasnije, ona trpi i mnogo intenzivnije ponižavanje.

#### **2.2.1.2. RAZVOJNE FAZE**

Kako bismo jasnije ilustrovali razvojne faze kroz koje alkoholičarska porodica prolazi, prikazaćemo, ovom prilikom, zakonitosti razvoja porodica uopšteno.

Promene u porodici, u vezi sa njenim razvojnim procesom, neizbežne su i postepene, i odvijaju se sukcesivno. One proističu iz svojstava porodice shvaćene kao složenog sistema, odnosno iz tri grupe zadataka, a to su (Steinglass et al, 1987):

1. definisanje spoljašnjih i unutrašnjih granica porodice (određivanje gde se prirodno završava, ko su njeni članovi, na koji način će biti izgrađena unutrašnja porodična struktura);



2. definisanje i izbor glavnih razvojnih oblasti i ciljeva za koje će se porodica zalagati, koji potom postaju organizatori ponašanja unutar porodice;
3. utvrđivanje porodičnog identiteta.

Iako je moguće da se bilo koji od zadataka javi u bilo kojoj od faza, u svakoj fazi uvek postoji zadatak dominantno u vezi sa njom.

Dakle, svaka porodica u svom razvoju prolazi kroz određeni životni ciklus, u okviru kojeg se razlikuju tri faze. To su:

I *Rana faza razvoja porodice* – u okviru nje dolazi do odvajanja od primarne porodice i formiranja sopstvene. Glavni zadaci u ovoj fazi jesu određivanje granica porodičnog sistema i formiranje porodičnog identiteta. Ovo je faza veoma brzih promena. Nova porodica se formira, ali su njeni članovi u isto vreme i članovi drugih porodičnih sistema – porodica porekla. Zbog moćnog uticaja primarnih porodica, često se javlja problem podele lojalnosti.

Pojava alkoholizma u ovoj fazi razvoja porodice, nosi sa sobom važne implikacije za proces formiranja porodičnog identiteta. Ukoliko alkoholizam postane glavni organizacioni princip, on postaje i deo porodičnog identiteta, a porodica poprima karakteristike alkoholičarske. Alkoholizam može uticati na proces formiranja porodičnog identiteta na dva načina.

*Prvi način* je kada formirani problem alkoholizma već postoji pri ulasku porodice u ranu fazu razvoja i u okviru toga su prisutne dve mogućnosti:

1. *prenos iz porodica porekla putem sistema vrednosti* – forma prenosa alkoholizma iz primarne u sekundarnu porodicu i bez inicijalnog alkoholizma nekog od članova porodice koja se formira;
2. *alkoholizam jednog od partnera.*

*Drugi način* na koji alkoholizam može uticati na porodični identitet, jeste da se problem sa alkoholom pojavi u trenutku kada se intenzivno radi na formiranju porodičnog identiteta.

II *Srednja faza razvoja porodice* – odlikuje se konstituisanjem i realizacijom struktuiranih i konzistentnih obrazaca ponašanja, čija je svrha da obezbede izvođenje dnevnih rutina i drugih organizovanih aktivnosti. U funkciji su sveobuhvatne stabilizacije porodičnog života. Za porodicu u srednjoj fazi razvoja, glavni zadatak je definisanje i izbor razvojnih oblasti i ciljeva.

Ključ za razumevanje *srednje faze* razvoja alkoholičarske porodice, jesu zbivanja sa regulatornim mehanizmima. Najznačajniji aspekt uticaja alkoholizma na porodični život, zasniva se na njegovoj moći da izvrši invaziju na regulatorne mehanizme, posebno na kratkoročno rešavanje problema. Proces invazije ogleda se u favorizovanju onih oblika ponašanja koja „održavaju“ alkoholizam i obrnuto, što vodi osnaživanju alkoholičarskog ponašanja. Na primer, usled toga što alkoholičari u značajnoj meri zapuštaju obaveze i odgovornosti, moguć je razvoj i ustaljivanje dominacije bračnog partnera koji ne pije, što alkoholičar sekundarno može uzimati kao povod za novo opijanje, a potom se i dodatno pasivizirati. Takvo stanje pojačava adaptivnu svrhu dominacije treznog partnera. Krajnji ishod neretko predstavlja potpuna marginalizacija alkoholičara i primat treznog partnera u odlukama u socijalnoj i finansijskoj sferi, i organizaciji porodičnog življenja u totalitetu. Kada se dostigne ovaj stadijum, bračni partner koji ne pije alkoholna pića, neretko se opire promenama kojima bi apstinencija alkoholičara vodila, jer bi to značilo i redukciju njegove uticajnosti.

Alkoholičarska porodica u ovoj fazi postaje veoma rigidna, odnosno organizuje se na takav način da ublaži svaki destabilizujući uticaj – ne samo alkoholizma, već i svakog događaja sa značenjem promene. Na primer, nekad se toleriše čak i gubitak posla alkoholičara, iako je on posledica opijanja na radnom mestu, a sve u cilju da se održi integritet porodice.

Lični razvojni ciljevi (lični napredak, razvojni ciljevi adolescencije) u alkoholičarskoj porodici, takođe se posmatraju kao pretnja stabilnosti porodice, te se češće gledaju sa neodobravanjem. Odvajanje dece iz porodice, iako su dovoljno odrasla, pa čak i iz obrazovnih pobuda (studiranje van mesta boravka), sprečava se

različitim sredstvima, jer deca često predstavljaju sponu disfunkcionalnim brakovima.

III *Kasna faza razvoja porodice* – odlikuje se prebacivanjem fokusa sa sadašnjosti na budućnost porodice. Iako se ponovo razmatra pitanje porodičnih granica, naglasak se stavlja na porodični identitet i porodičnu „ostavštinu“ u kojoj će biti kondenzovani svi sastojci porodičnog identiteta. Taj proces odvija se putem *destilacije* (razjašnjenja) porodičnog identiteta i njegove *transmisije* (prenošenja) na sledeću generaciju.

U vezi sa destilacijom porodičnog identiteta, porodica sa problemom alkoholizma pred dilemama je da li treba da prilagođava rituale i rutine potrebama alkoholičara. Moguća su dva rešenja: održavanje kontinuiteta alkoholičarskog identiteta, ili prekid, te formiranje nealkoholičarskog porodičnog identiteta.

Alkoholičarska porodica je veoma rigidna u odnosu na razvojne pritiske i poseduje visok nivo osećanja ugroženosti i perzistirajuće pretnje uspostavljenoj porodičnoj ravnoteži. Potencijalni prekid pijenja alkohola ima značenje opasnosti za nastanak krize porodičnog sistema. Strah od „gubitka“ alkohola dobrim delom je posredovan strahom od gubitka „dobiti“ od alkoholizma, na primer, dominacije partnera nealkoholičara.

Konačni efekti alkoholizma na porodicu zavise od brojnih faktora, kao što su: vreme pojavljivanja alkoholizma u odnosu na razvojnu fazu, emocionalni procesi i odnosi u primarnim porodicama i porodicama porekla članova aktuelne porodice, aktuelni odnosi sa primarnim porodicama, porodicama porekla i sistemima van porodice... Od ovih faktora, kao i od obrasca alkoholizma, zavisice da li će alkoholizam dovesti do destabilizacije i dezintegracije porodice ili će pak postati stabilizujući i organizujući princip.

### 2.2.1.3. RAZVOJNE DISTORZIJE

Razvojne distorzije su u osnovi efekat neusaglašenosti postojeće dve vremenske dimenzije razvoja porodice (transgeneracijske i aktuelne) i imaju odlike procesa.

Kada su u pitanju alkoholičarske porodice, mogu se uočiti tri vrste za njih specifičnih razvojnih distorzija:

1. *tematska superspecijalizacija* – posledica je rigidnosti alkoholičarske porodice u definisanju razvojnih tema, odnosno sužavanja opsega, te prihvatanja veoma malog broja razvojnih zahteva. To vodi i krutosti i suženosti u formiranju granica porodice i njenog identiteta. Prihvataju se samo one novine koje su u funkciji održavanja postojećih pravila i uspostavljenog sistema odnosa, a ne i one koje iniciraju promene. Afirmacija i osamostaljivanje članova posmatraju se sa negodovanjem, odustaje se od razvoja socijalne mreže porodice, te ona funkcioniše u uskim, pretežno rodbinski zasnovanim okvirima, premda često i te veze redukuje s protokom vremena.

2. *razvojni zastoj* – rezultat je predugog zadržavanja porodice u jednoj fazi razvoja. Najčešće se javlja u srednjoj fazi razvoja, kada su definisanja obaveza i njihovo izvršenje, shodno tome i stabilnost pravila i granica, centralna zbivanja u porodici. Fokus je na sada i ovde ali u nefleksibilnom smislu, bez planova usmerenih na razvoj i budućnost, kako pojedinačnih članova, tako i celokupne porodice.

3. *prerano razvojno završavanje* – javlja se zbog toga što porodica prerano preuzima razvojne zadatke, pokušavajući da tim putem kompenzuje one koje je ispustila da ostvari. Osim toga, alkoholičarska porodica ispoljava i zazor od novina koji je zasnovan na limitiranim adaptivnim kapacitetima i onemogućava razvoj pojedinaca i porodice, u skladu sa njihovim potencijalima. Potrebne investicije u emocionalni, socijalni i moralni razvoj dece, uglavnom izostaju. Tim putem, razvoj pojedinih članova biva diskontinuiran, te u nekom trenutku, kada im i pođe za rukom da se odvoje od porodice, uglavnom su manje spremni za izazove svakodnevnog življenja.

### 2.2.1.3.1. EFEKTI RAZVOJNIH DISTORZIJA

Opisane zakonitosti razvojnog toka alkoholičarskih porodica, vode izvesnim specifičnostima takvih porodica, a to su:

#### 1. poremećaj organizacije svakodnevnog življenja

Alkoholičarske porodice se, u zavisnosti od prisutnog obrasca pijenja, razlikuju po načinu na koji se reguliše prostorna distanca između članova (“udaljene” ili “zbijene” porodice), te stepenu verbalne i afektivne ekspresivnosti. U porodicama sa “stabilno mokrim” obrascem pijenja, članovi porodice održavaju veliku fizičku distancu – oni ne samo da izbegavaju alkoholičara, već se i međusobno izbegavaju. U porodicama sa “alterirajućim” obrascem pijenja, evidentna je druga krajnost – članovi porodice su “zbijeni”.

#### 2. neadekvatnost pravila

U alkoholičarskim porodicama pravila su nejasna, dvosmislena, ili uopšte i ne postoje. Nedoslednost je evidentna u pogledu toga ko postavlja pravila, na koga se odnose, koje su konsekvence kršenja, pod kojim okolnostima će biti primenjene, kada modifikovane, a kada se od njih odustaje.

#### 3. porodične uloge su invertovane i poremećena je hijerarhija među prodičnim supsystemima.

*Porodične uloge* trpe značajne promene. Partner koji ne pije, preuzima na sebe više uloga: ulogu domaćina, ulogu oba roditelja svojoj deci, a često i roditelja svom partneru.

Brigu o roditelju *alkoholičaru*, najčešće preuzima najstarije ili najodgovornije dete u porodici, te se tako *parentifikuje*, odnosno ulazi u ulogu “dete –roditelj”. *Parentifikacija* se može odnositi i na situaciju kada deca preuzimaju funkcije roditelja, u odnosu na svoje sibilinge.

#### 4. komunikacije su isprekidane, nejasne, disfunkcionalne

Svaka alkoholičarska porodica, tokom višegodišnjeg prilagođavanja na pijenje svog člana, gradi karakterističan stil komunikacije. Kako god postoje dvostruki obrasci ponašanja porodice, tako postoje i dvostruki komunikacioni

obrasci. U nekim porodicama, tokom perioda pijenja, komunikacije čak mogu biti i funkcionalnije, jer opada nivo opšte anksioznosti, te ponašanje biva manje konfliktogeno.

Farmakološko dejstvo alkohola na mozak, te posledično na brojne psihološke funkcije, takođe je odgovorno za komunikacijske poteškoće. Neposredne posledice dejstva alkohola, pre svega, ogledaju se u promenama u verbalnoj ekspresiji (nejasan, nerazgovetan govor, glasan govor); menja se opšti afektivni ton (depresivnost, maniformne tendence, emocionalno otupljivanje, emocionalna nepostojanost), posebno njegove ekspresivne karakteristike (pojačano iskazivanje emocija, emocionalna restrikcija, iregularna izmena emocionalnih stanja, emocionalni *acting out*-i, emocionalna inkontinencija); opada kontrola impulsivnosti i agresivnosti. U pijanom stanju remete se složene kognitivne funkcije, što još više pogoršava verbalnu ekspresiju, emocije i ponašanje.

Razmena informacija u porodici nedovoljna je, polovična, bez dijaloga, dogovora i zajedničkog planiranja. Alkoholikar principijelno izbegava odgovornost, često govoreći u trećem licu (“pilo se”, “grešilo se”), što s vremenom i drugi članovi porodičnog sistema usvajaju kao manir. Neki alkoholičari nastoje da uspostave kontrolu nad komunikacijama – uspostavljaju pravila ko, koliko i kada može da govori, kojim tonom i slično.

U alkoholičarskim porodicama s vremenom se uspostavlja karakterističan “alkoholičarski stil” porodičnih komunikacija, koji je pretežno zasnovan na *double bind* porukama. “Tipične” komunikacije u alkoholičarskoj porodici i sadržajno su osiromašene, nejasne i neusklađene.

5. interakcije su nestabilne i varirajuće i često su praćene formiranjem raznih „saveza“ unutar porodice

Ono što odlikuje alkoholičarske porodice, jeste i nestabilnost međusobnih relacija – lako se uspostavljaju, još lakše prekidaju, emocionalno su neuravnotežene (prekomerno distancirane, prekomerno bliske ili iregularne), pri pokušajima njihovog osnaživanja ili reparacije, izostaje uobičajeni socijalni obzir i globalno se ne biraju sredstva.

Često se formiraju savezi (npr. između supružnika ili između dece i supružnika koji nije alkoholičar), neretko na štetu onih koji nisu članovi saveza. Međutim, s obzirom na to da je pitanje lojalnosti veoma problematizovano, savezi su kratkotrajni i promenljivi.

U zavisnosti od obrasca pijenja ili pak faze intoksiciranosti alkoholičara (sa ili bez), menjaju se i interakcioni obrasci članova alkoholičarske porodice sa socijalnim okruženjem. Tako, u nekim alkoholičarskim porodicama, članovi mogu tražiti blagostanje (ili bar mir) van porodice. U drugim alkoholičarskim porodicama, članovi spoljni svet doživljavaju kao osujećujući i/ili ugrožavajući, te oko svoje porodice “podizuju visoke bedeme”, izolujući se. Ove orijentacije *ka spolja* ili *ka unutra*, mogu se menjati u zavisnosti od trenutnog stanja alkoholičara, te se i u okviru interakcije, kao i ponašanja i komunikacije, mogu uočiti dvostruki obrasci.

6. granice sistema su poremećene, kako unutar porodice, tako i u odnosima sa spoljnim svetom

*Granice* sistema alkoholičarskih porodica mogu biti izmenjene u smislu ili njihove prekomerne propustljivosti ili prekomerne rigidnosti. Odstupanja u propustljivosti granica, bez obzira na njihov pravac, umeću se nepovoljno u procese razvoja porodice.

## **2.2.2. ALKOHOLIZAM - RASPROSTRANJENOST I EFEKTI**

### **2.2.2.1. ALKOHOLIZAM U SVETU I KOD NAS**

Svetska zdravstvena organizacija (World Health Organisation; WHO) je 2011. godine publikovala izveštaj o globalnom stanju alkohola i zdravlja (World Health Organization (WHO), 2011).

U izveštaju su prikazani:

1. (prema njihovom stanovištu) relevantne odlike pijenja alkohola na nivou pojedinačnih zemalja, regiona i na globalnom nivou,
2. indikatori u vezi sa alkoholizmom i zdravljem i
3. postojeće društvene regulative u vezi sa alkoholom.

Izveštaj je osmišljen kao polazna osnova strategije, usmerene ka umanjenju štetnih, posebno zdravstvenih i socijalnih posledica zloupotrebe i/ili zavisnosti od alkohola.

Kada je u pitanju statistika Svetske zdravstvene organizacije u vezi sa (zlo)upotrebom alkohola i njenim štetnim posledicama, na osnovu opsežne epidemiološke studije u periodu 1990–2005. godine, za teritoriju Republike Srbije utvrđeni su sledeći podaci (World Health Organization (WHO), 2011):

- kada je posmatrana dinamika potrošnje alkoholnih pića po glavi stanovnika za period 2001–2005. godine, utvrđeno je da Srbija pripada kategoriji zemalja sa stabilnom stopom potrošnje alkoholnih pića po glavi stanovnika, po čemu je slična većini zemalja Evrope, pa i sveta; poređenja radi, u skandinavskim zemljama evidentirana je rastuća stopa;

- od uzroka smrtnosti koji su se mogli dovesti u vezu sa problematičnim pijenjem alkohola, za Srbiju su analizirane stope smrtnosti od ciroze jetre (2004. godina – muškarci 18,6, žene 4,1 slučaj na 100.000 stanovnika; 2005. godina – muškarci 18,1, a žene 4,4 slučaja na 100.000 stanovnika) i saobraćajne nesreće sa smrtnim ishodom (2004. godina – muškarci 13,1, žene 3,3 slučaja na 100.000 stanovnika; 2005. godina – muškarci 15,9, a žene 4,0 slučaja na 100.000 stanovnika).

U Srbiji je tokom desetogodišnjeg perioda (1997–2007. godina) realizovana treća po redu nacionalna studija pod nazivom *Zdravlje stanovnika Srbije* u organizaciji Instituta za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović-Batut” u saradnji sa Nacionalnom službom za zapošljavanje, Zavodom za statistiku Republike Srbije i Ministarstvom unutrašnjih poslova Republike Srbije, a pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije (Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović-Batut“, 2008). U toj studiji je utvrđeno da preko polovine stanovništva Srbije aktuelno ne pije alkoholna pića, a da ga nikada nije ni pilo više od 20% stanovništva. Žene su prednjačile u kategoriji apstinencija – više od 70% žena je izjavilo ili da nikada nije probalo alkohol, ili da su pile 1 ili 2 puta u životu, ili kako su nekada pile alkoholna pića, a sada više ne. To je za sebe izjavilo 37,2% muškaraca. Da baš nikada nisu ni okusili alkohol, izjavilo je 32,7% žena, a 7,3% muškaraca.



Manje reprezentativan deo statistike jeste taj da je u Srbiji 2006. godine (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007) 3,4% stanovnika redovno pilo alkohol. Od toga, 7,2% muškaraca i 0,4% žena – svakodnevno je pilo alkohol. U vezi sa socio-demografskim karakteristikama, utvrđeno je da je u kategoriji siromašnijih stanovnika, kao i manje obrazovanih, procenat onih koji redovno piju alkoholna pića bio znatno viši (5,3% za stanovnike nižeg socio-ekonomskog statusa, odnosno 5,1% za manje obrazovane kategorije stanovništva). U grupi sa srednjim rizikom za nastanak trajnih bolesti koje su posledica pijenja alkohola, nalazilo se 6,6% stanovnika.

Najupečatljiviji i svakako alarmantni podaci, dobijeni su na mlađim segmentima srpske populacije.

1. U istraživanju Dragišić-Labaš i saradnika na uzorku od 77 studenata humanističkih nauka (Dragišić-Labaš, 2007), utvrđeno je da 87% studenata pije alkohol. U grupi onih koji uopšte ne piju, devojaka ima 80%. Niko od ispitanika se nije izjasnio da pije svakodnevno, ali je 23% ispitanika saopštilo da pije alkohol jednom ili nekoliko puta nedeljno. U „specijalnim” prilikama, najmanje 4 pića pije 30% studenata (od toga 43% mladića i 57% devojaka).

2. Rezultati evropskog istraživanja o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji iz 2008. godine na uzorku od preko 3 000 mladića i devojaka iz Srbije starih 16 godina (Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović-Batut“, 2009) ukazali su na to da je 93% ispitanika probalo alkohol, oko 25% ga je koristilo redovno (preko 40 puta), a barem jednom se opilo 40% ispitanika. Kod mladića su uočeni veća učestalost i raniji početak, a količine popijenog alkohola, bile su znatno veće. Polovina njih je pila pivo, trećina vino, a nešto manji broj žestoka pića. Zloupotreba alkohola evidentirana je kod 67,5% mladih, što predstavlja povećanje u odnosu na 2003. godinu (62%). Prevalenca kod mladića iznosila je 25%, a kod devojaka 13%. U odnosu na dobijene vrednosti EPAD-a za Evropu, mladići su znatno iznad proseka, dok prevalenca devojaka odgovara prosečnoj stopi, ali se navodi da je to i dalje više od stopa evidentiranih u Rumuniji, Hrvatskoj, Sloveniji i Mađarskoj.

3. Nažalost, empirija opominje da se štetna upotreba alkohola u Srbiji, kao problem pojavljuje već u osnovnoj školi. U istraživanju u kojem je učestvovalo 457 učenika (229 dečaka i 228 devojčica) VII i VIII razreda

beogradskih osnovnih škola tokom 2003. i 2004. godine (Pavlović, 2008), primenjen je modifikovani ESPAD upitnik (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs; ESPAD). Njih, gotovo 70%, izjasnilo se kako je probalo alkohol. Dve trećine učenika prvi put je probalo alkoholno piće u 11-toj godini života. Polovina ispitanika izjavilo je kako su se napili bar jednom, a oko petine da su se napili više od 20 puta tokom života. Četvrtina ispitanika izjavila je kako pije 5 ili više pića u nizu (tzv. "binge drinking"). Zloupotreba alkohola često je bila skopčana sa psihoaktivnim supstancama, pretežno marihuanom.

#### **2.2.2.2. EFEKTI ALKOHOLIZMA NA INDIVIDUALNOM, PORODIČNOM I DRUŠTVENOM PLANU**

Alkoholizam je fenomen koji, usled svog psihološkog i socijalno-medicinskog značaja, decenijama održava pažnju društvene, naučne i stručne javnosti.

U literaturi postoji podatak da 20–50% dece alkoholičara, tokom svoga života, zatraži psihijatrijsku pomoć (El-Guebaly et al., 1991).

Prema rezultatima istraživanja američkog Nacionalnog instituta za zloupotrebu alkohola i alkoholizam, neposredni srodnici alkoholičara (prvo koleno), u odnosu na ljude koji nemaju alkoholičare za srodnike, imaju 2–7 puta veću šansu da razviju problem sa alkoholom u nekom trenutku svog života (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 1997).

Podaci iz Evrope ukazuju na to da je tokom 2003. godine, samo u Nemačkoj broj dece koja žive u porodicama sa alkoholizmom iznosio 2,65 miliona (Klein, 2005), dok se prema procenama studije u Finskoj, taj broj kretao oko 100.000 (Peltoniemi, 2005). To bi, u skladu sa prethodno iznetim, moglo značiti da službe zaštite mentalnog zdravlja u Nemačkoj, u najboljem slučaju, mogu očekivati priliv od 530.000, a u Finskoj 20.000 novih korisnika, na bazi činjenice da su potencijalni klijenti odrastali u alkoholizmom opterećenom porodičnom okruženju.

U Sjedinjenim Američkim Državama tokom realizacije Nacionalnog skrininga zloupotrebe droga i zdravlja nacije od 2002. do 2007. godine (National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)), registrovano je 7,3 miliona dece koja žive u porodicama u kojima je bar jedan roditelj zavistan od

alkohola (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2008). Dakle, moguće je očekivati da će se najmanje 1,46 miliona, od ukupnog broja te dece, u nekom trenutku obratiti službama zaštite mentalnog zdravlja.

### **2.2.2.3. ISTRAŽIVANJA RIZIKA ŽIVLJENJA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA**

Posledice alkoholizma po porodičnu dinamiku i funkcionisanje njenih članova, predmet su mnogih istraživanja. Međutim, rezultati istraživanja veoma su raznovrsni, neretko i oprečni.

Takav empirijski status delom se može dovesti u vezu sa opštim metodološko-konceptualnim činiocima, kao što su:

- = razlike u operacionalizovanju alkoholizma:
  - alkoholizam može biti određen kao kontinuirana ili diskontinuirana varijabla – posmatranje alkoholizma kao dihotomne varijable u smislu da li postoji ili ne, smatra se činiocem restrikcije ranga relevantnih varijabli, te izostanka utvrđivanja (objektivno postojećih) razlika među posmatranim jedinicama (Rangarajan, 2008);
  - problematično pijenje alkohola može se odvijati u formi alkoholne zavisnosti ili zloupotrebe alkohola, što se najčešće ne definiše precizno u istraživanjima – učešće naslednih i sredinskih činilaca u okviru ova dva fenomena razlikuje se, a takođe i njihovi efekti (Pears, 2007);
- = razlike u operacionalizovanju pretpostavljenih štetnih efekata alkoholizma – takvo stanje je prisutno čak i u pogledu pojmova oko kojih postoji značajan stepen konceptualnog slaganja u raznim domenima bavljenja mentalnim zdravljem i/ili poremećajima – na primer, bihejvioralna dezinhibicija se, po nekim autorima, mora odvojeno posmatrati u odnosu na poremećaj prilagođavanja (Molina, 2010); rezilijentne individue dodatno usložnjavaju razumevanje nepovoljnih efekata življenja u alkoholičarskim porodicama;
- = razlikovanje primenjenih modela funkcionisanja individue i porodice koja je zasnovana na teoretsko-metodološkom zaleđu kliničara i

vodi teškoćama uopštavanja rezultata i njihovog transfera iz jednog područja u drugo;

= razlike u principima organizacije istraživanja (studije preseka; longitudinalna – retrospektivna i prospektivna istraživanja) – praćenje fenomena i njegovih efekata u vremenu, zahteva opsežne investicije i skopčano je sa osipanjem jedinica posmatranja, ali omogućava jasniji uvid u dinamiku fenomena i često otkriva važne moderatorske i medijacione činioce, koji inicijalno nisu bili uočljivi;

= različiti kriterijumi definisanja kontrolnih grupa – izvesne razlike je najčešće moguće utvrditi pri poređenju alkoholičarskih porodica u odnosu na neklinički uzorak, kako u pogledu totaliteta funkcionisanja alkoholičarske porodice, tako i u pogledu funkcionisanja njenih članova; međutim, poređenje alkoholičarskih porodica sa drugim porodicama iz kliničkog setinga, češće ukazuje na sličnosti, nego na razlike;

= efekti alkoholizma roditelja ocenjivani su na različitim uzrastima dece alkoholičara (malo dete, školsko dete, adolescent, odrasla osoba); različit odnos hereditarnih i sredinskih činilaca u determinisanju ponašanja individua, koji predstavlja zakonitost razvoja, može voditi tome da se, posmatrajući mlađu decu, donese zaključak u prilog presudne uloge sredinskih činilaca u transmisiji alkoholizma, a da se pri tome previdi značaj očekivane, fenotipske manifestacije podložne hereditarne osnove u odraslom dobu;

= različita pozicija na kontinuumu idiografsko–nomotetsko, prilikom tumačenja rezultata; na primer, učestalije pijenje alkoholnih pića kod dece alkoholičara koji u većoj meri nadziru svoju decu, može biti uzeto kao činjenica po sebi, ali može biti shvaćeno i kao izraz otpora dece alkoholičara nadzoru roditelja ili prosto kao odraz činjenice da roditelji koji u većoj meri obraćaju pažnju na problem, ozbiljnije će ga i shvatiti (Latendresse, 2008);

= relevantne socio-demografske činjenice uvažavane su u različitoj meri; na primer, alkoholizam roditelja po sebi ne određuje kom roditelju će dete biti privrženo – pod okolnostima kada samo jedan roditelj

problematično pije alkohol, deca su u znatno većoj meri vezana za majke alkoholičarke, u odnosu na očeve alkoholičare (Rangarajan, 2008); stoga je zaključivanje o privrženosti roditelju alkoholičaru, veoma delikatno pitanje;

= izvori podataka nisu ujednačeni – procena porodične dinamike najčešće je zasnovana na prisećanju ispitanika-dece o okolnostima življenja u alkoholičarskim porodicama; neki autori tim putem dobijene podatke smatraju nepotpunim, te preporučuju da se u tu procenu uključi i viđenje roditelja (McKay, 1991);

= shvatanja o stepenu direktnosti štetnih efekata alkoholizma članova porodice, posebno roditelja, takođe se razlikuju; činjenica o alkoholizmu roditelja češće je faktor od manje prediktivne vrednosti, nego činjenice o prisustvu za alkoholizam nespecifičnih stresora, kao što su stepen kohezivnosti porodice, porodično nasilje, separacija roditelja, nezaposlenost.

Mišljenja smo da je heterogenost, često i oprečnost dobijenih rezultata, posredovana i time što je fenomen alkoholizma po svojoj prirodi, veoma kompleksan.

Činioci uključeni u nastanak, razvoj i održavanje alkoholizma u odnosu na jedinicu posmatranja, klasifikuju se na:

- individualne (genetski, neurohumoralni, neuropsihološki, bihejvioralni, emocionalni, kognitivni),
- porodične (relevantni činioci porodične strukture, funkcija i dinamike) i
- šire društvene (uticaj kulture, morala, legislative).

Složenost nastanka, održavanja i širenja alkoholizma i njegovih efekata, ogleda se i u tome što se većina od pobrojanih faktora umeće u odnos alkoholizma i porodičnog funkcionisanja. Cilj većine studija prisutnih u obimnoj istraživačkoj građi o alkoholizmu, jeste sagledavanje zakonitosti te povezanosti.

Pregledom literature stiće se utisak da dominiraju pristupi koji se sastoje u:

- primeni prihvaćenih i utemeljenih modela porodičnog funkcionisanja,
- proceni pozicije pojedinih članova porodice na dimenzijama tih modela i
- proceni prisustva i tipa povezanosti dimenzija primenjenih modela sa indikatorima lične, porodične i socijalne problematike.

Pri tome, alkoholizam je višestruko „opravdao“ status značajnog socio-medicinskog fenomena. Problemi u vezi sa zloupotrebom/zavisnošću od alkohola, veoma nepovoljno se reflektuju na alkoholičara i na bračne, porodične i socijalne relacije u koje je uključen. U toj konstelaciji zbivanja, teško je odmeriti ko više trpi – sam alkoholičar, njegov bračni saputnik, deca, članovi proširene porodice i porodice porekla, članovi socijalnog okruženja sa kojima alkoholičar dolazi u kontakt, radno mesto alkoholičara, službe socijalne i zdravstvene zaštite, samim tim i društvo u celini.

#### **2.2.2.3.1. DECA ALKOHOLIČARA**

Kod dece alkoholičara, znatno češće nego u opštoj populaciji, evidentiraju se psihološke tegobe, teškoće i poremećaji. Prisetimo se, ovom prilikom, podatka da 20–50% dece alkoholičara u nekom trenutku svog života zatraži psihološku, odnosno psihijatrijsku pomoć (El-Guebaly et al., 1991).

Kod mlađe dece, u vezi sa ponavljanim i hroničnim stresorima u kontekstu alkoholičarske porodice, često se evidentiraju indikatori dečijeg neuroticizma – problemi sa spavanjem, noćne more, enureza, iritabilnost, emocionalna preosetljivost i plačljivost. Ta deca mogu biti socijalno inhibovana i/ili izolovana i ispoljavati školsku fobiju (Silverstein, 1990).

Kod starije dece, neretko se zapažaju korelati depresivnosti (opsesivnost, perfekcionizam), kao i rigidnost, nefleksibilno opstajanje u sopstvenim stavovima, ekscesivna samosvesnost i savesnost, hipertrofija odgovornosti. U periodu adolescencije, sklona su razvoju različitih vrsta fobija, pre svega socijalne. Neretko ih odlikuje skučen self koncept, kao odraz doživljaja da su

drugačija od druge dece i kao derivat self imidža njihovih roditelja (Silverstein, 1990, p.75).

Oni neretko ispoljavaju (isti autor) sniženo školsko postignuće, usled problema na nivou doživljaja identiteta i samopoštovanja. Problemi adaptacije na kontekst škole, koje su takođe često prisutni kod dece alkoholičara, mogu se razumeti u svetlu poteškoća vršnjačke adaptacije i problema adaptacije na zahteve autoriteta. Usled pobrojanih činilaca, u poređenju sa pripadnicima nekliničke populacije, dostižu niže stepene obrazovanja.

Neizvesnost zbivanja u porodičnom kontekstu, posmatra se kao činilac karakternih izmena dece alkoholičara, kao što su krađa, laganje, sklonost fizičkim sukobima (Stanković & Begović, 1995; Nastasić, 1998). To su deca koja nikada ne znaju šta mogu očekivati od roditelja alkoholičara, te ne znaju ni sama kako da se postavе. Poput bračnog partnera alkoholičara, ona takođe mogu učestvovati u obmanama alkoholičara i sakrivanju alkoholnih pića. Takođe, naklonost roditelja alkoholičara mogu „kupovati“ dobrim uspehom u školi i hiperadaptiranim vladanjem. Njihovi izlasci iz kuće i praktično boravak na ulici, često su pokrenuti potrebom da se sklone iz konteksta alkoholičarske porodice, dok se roditelj ne rastrezni. Krivicu za to što nisu u mogućnosti da spreče roditelja da pije, pripisuju sebi. S obzirom na to da su razne forme zlostavljanja učestale u alkoholičarskim porodicama, odnosno na visoku povezanost kriminogenog ponašanja i nasilja sa alkoholizmom (Svetozarević i sar., 2011), za očekivati je prisustvo „podesnih“ modela za razvoj nasilničkih obrazaca u dece.

Odrasla deca alkoholičara najčešće ne uviđaju vezu sopstvenih maladaptiranosti i disfunkcija sa iskustvom življenja u alkoholičarskim porodicama. Većina njih ispoljava depresivnost, impulsivnost ili agresivnost. Sebe pretežno negativno vrednuju, te poseduju doživljaje neuspešnosti i bezvrednosti, osećanje bespomoćnosti, doživljaje krivice i odbačenosti (Silverstein, 1990). Takav nalaz tumači se, kao što je prethodno izneto, time da se deca alkoholičara mogu doživljavati odgovornom za porodičnu problematiku, ili pak uzroke porodične disfunkcionalnosti u potpunosti pripisivati sebi. Njihov kapacitet za uspostavljanje trajnih relacija je limitiran, usled straha od vezivanja baziranog na anticipaciji napuštanja i/ili odbacivanja ili u sklopu redukcije bazičnog poverenja. Neka od dece alkoholičara ispoljavaju i tendencu ka

neselektivnom ili pak simbiotski konotiranom vezivanju. Njihov izbor partnera često uključuje izbor osobe sklone raznim formama zluopotrebe, odnosno zavisnosti. U roditeljskoj ulozi, često ponavljaju disfunkcionalne obrasce svojih roditelja, posebno u pogledu obaveza i odgovornosti. Oni sami, skloni su raznim formama kako hemijskih, tako i nehemijskih zluopotreba i zavisnosti.

Sinovi alkoholičara skloni su učestalijim posetama doktorima, u odnosu na njihove vršnjake iz kontrolne grupe, skloniji su povlačenju u sebe i zatvaranju i često ispoljavaju tegobe i teškoće u smislu anksioznosti i depresivnosti. Čerke alkoholičara češće doživljavaju i ispoljavaju tegobe i teškoće u vezi sa reproduktivnim zdravljem, te se stoga učestalije obraćaju službama zaštite reproduktivnog zdravlja, u odnosu na nekliničku populaciju. Takođe, kod njih je bulimija znatno učestalija (Berger, 1993, p. 69).

#### **2.2.2.3.2. BRAČNI PARTNER ALKOHOLIČARA**

Kao što je i prethodno izneto, alkoholičarski brak se izdvaja kao „centralni procesor“ alkoholizma, odnosno činilac koji u najvećoj meri određuje dinamiku i ishod nastanka, razvoja i održavanja alkoholizma u porodičnom okrilju.

Kada su u pitanju supruge alkoholičara, u literaturi je višestruko opisano kako one neretko poseduju samoporažavajuća uverenja, sklone su povlačenju iz socijalnih kontakata do nivoa socijalne izolacije, razvijaju permanentni doživljaj iscrpljenosti i manifestuju različite forme psiholoških i somatskih bolesti i poremećaja (Lewis, 1937; Finney et al., 1983; Gomberg, 1989; Watts et al., 1994; O'Farrell et al., 1981; Nastasić, 2011; Lažetić, 2011).

Veoma često, suruga preuzima na sebe uloge oba roditelja i s njima povezane odgovornosti. Prekomerna angažovanost ishodi nekonzistentnošću njenih obrazaca ponašanja, prekomernom zahtevnošću, a često i zanemarivanjem dece (Nastasić, 2011).

Opisana, viktimizovana pozicija supruge, predmet je i osporavanja izvesnih stručnjaka. Oni smatraju da supruge veoma često u brak sa alkoholičarom unose i ličnu patologiju, koja je neretko povezana sa činjenicom da su imale očeve alkoholičare. Njihova lična slabost, odnosno patologija, pre svega depresivnost i poremećaji ličnosti, često se ističe kao faktor produbljivanja



alkoholičarevih problema sa alkoholom (Whalen, 1953; McCrady and Epstein, 1996).

U situaciji gde je supruga alkoholičar, a suprug ne pije, evidentna je slična izmena porodične strukture, funkcija i dinamike. Ono što još uvek nije u dovoljnoj meri proučeno, jeste to da li i njihovi supruzi takođe stiču ulogu žrtve i da li njihovo samopoštovanje trpi u meri u kojoj trpi self koncept supruga alkoholičara.

### **2.2.2.3.3. PORODICA ALKOHOLIČARA**

Ponovimo, ovom prilikom, samo ukratko<sup>6</sup> da porodica alkoholičara, što direktno, što indirektno, trpi činjenicu alkoholne zavisnosti svog člana i s vremenom joj se i prilagođava. Takva porodica je šaržirana konfliktima i neuravnoteženim relacijama – prekomerna distanca ili upadljiva bliskost do nivoa fuzije, čest su nalaz. Porodična struktura je narušena, uloge bivaju zamenjene, porodica se otuđuje od bazičnih društvenih vrednosti i neretko finansijski propada.

Ipak, alkoholičarska porodica i mimo brojnih izazova i stresora, opstaje u vremenu. Ona predstavlja, zapravo, jedan od najintegrisanijih entiteta u kliničkom kontekstu. Paradoksalno, upravo naglašena, ponekad i patološka kohezivnost takvih porodica, omogućava terapijski rad na njima i s vremenom i isključenje alkohola, kao godinama osnovnog elementa porodične strukture, dinamike i integrisanosti.

Ovom prilikom je potrebno podvući da alkoholičar nije usamljen u kreiranju štetnih efekata svog pijenja (Nastasić, 1998). Celokupna porodica inicijalno poriče postojanje problema alkoholizma, što je bazirano na potrebi da zaštiti svog člana. Međutim, kako proces razvoja alkoholizma u porodičnom kontekstu odmiče, poricanje sve više biva u funkciji održanja postojećeg stanja. Alkoholizam se „previđa i toleriše“, jer postaje lagodnije trpeti njegove efekte, nego pokrenuti naporan rad na porodičnim disfunkcijama, a neretko se alkoholizam i održava u zamenu za održanje integriteta porodice. Članovi porodičnog sistema čine sve da poneguju privid funkcionalnosti, pa čak i

---

<sup>6</sup>Videti poglavlje o *alkoholičarskoj porodici*.

superiornosti porodice iz vizure socijalnog okruženja. Bračni partner i deca alkoholičara izbegavaju da pozivaju prijatelje i rodbinu u goste, kako bi onemogućili uvid u objektivno porodično stanje. Oni se često odriču i nekih ličnih potreba i želja i u potpunosti se posvećuju pokušajima kontrole i/ili lečenja alkoholičara.

Nisu retke ni periodične, spontane<sup>7</sup>apstinencije, koje su objektivno najčešće pokrenute sa svrhom „odmaranja organizma“ alkoholičara<sup>8</sup>. One se u alkoholičarskoj porodici potpuno netačno razumevaju i prikazuju kao dokazi uticajnosti treznog partnera i dece, ili pak snage alkoholičareve volje u pogledu apstinencije.

Stepen uključenosti članova porodice u problem alkoholizma ide do mere da su skloni da smišljaju opravdanja alkoholičarevim pretpostavljenim na poslu, prijateljima, rođacima, pa čak i da čiste nered koji alkoholičari za sobom ostavljaju u stanjima akutnog pijanstva.

Takav, uigran sistem uloga i odnosa, čini alkoholizam socijalnom okruženju godinama neprepoznatljivim.

#### **2.2.2.3.4. ALKOHOLIZAM I REZILIJENTNOST**

Slika o efektima alkoholizma ne bi bila potpuna, ukoliko u ovu diskusiju ne bismo uključili koncept rezilijentnosti (Wolin & Wolin, 1995), odnosno ideje sadržane u pokretu pozitivne psihologije (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Naime, praksa je opominjala da decenijama preovlađujuća patocentrična perspektiva, nije dovoljna da obuhvati i objasni totalitet zbivanja u alkoholičarskim porodicama. Iskustvo u radu sa alkoholičarskim porodicama ukazalo je na to da izvesni pojedinci, iako odrastaju u ozbiljno disfunkcionalnim porodicama, u odraslom dobu mogu ispoljavati, u najmanju ruku, optimalno funkcionisanje.

Takvi pojedinci nazvani su rezilijentnim osobama, gde je rezilijentnost shvaćena kao optimum adaptacije i mimo uslova koje je kompromituju. Autori

---

<sup>7</sup> Ne u smislu slobode volje, već u smislu toga da nisu terapijski pokrenute, odnosno vođene.

<sup>8</sup> Pojam koji označava okolnosti pod kojima alkoholičar spontano apstinira izvestan period vremena, koliko da se organizam oporavi od toksičnih i korozivnih efekata alkohola, a potom nastavlja sa pijenjem.

koncepta insistiraju na nazivu rezilijentne, a ne „srčane“ ili „žilave“ ličnosti, jer se ne pretpostavlja da su individue prošle intaktne kroz porodične turbulencije pokrenute alkoholizmom (Volin i Volin, 1996). Ovaj pojam je, ipak, nešto realističniji i sadržajno bogatiji. On uključuje i one okolnosti pod kojima osoba jeste trpela u alkoholičarskom sistemu i ima izvesne adaptivne slabosti, ali ostvaruje uvid kako u njih, tako i u svoje snage, te vešto upravlja njima. Koncept rezilijentnosti postepeno se širi i na nivo braka i porodice. Kao takav, on predstavlja antitezu inicijalne vizure braka i porodice u kontekstu porodične terapije kao patogenih činilaca, dajući im za pravo i da budu faktori koji podstiču snage članova porodice. Pokret pozitivne psihologije u Sjedinjenim Američkim Državama, konceptualno je obogatio ovu, redefinisanu perspektivu, ukazujući na značaj uočavanja, te podržavanja i daljeg razvoja, iako ponekad krajnje skromnih, ali uvek prisutnih adaptivnih potencijala, čak i u teško disfunkcionalnim porodicama (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

#### **2.2.2.3.5. FAKTORI RIZIKA I PROTEKTIVNI FAKTORI**

Istraživanja koja ćemo prikazati u tekstu koji sledi, predstavljaju empirijska nastojanja ka operacionalizovanju i testiranju složenog sistema međuodnosa *čovjek-sredina-supstanca*. Kakav će biti ishod njihovog sadejstva, odnosno efekat alkoholizma na funkcionisanje porodičnog sistema i njegovih članova, zavisi od brojnih činilaca (Nastasić, 2011). Ti činioци se, u odnosu na povoljnost, odnosno nepovoljnost svojih ishoda, mogu klasifikovati na faktore rizika i protektivne faktore.

Faktori rizika, kao i protektivni faktori, uglavnom su situirani:

1. u roditeljsku figuru (zavisnost od alkohola, psihološka i telesna patološka stanja, razne forme poremećaja ličnosti),
2. u interakciju roditelj–dete (uključenost, respozivnost i toplina roditelja; modeli disciplinovanja deteta),
3. u odlike porodične strukture i funkcionisanja (dijade, triangulacije, uloge i s njima povezana raspodela obaveza i odgovornosti; kohezivnost, adaptabilnost, komunikacija, razne forme kompetenci porodice).

#### Ad 1. Alkoholizam i osobenosti funkcionisanja roditelja:

*Depresivnost*, bez obzira na njen manifestni oblik, uočena je kao jedan od najčešćih pratilaca etilizma. Stoga su brojna istraživanja pokrenuta sa ciljem da se utvrdi da li i na koji način ona posreduje u nepovoljnim efektima alkoholizma na porodicu i njene članove.

*Depresivnost majki*, sama po sebi, vodi njihovoj siromašnjoj interakciji sa detetom. U više studija utvrđeno je da su takve majke slabije involvirane u kontakt sa detetom, te da su manje responzivne na reakcije deteta, kako verbalno, tako i emotivno (Jameson, Gelfand, Kulcsar, & Teti, 1997; Martinez, Malphurs, Field, & Pickens, 1996; Rosenblum, Mazet, & Benony, 1997). Posledično, deca depresivnih majki pokazala su se kao iritabilnija i sklonija negativnim emocionalnim reakcijama prema majkama.

U znatno manjoj meri ispitivani su uticaji *depresivnosti očeva* na njihove odnose sa decom, odnosno na celokupnu porodicu. Jedno od takvih istraživanja jeste i studija Valdez-Čavezove (Valdez-Chávez, 2004) gde se depresivnost očeva pokazala kao značajan prediktor negativnog reagovanja deteta prema njemu, na uzrastu od 24 meseca.

U istraživanju El-Šeikijeve i Flanagan (El-Sheikh & Flanagan, 2001), utvrđeno je da *depresija majke alkoholičarke* znači i učestaliju pojavu anksioznosti, emotivnog povlačenja i sličnih, internalizujućih obrazaca u dece. Nasuprot tome, veza između očevog alkoholizma i sklonosti dece ka internalizujućim obrascima, bila je izraženija kada su simptomi *depresivnosti oca* bili slabijeg intenziteta.

#### Ad 2. Alkoholizam i interakcija roditelj – dete

##### I ponašanje, odnosno maladaptiranost kao kriterijum

Proučavanje značaja *roditeljskog alkoholizma* za razvoj problematičnog ponašanja u dece, najzastupljeniji je obrazac u empirijskoj građi.

U istraživanju Moline i sar. (Molina, Donovan, & Belendiuk, 2010), učestala *zloupotreba alkohola od strane roditelja*, bila je *statistički značajno povezana sa problemima u ponašanju* (hiperaktivnost, hipovigilnost pažnje, slaba kontrola impulsa) i vladanju deteta (agresivnost, drskost, delinkvencija). Autori studije pretpostavili su da prisustvo navedenih problema kod dece, kreira pogodno tlo za razvoj alkoholizma i kod njih samih. Oni navode i da je, sa

uvođenjem *pozitivne roditeljske prakse kao moderatora*, veza između alkoholizma roditelja i problema u ponašanju dece, izgubila statistički značaj. To tumače time da doslednost roditelja u sprovođenju discipline, njihova dostupnost, toplina i optimum nadzora deteta, mogu smanjiti rizik od pojave maladaptivnih obrazaca dece, uključujući i problematično pijenje alkoholnih pića u dece. Ovo istraživanje ide u prilog pretpostavkama da je alkoholizam roditelja bitan, ali ne i dovoljan uslov za nastanak poremećaja u funkcionisanju porodice i njenih članova.

U istraživanju koje se prvenstveno bavilo vezom *roditeljskog alkoholizma i eksternalizacije/internalizacije problema kod dece* (El-Sheikh & Flanagan, 2001), utvrđeno je da su se agresivnost, hostilnost ili delinkvencija (kao forme eksternalizujućih obrazaca) mogle očekivati u onim porodicama u kojima je, osim alkoholizma, postojao i sukob na relaciji roditelj–dete.

## II psihološke osobenosti kao kriterijum

U studiji Rangarajana (Rangarajan, 2008), utvrđeno je da *alkoholizam očeva* ima pogubno dejstvo po *detetovo osećanje vlastite vrednosti*. Pri tome se afektivna vezanost za roditelje, u odnosu na efekte očevog alkoholizma, pokazala bitnijom determinantom samovrednovanja deteta. Autor istraživanja tumači ovaj nalaz u svetlu mogućnosti da i deca iz alkoholičarskih porodica razviju i očuvaju adekvatan doživljaj lične vrednosti, pod okolnostima sigurne i stabilne veze sa jednim od roditelja.

Nasuprot prethodno iznetim rezultatima koji govore u prilog postojanja povezanosti alkoholizma roditelja i poteškoća u funkcionisanju dece, Menisova (Menees, 2000) iznosi kako, ipak, *značajan broj studija nije utvrdio supstancijalne razlike u ponašanju, raspoloženju ili socijalnoj prilagođenosti između dece iz alkoholičarskih porodica i onih porodica gde ne postoji problem sa alkoholizmom*. Ona smatra da remećenje porodične dinamike, koje se posmatralo kao neposredna posledica etilizma, može, zapravo, predstavljati rezultat dejstva nekih drugih faktora, koji se javljaju paralelno sa alkoholizmom. Ona je utvrdila da se deca iz alkoholičarskih porodica nisu značajno razlikovala u pogledu toga kako su ocenjivala *komunikaciju, rešavanje problema, odgovornost, konflikte i odnose sa roditeljima* u svojim porodicama, u odnosu

na kontrolnu grupu (isto, str. 364). Ono gde su se studenti iz alkoholičarskih porodica izdvojili, jeste *učestalost stresora kojima su bili izloženi*, kao što su nezaposlenost, rastava, razvod, bolest i smrt jednog od roditelja. Autorka istraživanja zaključuje da dobijen nalaz indikuje da alkoholizam, tek u pratnji pomenutih stresora, kreira uslove za pojavu onih disfunkcija koje se smatraju štetnim posledicama življenja u alkoholičarskim porodicama.

Istraživanje Klarka i saradnika (Clark et al., 1998), kada je u pitanju proučavanje *odnosa alkoholizma roditelja i funkcionisanja dece*, ukazuje na to kako je veoma važno uzeti u obzir iz koje se perspektive porodica posmatra, odnosno ko govori o njoj. Ova ideja veoma je bliska našem stavu o tome da je u cilju dobijanja sveobuhvatne slike porodičnog funkcionisanja nužno uvažiti perspektive, odnosno doživljaje svakog njenog člana. U istraživanje Klarka i saradnika, bile su uključene tri grupe adolescenata – sa dijagnozom alkoholizma, sa dijagnozom neke druge mentalne bolesti i grupa adolescenata kod kojih nisu konstatovani poremećaji psihološkog funkcionisanja. Autor i saradnici uporedili su podatke dobijene od adolescenata i njihovih majki o *opštoj porodičnoj dinamici, roditeljskoj disciplini i kvalitetu odnosa roditelj–dete*. Između procena majki adolescenata alkoholičara i onih koje su davala sama deca – utvrđen je potpuni nesklad. Prema izveštavanju majki, roditeljske relacije sa decom bile su siromašne, a disciplina slaba i nedosledna i pri tome se ova slika statistički značajno razlikovala od one koje su dale majke iz preostale dve grupe. Međutim, u izveštajima adolescenata sa problemom zavisnosti, izostala su bilo kakva odstupanja od referentnih vrednosti u funkcionisanju porodica, na svim varijablama. Pretpostavlja se da su adolescenti–zavisnici najdistanciraniji u odnosu na svoje porodice, te da oni niti doživljavaju, niti percipiraju poseban pritisak i razlike svoje porodice u odnosu na druge. Isto tako, moguće je da su majke bile frustrirane teškoćama da dopru do tih adolescenata, te su oskudnost relacija sa decom i problemi disciplinovanja iz tog razloga bili najistaknutiji u njihovim izveštajima.

### Ad 3. Alkoholizam i odlike porodične strukture i funkcionisanja

Pomenuto je da se u sagledavanju rizika življenja u porodicama sa alkoholizmom i alkoholičarskim porodicama, autori istraživanja učestalo

pozivaju na važeće modele porodičnog funkcionisanja. Odstupanja na dimenzijama tih modela (poput porodične kohezivnosti, kompetencija ili konflikata), uzimaju se kao primer ili pak kao posredujući činioci štetnih efekata etilizma na porodično funkcionisanje.

*Neuključenost* članova porodice, odnosno *niska kohezivnost*, uočena je u mnogim porodicama zavisnika. Stoga se, prilikom osmišljavanja istraživanja fokusiranih na ovu odliku porodičnog funkcionisanja, očekivalo da ispitanici sa istorijom porodičnog alkoholizma, izveštavaju o slabijoj *povezanosti* i limitu *otvorenosti u ponašanju* i *emocionalnoj izražajnosti* u vlastitim porodicama, kao i o učestalijim *konfliktima*.

Ovo je donekle potvrđeno (Barry & Fleming, 1990), ali samo za one pojedince koji su, pored porodične istorije alkoholizma, i sami imali dijagnozu bolesti zavisnosti.

Nealkoholičari, odrasli uz roditelje alkoholičare, ocenjivali su svoje porodice kao manje *ekspresivne*<sup>9</sup> (Barry & Fleming, 1990, p.82.). Očekivane potvrde da će deca alkoholičara uopšteno ocenjivati svoje porodice kao manje *kohezivne*, a u većoj meri *konfliktogene* u odnosu na neklinički uzorak, kada je u pitanju ova podgrupa dece alkoholičara – izostala je. Autori ovog istraživanja su naveden nalaz razumeli na način da je dijagnostikovani alkoholizam u ispitanika pravio ključnu razliku u percepciji porodičnog funkcionisanja (Barry & Fleming, 1990).

S obzirom na učestalost depresivnosti i njenih korelata kod dece iz alkoholičarskih porodica, smatramo da je korisno prikazati i rezultate proučavanja odnosa porodične *kohezivnosti* i *depresivnosti u dece*. Povezanost članova porodice, pokazala se kao linija diferencijacije depresivne dece i njihovih zdravih vršnjaka (Kashani, 1995). Subjekti sa dijagnozom depresije saopštavali su o distanciranim odnosima u svojim porodicama, a interakcije među članovima, prikazane su kao retke. Posledično, osećanje pripadnosti porodici bilo je veoma limitirano ili nije ni postojalo. Relaciju roditelj–dete odlikovalo je odsustvo bliskosti, a deca su bila emocionalno povučena i

---

<sup>9</sup> U pitanju je ekspresivnost iz modela porodičnog funkcionisanja Mosovih (Moos & Moos, 1994), shvaćena kao stepen do kojeg je članovima porodice dopušteno, odnosno mera u kojoj su ohrabrivani da se vladaju otvoreno, te da se ne ustežu u ispoljavanju osećanja.

uzdržana. Takva deca bila su prepuštena sama sebi, bez roditeljske podrške i usmeravanja i preplavljena razvojnim izazovima, što sve predstavlja prekusore depresivnosti. Kada govorimo o alkoholičarskim porodicama, sasvim je izvesno da upravo opisana porodična dinamika, visoko korelira sa depresivnošću njenih članova, a i olakšava prenos obrasca zavisnosti na sledeću generaciju.

Za razliku od *kohezivnosti*, udeo *adaptabilnosti* u definisanju rizika življenja u porodici sa zavisnikom, nije najjasniji. U studiji Kanga i sar. (Kang, Kleman, Todd, Kemp & Lipton, 1991), mere psihološkog funkcionisanja članova porodica, u kojima postoji zloupotreba supstanci, nisu značajnije korelirale sa *adaptabilnošću* porodice, a pri tome jesu korelirale sa *kohezivnošću*. Nasuprot tome, u studiji Smarta i sar. (Smart, Chibucos, & Didier, 1990), adolescenti koji su dinamiku svojih porodica ocenili kao ekstremnu u pogledu *kohezivnosti* i *adaptabilnosti*, pokazali su veću sklonost ka zloupotrebi alkohola ili marihuane, u odnosu na vršnjake koji su svoje porodice, u pogledu ovih dimenzija, ocenili kao balansirane ili umerene.

U opsežnoj studiji Džonsona (Johnson, 2002), pretpostavljeno je da će učestalije roditeljsko pijenje alkohola, iskustvo zlostavljanja ispitanika u detinjstvu, kao i nasilja među roditeljima, rezultirati lošijim ocenama porodičnog funkcionisanja. S druge strane, veća dostupnost roditelja, predvidljivost ponašanja roditelja-alkoholičara, kao i razvod (prvenstveno stoga što implicira kraći period življenja sa alkoholičarom), uključeni su kao mogući protektivni faktori. Hipoteze su, donekle, potvrđene. Ispitanici koji su u primarnoj, alkoholičarskoj porodici doživeli zlostavljanje, izveštavali su o slabijoj porodičnoj *kohezivnosti*, *kompetencama* i *ekspresivnosti* (fusnota – ovo je SFI ekspresivnosti), te češćim *konfliktima*. Razvod je bio povezan sa većom slobodom u iskazivanju emocija i mišljenja. Veća *predvidljivost* ponašanja roditelja alkoholičara, išla je pod ruku sa većom *povezanošću* članova porodice. *Dostupnost* roditelja pokazala se ključnom za *generalno porodično funkcionisanje*. Kvalitetan i stabilan kontakt roditelja i dece pozitivno je korelirao sa visokim ocenama *porodičnih kompetencija*, *kohezivnosti* i *ekspresivnosti*, a negativno sa *konfliktogenošću* datih porodica. Pri tome, *dostupnost* roditelja pokazala se značajnijim činiocem *emocionalne*



*privrženosti* deteta roditelju, u odnosu na činjenicu – ko je od roditelja alkoholičar.

U praktičnom radu, kada su u pitanju *značaj potpunosti primarne porodice*, kao i *neophodnost njenog učešća u procesu lečenja* od alkoholizma, odslikani su u istraživanju realizovanom na Klinici za bolesti zavisnosti Instituta za mentalno zdravlje (Svetozarević i sar., 2011). Tokom 2009. i 2010. godine praćena je dinamika lečenja od alkoholizma. Uzorak je činilo 66 pacijenata, od čega 35 (53,03%) muškog i 31 (46,97%) ženskog pola. Ispitanici su bili životne dobi od 19 do 40 godina, s tim da su ispitanici muškog pola u proseku bili mlađi (27,9 prema 31,2 prosečnih godina starosti). Kada je posmatrana *efikasnost programa* (kao kriterijumi efikasnosti uzeti su održavanje apstinencije, odnosno odsustvo recidiva, i ostajanje u programu do njegovog potpunog završetka), program je uspešno završio 41 ispitanik, odnosno 62,12% od ukupnog broja lečenih. Pri tome, najveća efikasnost programa registrovana je u podgrupi ispitanika, koji su za saradnike imali oba roditelja i nekog od siblinga.

#### **2.2.2.3.6. DETE KAO ČINILAC PORODIČNE DINAMIKE**

Iz prikazanih grupa rezultata istraživanja, evidentno je da se dete, kao činilac porodične dinamike, gotovo i ne spominje ili se čak i poriče značaj njegovog uticaja.

Valdez-Čavezova je u svojoj longitudinalnoj studiji (Valdez-Chávez, 2004, 2004) proučavala *povratni uticaj detetovog ponašanja na reakcije roditelja alkoholičara* u toku strukturisane igre. U ovoj studiji pokazalo se da detetovi postupci (*responzivnost, pozitivne/negativne emocije*) nisu imali značajnijeg uticaja na ponašanje roditelja. Suprotni pravac dejstva je potvrđen.

Mekhejl je čak u svom istraživanju ukazao da izostaje bilo kakva povezanost između *negativnih reakcija odojčeta* starog od tri meseca i *stila roditeljskog ophođenja* prema detetu (McHale et al., 2004).

Prema našem uverenju, sasvim je izvesno da deca u bilo koju interakciju u okviru porodice, ulaze sa određenim obeležjima temperamenta i karaktera. Veoma energizirano novorođenče može, na primer, predstavljati značajan izazov za majku koja po biološkoj prirodi nje toliko agilna, te provocirati njen doživljaj iscrpljenosti. Ili, nasuprot tome, razmotrimo situaciju u kojoj majka, koja na

bazi sopstvene ekscitabilnosti i energiziranosti, permanentno podstiče na akciju dete koje je hipersenzitivno i sklono povlačenju kao odbrani od preplavlivanja stimulacijom. U ovom drugom slučaju, majka će doživljavati frustracije, jer će njeni postupci češće voditi uznemiravanju deteta, pre nego željenim odgovorima. Uključimo u ove prikaze i alkoholizam drugog roditelja, kao činilac porodične dinamike, koji sam po sebi postavlja visoke adaptivne zahteve pred majku. Postaje očigledno u kojoj meri dete, nekada u teoriji i praksi uziman kao nepostojeći, a potom „nemi“ faktor porodične dinamike, može okupirati adaptivne kapacitete majke, pa i provocirati izvesne reakcije kod oca alkoholičara (npr. sadejstvo plača uznemirenog deteta i iritabilnosti oca). Dakle, dete je svakako aktivan činilac, koji određuje ne samo bračnu, nego i celokupnu porodičnu dinamiku (Crouter & Booth, 2003).

#### **2.2.2.3.7. TRANSGENERACIJSKA TRANSMISIJA ALKOHOLIZMA**

Značaj alkoholizma posredovan je i njegovom izrazitom transgeneracijskom probojnošću. Moglo bi se reći da je to fenomen koji ispoljava znatno veću tendencu ka prenosu na naredne generacije, u odnosu na neka stanja i poremećaje sa značajno većom genetskom zasnovanošću.

U literaturi su uočljive dve osnovne linije razvoja ideje o transgeneracijskoj transmisiji alkoholizma – a) proučavanje hereditarnih činilaca i b) psiholoških mehanizama ove forme prenosa.

##### *a) nasledni činioci*

Sa otkrivanjem gena, u jednom naučnom periodu, većina bolesti i poremećaja, kako psiholoških tako i somatskih, uključujući i alkoholizam, svođena je na efekat naslednih činilaca. Prisetimo se tada revolucionarnih opservacija alkoholizma Blojlera (Bleuler, 1955) i Šuckita (Schuckit, 1972), koji su, prilikom tumačenja etiopatogeneze alkoholizma, izneli stav koji krajnje pojednostavljeno glasi – koliko alkoholičarskih gena od roditelja – toliko će ozbiljan biti i alkoholizam potomaka.

Empirijska evaluacija ovih stanovišta, s vremenom je vodila omeđavanju i redefinisanju odnosa genetičkih činilaca i njihovih fenotipskih ekspresija,

ukazujući na moderatorski značaj sredine, čak i za ona stanja za koja je uloga nasleđa gotovo presudna.

Aktuelno, u pogledu shvatanja transgeneracijske transmisije akoholizma, uglavnom se pretpostavlja umeren do snažan uticaj nasleđa na razvoj ove forme bolesti zavisnosti, a preostale dobijene razlike, pripisuju se sredinskim činiocima.

U studiji Preskota i Kendlera (Prescott & Kendler, 1999) utvrđeno je da je alkoholizam jednog brata u blizanačkom paru, značajno pozitivno korelirao sa pojavom alkoholizma kod drugog brata, a verovatnoća za nastanak alkoholizma bila je veća među jednojajčanim blizancima, nego dvojajčanim. Između 48 i 58 % dobijene varijanse u individualnim razlikama, pripalo je *genetskim faktorima*. U objašnjenje preostale varijanse uključili su *specifična lična iskustva, dispozicije ličnosti i aspekte uticaja sredine*.

U istraživanju Janga i saradnika (Jang et al, 2001), butvrđen je moderatorski efekat porodične *kohezivnosti, porodičnog sistema vaspitanja i iskustava iz škole na naslednu predisponiranosti ka zloupotrebi alkohola i droga*.

Studija Janga i saradnika (Young et al., 2006) govori u prilog postojanja jedne šire, obuhvatnije predispozicije za razvoj bolesti zavisnosti, koja je istovetna i za alkohol i marihuanu i duvan.

#### *b) psihološki činioci*

U vezi sa uticajem psiholoških činilaca u transgeneracijskoj transmisiji alkoholizma, u literaturi preovlađujuća hipoteza glasi *da su deca roditelja zavisnika od alkohola, u većoj meri sklona zloupotrebi/zavisnosti od alkohola u odnosu na decu iz nealkoholičarskih porodica*.

Međutim, nalazi istraživanja, koja su se bavila ovom problematikom, nisu jednoznačni. Na primer, u studiji Orforda i Velemana (Orford & Velleman, 1990) nisu nađene statistički značajne razlike u pogledu uobičajene količine alkoholnih pića koje su pili adolescenti iz alkoholičarskih porodica i adolescenti iz nekliničke populacije. Ipak, mladi iz alkoholičarskih porodica značajno *ranije* su počinjali sa zloupotrebom alkohola, duvana i psihoaktivnih supstanci, ali i

psihoaktivnih lekova, dobijenih na recept. U terminima *rizične upotrebe*, mladi iz alkoholičarskih porodica znatno su *učestalije* koristili navedene supstance.

Vežano za psihološke činioce transmisije alkoholizma, rezultati relevantnih istraživanja mogu se svrstati u nekoliko kategorija u zavisnosti od koncepta koji je posmatran kao presudan:

– *disciplina*

U longitudinalnoj studiji Pirsia i saradnika (Pears et al., 2007) hipoteza je delimično potvrđena. Oni su utvrdili prisustvo povezanosti *prekomerne upotrebe alkohola roditelja sa izraženijim pijenjem alkoholnih pića kod njihove dece u odraslom dobu*. Međutim, kod dece alkoholičara u adolescentnom dobu, utvrđena je i korelacija između limita inhibitorne kontrole i zloupotrebe alkoholnih pića, nezavisno od roditeljskog alkoholizma, te su autori istraživanja prepostavili da je zapravo neadekvatna *roditeljska disciplina* doprinela tom nalazu. Da je pretpostavka autora istraživanja o međuodnosu obrazaca disciplinovanja, inhibitorne kontrole i alkoholizma osnovana, posvedočila je identična slika dobijena i u narednoj generaciji.

– *stavovi*

Stavovi prema pijenju alkoholnih pića, te očekivanja u odnosu na dejstvo alkohola, koje razvijaju deca koja odrastaju u alkoholičarskim porodicama, smatraju se veoma važnim u pogledu transgeneracijske transmisije alkoholizma (Brown et al., 1999; Christiansen et al., 1989; Smith & Goldman, 1994).

O značaju pozitivnih očekivanja od pijenja alkoholnih pića, govore u prethodnom pasusu pomenuta istraživanja Kristijansena i njegovih saradnika, i Smita i Goldmana. Studija Braunove i njenih saradnika (Brown et al., 1999) takođe govori da adolescenti, čiji roditelji ispoljavaju neku formu zavisnosti, imaju pozitivna očekivanja od alkoholnih pića, ali da slična očekivanja imaju i adolescenti iz nekliničke grupe.

Značaj uticaja roditelja, kao uzora u nastanku i prenosu alkoholizma, odnosno učenja po modelu, takođe je višestruko istican i ispitivan. Mekcord ovaj mehanizam smatra važnim, ali ukazuje i da se njegov uticaj ne ostvaruje pravolinijski (McCord, 1988). On je utvrdio da je za nastanak alkoholizma kod dece alkoholičara, bilo presudno u kojoj meri je drugi roditelj (u ovom slučaju,

majka) vrednovao zavisnika (oca). Neodobranje opijanja i negativan stav majke prema ocu alkoholičaru, negativno je koreliralo sa rizikom od propijanja njihove dece.

### **3. METODOLOGIJA**

#### **3.1. ODREĐENJE PREDMETA POSMATRANJA**

Predmet našeg istraživanja predstavljali su *psihološki* faktori rizika življenja u porodicama uključenim u porodično lečenje alkoholizma. Faktori rizika derivirani su iz dimenzija izabranih teoretskih modela (Larossa et al., 1981).

Olsonov Cirkumpleksni model (Olson, 2000) i Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja (Beavers et al., 1990) izabrali smo kao podesne, usled bogatog teoretskog i empirijskog zaleđa. Model porodičnih procesa Harveja Skinera (Skinner et al., 1982) uključen je u naše istraživanje, kao što je u teoretskom delu rada detaljno objašnjeno, zbog saglasnosti ideje na kojoj je baziran instrument s jednim od osnovnih postulata psihologije porodice, odnosno postuliranog balansa idiografskog i nomotetskog u njegovim osnovama.

Pristup predmetu proučavanja bio je zasnovan na specifičnoj teoretsko-metodološkoj bazi, sa porodičnom psihologijom kao paradigmom u okviru koje je osmišljeno, a načelima kliničkog metoda procene kao vodičima pri organizovanju i sprovođenju empirijskih postupaka. U skladu s tim, posebnu pažnju posvetili smo postojanju različitih nivoa procene funkcionisanja u okviru porodice (individualni, iz pozicije dijade, iz pozicije porodice kao celine), koje smo nastojali da statističkim metodama smisleno integrišemo.

Dakle, bavili smo se se formom prediktivne valjanosti modela koje smo smatrali relevantnim, ali iz pozicije koja uključuje i uključivanje i razumevanje individualnih percepcija u totalitet porodične procene.

#### **3.2. CILJ**

Cilj našeg rada sastojao se u proceni diskriminativnog potencijala dimenzija porodičnog funkcionisanja, sadržanih u izabranim modelima.

Pri tome, pažnju smo posvetiti i razlikama i/ili sličnostima u percepciji varijabli predviđenih primenjenim modelima. Step (ne)slaganja percepcija ispitanika, predstavljao nam je jednu od osnova za utvrđivanje opterećenosti članova porodica, odnosno porodičnih sistema faktorima rizika.

Po svojoj prirodi, dakle, cilj rada bio je empirijskog karaktera.

### **3.3. ZADACI**

U našem istraživanju, nastojali smo da utvrdimo:

I Opšte podatke o alkoholizmu:

- Da li se porodice iz kliničkog i nekliničkog uzorka razlikuju po socio-demografskim obeležjima?
- Da li se očevi iz kliničkog i nekliničkog uzorka razlikuju u pogledu učestalosti psiholoških tegoba i teškoća?
- Da li se očevi iz kliničkog i nekliničkog uzorka razlikuju u pogledu učestalosti telesnih disfunkcija i oboljenja?
- Da li se očevi iz kliničkog i nekliničkog uzorka razlikuju u pogledu učestalosti bračnih i porodičnih problema?
- Da li se očevi iz kliničkog i nekliničkog uzorka razlikuju u pogledu učestalosti profesionalnih problema?
- Da li se očevi iz kliničkog i nekliničkog uzorka razlikuju u pogledu učestalosti socijalnih problema?
- Da li slika toksikomanske faze alkoholizma »identifikovanih pacijenata« (prisustvo indikatora i njihovo trajanje) odgovara teoretskim pretpostavkama?
- Da li se deca iz kliničkog uzorka razlikuju u pogledu broja i učestalosti psiholoških tegoba i teškoća od dece iz kontrolne grupe?
- Da li postoji razlika u školskom uspehu dece iz kliničkog uzorka i dece iz kontrolne grupe?
- Da li se supruge »identifikovanih pacijenata«, u odnosu na supruge iz kontrolne grupe, razlikuju u pogledu učestalosti psiholoških i telesnih disfunkcija i oboljenja?

II Prisustvo, odnosno odsustvo razlika porodica iz kliničkog uzorka i porodica kontrolne grupe na ispitivanim dimenzijama porodičnog funkcionisanja:

1. Upitnik vaspitnih stilova

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu primenjivanih obrazaca vaspitne prakse?

– Koji od primenjivanih obrazaca vaspitne prakse predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti?

## 2. Domeni i dimenzije Olsonovog Cirkumpleksnog modela

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije porodične kohezivnosti?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije porodične fleksibilnosti?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije komunikacije u porodici?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije stepena zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem?

– Koje od dimenzija ovog modela predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti?

## 3. Domen i dimenzije Biversovog Sistemskog modela porodičnog funkcionisanja

– Koje stilističke orijentacije (centrifugalne ili centripetalne) preovlađuju u kojem tipu porodica?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije opšteg zdravlja porodice?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije kohezivnosti porodice?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije kvaliteta razrešavanja konflikata u okviru porodice?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije vođstva u porodici?

– Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije kapaciteta za izražavanje emocija u



porodici?

- Koje od dimenzija ovog modela predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti?

4. Domen i dimenzije Skinnerovog Modela porodičnih procesa

- Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije porodičnih kompetenci u dostizanju ciljeva?

- Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije kvaliteta izvođenja uloga u porodici?

- Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije komunikacije u porodici?

- Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije kvaliteta emocionalne ekspresije u porodici?

- Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije emocionalne uključenosti članova porodice?

- Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije uspešnosti primenjenih strategija regulacije ponašanja članova porodice?

- Da li se porodice iz kliničkog uzorka i porodice iz nekliničke grupe razlikuju u pogledu percepcije usklađenosti vrednosti i normi pojedinih članova?

- Da li postoje razlike u pobrojanim dimenzijama porodičnog funkcionisanja, ukoliko se posmatraju sa nivoa porodice u celini, dijadnih relacija u okviru nje, ili sa nivoa populacije pojedinačnog člana porodice?

- Koje od dimenzija ovog modela predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti?

5. Integracija rezultata primene navedenih modela

- Koje dimenzije porodičnog funkcionisanja predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti, kada se uzmu u obzir svi primenjeni modeli?

III Povezanost dimenzija porodičnog funkcionisanja i teškoća, odnosno tegoba njenih članova:

- Koje su dimenzije porodičnog funkcionisanja povezane sa teškoćama u funkcionisanju pojedinaca u okviru porodice?
- Koje su dimenzije porodičnog funkcionisanja povezane sa porodičnim teškoćama?
- Koje su dimenzije porodičnog funkcionisanja povezane sa socijalnim teškoćama?
- Kakva je povezanost dužine trajanja toksikomanske faze i pozicije porodice na pojedinim dimenzijama porodičnog funkcionisanja?

IV Analiza individualnih percepcija porodičnog sistema:

- Analiza razlika porodica iz kliničkog uzorka i porodica iz nekliničke grupe u pogledu usaglašenosti pojedinih članova u proceni funkcionisanja porodice.
- Da li postoji neki faktor koji menja odnos sličnosti i razlika u percepcijama članova dve grupe porodica?

V Transgeneracijska transmisija alkoholizma:

- Analiza konfiguracija i odnosa »tipičnih« porodica iz kliničke i nekliničke populacije predstavljenih genogramom – utvrđivanje razlika i / ili sličnosti.

### **3.4. OPŠTA METODA ORGANIZOVANJA ISTRAŽIVANJA**

Po svojim karakteristikama, istraživanje pripada oblasti kvaziekperimentalnih istraživanja sa nebalansiranom kontrolnom grupom.

### **3.5. VARIJABLE**

1. POL – varijabla je bila registrovana na takav način da su svi ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka*, zaokružili odgovarajuću oznaku.

2. UZRAST – varijabla je bila registrovana na takav način da su svi ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka*, upisali godinu rođenja.

3. STEPEN OBRAZOVANJA – varijabla je bila registrovana na takav način da su svi ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka*, zaokružili slovo ispred odgovarajuće kategorije. Predviđeni nivoi obrazovanja bili su: osnovna škola, srednja škola, viša škola, fakultet ili visoka škola i magisterijum/doktorat/specijalizacija.

4. ŠKOLSKI USPEH DECE – varijabla je bila registrovana na takav način da su deca na listi konstruisanoj za potrebe ovog istraživanja, upisala prosečne ocene za svaki razred tokom dostignutog školovanja, kao i prosečnu ocenu položenih ispita, ukoliko studiraju.

5. UKUPNI MESEČNI PRIHOD PORODICE – varijabla je bila registrovana na takav način da su svi ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka*, zaokružili slovo ispred odgovarajuće kategorije. Predviđene kategorije bile su: ukupni mesečni prihod porodice manji od 50.000,00 dinara, ukupni mesečni prihod porodice u opsegu 50.000,00 – 100.000,00 dinara, mesečni prihod porodice u opsegu 100.000,00 – 150.000,00 dinara i mesečni prihod porodice preko 150.000,00 dinara.

6. STRUKTURA PORODICE – varijabla je bila registrovana na takav način da su svi ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka*, zaokružili slovo ispred odgovarajuće kategorije. Predviđene kategorije bile su: oba roditelja (biološki roditelji), dva roditelja (ali nisu biološki roditelji, već srodnici), dva roditelja (usvojitelji), hraniteljska porodica i jedan roditelj.

7. ULOGA U PORODICI – varijabla je bila registrovana na takav način da su svi ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka*, zaokružili slovo ispred uloge koju imaju u porodici. Predviđene uloge bile su: otac, majka, prvorođeno dete, drugorođeno dete, trećerođeno dete i četvrtođeno ili mlađe dete.

8. BROJ DECE U PORODICI – varijabla je bila registrovana na takav način da su svi ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka*, zaokružili slovo ispred odgovarajuće kategorije.

Predviđene kategorije porodica bile su: bez dece, sa jednim detetom, sa dva deteta, sa tri deteta, sa četiri deteta, sa petoro dece, sa šestoro dece ili ukoliko ima i više dece, ispitanici su dobili zadatak da sami upišu broj.

9. INTENZITET ALKOHOLIZMA – varijabla je bila registrovana putem dva indikatora:

9.1. DUŽINA TOKSIKOMANSKE FAZE ALKOHOLIZMA– varijabla je bila registrovana tako što je za svakog »identifikovanog pacijenta« uzet podatak o godini životne dobina kojoj je kod sebe uočio neku od manifestacija toksikomanske faze alkoholizma (gubitak kontrole nad umerenim pijenjem, pad tolerancije, nemogućnost apstinencije, alkoholne amnezije).

9.2. NIVO UKLJUČENOSTI ALKOHOLIZMA U PORODIČNI SISTEM – ova varijabla bila je registrovana na osnovu skora na upitniku konstruisanom za potrebe ovog istraživanja, čija je svrha bila da u zavisnosti od stepena do kojeg alkoholizam određuje organizaciju porodičnog života, konkretne događaje i rutine, procenimo da li porodica pripada kategoriji *porodica sa alkoholizmom* ili kategoriji *alkoholičarskih porodica*. Ova distinkcija porodica bazirana je Stajnglasovom modelu, čije su osnovne postavke već opisane (Steinglass, 1987).

10. DISFUNKCIJE I POREMEĆAJI, ODNOSNO OBOLJENJA, KOJI MOGU BITI DOVEDENI U VEZU SA ALKOHOLIZMOM – varijable su bile registrovane tako da su za svakog »identifikovanog pacijenta« uzeti podaci o tome da li su prisutne ili ne određene disfunkcije, poremećaji i oboljenja u sledećim ravnima funkcionisanja:

a. *lično – telesno* (karijes, proširene vene jednjaka, degeneracija jetre, šećerna bolest, pothranjenost, gojaznost, arteroskleroza, čir, epilepsija) i *psihološko* (tegobe iz spektra anksioznosti i depresivnosti, problemi sa spavanjem, napadi panike sa agorafobijom, zloupotreba/zavisnost od kocke, zloupotreba droge; gubitak interesovanja, pasivizacija, uvećana zavisnost od drugih, intolerancija na frustracije, nesigurnost, centriranost na sopstvene potrebe, socijalna i emocionalna nezrelost, nedostatak samodiscipline, sklonost površnom odnosu sa ljudima, neiskrenost);

b. *porodično – brak* (preljuba; tajne i dogovori “iza leđa”; okolnosti pri kojima se ne zna ko šta radi, ko odlučuje, a ko odgovara; supruga u poziciji “glave kuće”; udaljavanje bračnih partnera; “crni fondovi”, verbalni i fizički sukobi) i *funkcionisanje dece* (neočekivani i iznenadni odlasci od kuće; enureza; tikovi; anksioznost; astma; poremećaj spavanja; poremećaji ponašanja, govora, hranjenja ili vezivanja; separaciona problematika; grickanje noktiju; manifestacije iz spektra opsesivno-kompulsivnog poremećaja; fobije; panični napadi; zloupotreba alkohola; zloupotreba droga; zloupotreba interneta);

c. *profesionalno – nezaposlenost, rad na manje kvalifikovanoj poziciji, apsentizam, pad produktivnosti, profesionalne greške i materijalni gubici, povrede na radu, verbalni i fizički sukobi naradnom mestu, disciplinske mere;*

d. *socijalno – vožnja u alkoholisanom stanju, saobraćajne nesreće, dužništvo, verbalni i fizički sukobi u širem socijalnom okruženju.*

Navedene disfunkcije, poremećaji i oboljenja, koji mogu biti dovedeni u vezu sa alkoholizmom, definisani su na način kako je postulirano u relevantnoj literaturi autora sa našeg područja (Stanković, 1995, 2003; Lažetić, 2011).

#### 11. TELESNE I PSIHOLOŠKE DISFUNKCIJE I OBOLJENJA MAJKI

Telesne i psihološke disfunkcije i oboljenja majki u uzorku, registrovane su pomoću otvorenih pitanja.

12. PRISUSTVO/ODSUSTVO DRUGIH BOLESTI I POREMEĆAJA – varijabla je bila registrovana tako što je svakog ispitanika uzeti podatak o eventualnom prisustvu klinički verifikovanih, telesnih ili psiholoških bolesti i poremećaja, koji nisu bili sadržani u postojećim listama pitanja.

13. VASPITNI STILOVI – varijabla je bila registrovana tako što su se očevi i majke, za svaku od predviđenih oblasti porodičnog funkcionisanja u Upitniku vaspitnih stilova (Mitić, u pripremi), zaokruživanjem jedne od četiri ponuđene mogućnosti, izjašnjavali o tome koji vaspitni stil odgovara onom koji se sprovodi u njihovoj porodici.

14. VARIJABLE KOHEZIVNOSTI PORODICE – varijable su bile registrovane tako što su svi ispitanici popunili odgovarajuće upitnike. Vrednosti varijabli definisane su na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama.

U istraživanju, primenjene su skale Kohezivnost sledećih upitnika:

14.1. FACES IV – Kohezivnost se definiše kao međusobna emocionalna povezanost članova porodice. Dve dodatne skale modela, Neuključenost i Umreženost, registrovane i merene na isti način, uključene su sa ciljem preciznijeg prikazivanja ekstremnih vrednosti Kohezivnosti. Povod opredeljenja za njihovo uključivanje bio je i taj što na našoj populaciji dimenzija Fleksibilnosti nije potvrdila pretpostavku o njenoj kurvilinearnoj prirodi (Mitić i Tenjović, 2011).

14.2. SFI II – Kohezivnost se definiše kao doživljaj zadovoljstva i sreće zajedničkim življenjem, i ističe porodičnu bliskost.

15. FLEKSIBILNOST PORODICA – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FACES IV. Autor ovog upitnika *fleksibilnost* definiše kao kvalitet i manifestacije vođstva, organizacije, pravila o međusobnim odnosima i pregovaranja. Dve dodatne skale modela, Rigidnost i Haotičnost, registrovane i merene na isti način, uključene su sa ciljem preciznijeg prikazivanja ekstremnih vrednosti Fleksibilnosti. Povod opredeljenja za njihovo uključivanje bio je i taj što na našoj populaciji dimenzija fleksibilnosti nije potvrdila pretpostavku o njenoj kurvilinearnoj prirodi (Mitić i Tenjović, 2011).

16. VARIJABLE KOMUNIKACIJE U PORODICI – varijable su bile registrovane tako što su svi ispitanici popunili odgovarajuće upitnike. Vrednosti varijabli definisane su na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama.

U istraživanju, primenjene su skale za procenu komunikacije sledećih upitnika:

16.1. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika FACES IV. Autor ovog upitnika komunikaciju definiše kao pozitivne komunikacione veštine koje postoje na nivou dijadnih relacija u porodici.

16.2. U domenu Skinnerovog Modela porodičnog funkcionisanja i upitnika FAM III, ova varijabla određena je kao doživljaj efikasnosti i

kvaliteta uspostavljenih obrazaca emocionalne, instrumentalne komunikacije i komunikacije mešovite forme i to na tri nivoa procene: sa pozicije lične efikasnosti i kvaliteta, efikasnosti i kvaliteta u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

17. ZADOVOLJSTVO RELEVANTNIM ASPEKTIMA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FACES IV. Autor ovog upitnika zadovoljstvo definiše kao izraženi stepen zadovoljstva članova porodice, u pogledu porodične kohezivnosti, fleksibilnosti i komunikacije.

18. OPŠTE PORODIČNO ZDRAVLJE – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika SFI II. Autor ovog upitnika dimenziju predstavlja kao doživljaj sreće, optimizma, uspešnosti u rešavanju problema i veštinama pregovaranja, snage roditeljskih koalicija, zatim naglašavanje i uvažavanje autonomnosti i povećanje odgovornosti od strane celokupne porodice.

19. KONFLIKTI U PORODICI – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika SFI II. Autor ovog upitnika dimenziju predstavlja kao konstrukt koji obuhvata kako niže stepene (ne)rešavanja otvorenih konflikta (tuča, svađa), tako i više nivoa (pregovaranje i prihvatanje odgovornosti u situacijama rešavanja konflikta).

20. VOĐSTVO U PORODICI – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika SFI II. Autor ovog upitnika dimenziju definiše putem jačine i postojanosti obrazaca upravljanja porodicom od strane odraslih članova.

21. VARIJABLE IZRAŽAVANJA EMOCIJA U PORODICI – varijable su bile registrovane tako što su svi ispitanici popunili odgovarajuće upitnike.

Vrednosti varijabli definisane su na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama.

U istraživanju, primenjene su skale za procenu emocionalne izražajnosti sledećih upitnika:

21.1. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika SFI II. Autor ovog upitnika dimenziju predstavlja kao doživljaj koji se tiče ukupne porodične kohezivnosti, kompetentnosti, bliskosti, lakoće s kojom članovi porodice izražavaju osećanja, posebno toplinu i brigu.

21.2. Ova varijabla sadržana je i u upitniku FAM III, gde je definisana kao doživljaj slobode u izražavanju i podeli emocija, posebno pozitivnih – sa pozicije lične efikasnosti i kvaliteta, efikasnosti i kvaliteta u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

22. POSTIZANJE CILJEVA – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM-III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao doživljaj uspešnosti u ostvarivanju ciljeva u biološkoj, psihološkoj i socijalnoj ravni i to na tri nivoa procene – sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

23. IZVOĐENJE PORODIČNIH ULOGA – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM-III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao doživljaj uspešnosti u definisanju i integraciji uloga u porodici i to na tri nivoa procene – sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

24. EMOCIONALNA UKLJUČENOST – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM-III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao stepen i kvalitet



zainteresovanosti i brige koju članovi porodice međusobno ispoljavaju. On ovaj koncept procenjuje kroz tri nivoa – sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

25. KONTROLA – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM-III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao uspešnost u primeni strategija i tehnika kojima članovi porodice međusobno utiču na ponašanja. On ovaj koncept procenjuje kroz tri nivoa – sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

26. VREDNOSTI I NORME – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM-III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao uvažavanje i pridržavanje važećih vrednosti i normi ponašanja, bez obzira na to da li je u pitanju uticaj pojedinačnih članova porodice, grupa kojima osoba može da pripada ili kulture kao celine. On ovaj koncept procenjuje kroz tri nivoa – sa pozicije pojedinca, izabrane dijadne relacije ili porodičnog sistema kao celine.

27. VARIJABLE SOCIJALNE POŽELJNOSTI – varijable su bile registrovane tako što su svi ispitanici popunili odgovarajuće upitnike. Vrednosti varijabli definisane su na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama.

U istraživanju, primenjene su skale za procenu sklonosti ispitanika ka davanju socijalno poželjnih odgovora upitnika FAM-III i Inventara ličnih reakcija (Tenjović, u pripremi).

28. DEFANZIVNOST – varijabla je bila registrovana tako što su svi ispitanici popunili odgovarajući upitnik. Vrednost varijable bila je definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM-III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao tendence ispitanika ka odbrambenom stavu i izbegavajućim obrascima u susretu sa adaptivnim zahtevima. Ona je pridodata opštoj porodičnoj skali.

29. ODLIKE TRANSGENERACIJSKE TRANSMISIJE ALKOHOLIZMA – varijabla je bila registrovana putem izrade genograma za pojednu »tipičnu« porodicu iz grupa koje su učestvovala u istraživanju.

### 3.6. TEHNIKE ZA PRIKUPLJANJE PODATAKA

- LISTA OSNOVNIH SOCIO-DEMOGRAFSKIH PODATAKA – U našem istraživanju, primenili smo modifikovanu listu sociodemografskih podataka koja je sastavni deo upitnika FACES IV. Navedenu listu primerili smo sociokulturološkim specifičnostima našeg područja, kao i potrebama našeg istraživanja.

- POLUSTRUKTUIRANI INTERVJU – Pitanja smo konstruisali za potrebe prikupljanja činilaca alkoholizma, relevantnih za problem istraživanja. Pitanja su se odnosila na uzrast na kojem su »identifikovani pacijenti« ispoljili pojedine indikatore toksikomanske faze alkoholizma. Zatim, na prisustvo, odnosno odsustvo iz teorije i empirije deriviranih ličnih, porodičnih, profesionalnih i širih socijalnih posledica alkoholizma. Takođe smo uključili i pitanja o eventualnom prisustvu klinički verifikovanih telesnih i psihičkih bolesti i poremećaja pojedinih članova porodice. Intervju je takođe uključio i pitanja o tome da li je neko od roditelja ili bliskih srodnika »identifikovanog pacijenta« bio alkoholičar.

- UPITNIH PORODIČNIH RITUALA - Sadržavao je set pitanja konstruisanih za potrebe ovog istraživanja, a koja su imala za cilj da utvrde da li je alkohol zaista postao centralni organizacioni princip porodičnog življenja kod porodica u kliničkom uzorku. Ovaj upitnik bio je u funkciji trijaže porodica kliničkog uzorka na *porodice sa alkoholizmom* i *alkoholičarske porodice*. Pitanja su bila koncipirana u skladu sa idejama sadržanim u radu Stajnglasa i saradnika (Steinglass et al., 1987).

• SKALA ZA PROCENU PRISUSTVA ZLOUPOTREBE/ZAVISNOSTI OD ALKOHOLIZMA KRATKOG MEĐUNARODNOG NEUROPSIHIJATRIJSKOG INTERVJUA, VERZIJE 5.0.0 (*Mini International Neuropsychiatric Interview, Version 5.0.0*; M.I.N.I. 5.0.0) (Sheehan et al., 1998)

U pitanju je strukturisani intervju za procenu poremećaja osovine I za obe važeće klasifikacije – DSM-IV i ICD-10. Moduli koje procenjuje jesu velika depresivna epizoda/opciono velika depresivna epizoda sa karakteristikama melanholije, distimija, suicidalnost, manična epizoda, epizoda hipomanije, panični poremećaj, agorafobija, socijalna fobija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, PTSD, alkoholna zavisnost odnosno zloupotreba, zloupotreba drugih supstanci odnosno zavisnost od njih, psihotični poremećaj/opciono poremećaj afektiviteta sa psihotičnim simptomima, anoreksija, bulimija, generalizovani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti.

U našem istraživanju primenili smo modul za verifikovanje prisustva alkoholne zavisnosti, odnosno zloupotrebe.

Određivanje metrijskih karakteristika ovog intervjuja, realizovano je kroz dve paralelne studije – studiju francuskog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje (Lecrubier et al., 1997) i studiju Univerziteta u Južnoj Floridi (Sheehan et al., 1997). Uzorak je činilo 300 ispitanika i to 60 sa dijagnozom velike depresivne epizode, 30 sa dijagnozom manične epizode, 60 sa anksioznim poremećajem, 50 sa psihotičnim poremećajem, 50 sa zavisnošću od alkohola i/ili droga i 50 ispitanika iz nekliničke populacije.

Pouzdanost rezultata dobijenih intervjuom, procenjena je na osnovu analize interne konzistentnosti i test-retest metodom. Koeficijenti interne konzistentnosti kretali su se u opsegu od .79 (manična epizoda – prošla) do 1.00 (velika depresivna epizoda, opsesivno-kompulsivni poremećaj, aktuelna alkoholna zavisnost, anoreksija i bulimija). Koeficijenti pouzdanosti procenjeni test-retest metodom bili su nešto niži, posebno za maničnu epizodu – aktuelnu (.35) i fobiju – prošlu (.52), a najveći koeficijent registrovan je za bulimični poremećaj (1.00).

Validacija Kratkog međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjuja - forme za samoprocenu od strane pacijenta (*Mini-International Neuropsychiatric*

Interview patient-rated format; M.I.N.I.-PR) i forme za procenu od strane edukovanog opservera (Mini-International Neuropsychiatric Interview clinician-rated format; M.I.N.I.-CR) obavljena je sa verzijom strukturiranog kliničkog intervjua za poremećaje osovine I za samoprocenu ispitanika (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patients; SCID-P) i kompozitnim internacionalnim dijagnostičkim intervjuom (Composite International Diagnostic Interview; CIDI), a takođe je uključena i procena eksperta. Osetljivost skala za većinu modula (izuzev distimije, opsesivno-kompulsivnog poremećaja i aktuelne zavisnosti od droga) iznosila je preko .70. Pozitivna prediktivna valjanost iznosila je preko .75 za veliku depresiju, maničnu epizodu – prošlu, panični poremećaj aktuelni i prošli, agorafobiju – prošlu, psihotični poremećaj – prošli, anoreksiju i posttraumatski stresni poremećaj. Koeficijenti pozitivne prediktivne valjanosti u opsegu od .60 do .74 registrovani su za maničnu epizodu – aktuelnu, generalizovani anksiozni poremećaj, agorafobiju - sadašnjju, opsesivno-kompulsivni poremećaj, zavisnost od alkohola - sadašnjju, zavisnost od droga – prošlu i bulimiju. Za distimiju, psihotični poremećaj - tekući, fobiju – prošlu, socijalnu fobiju – aktuelnu i prošlu i zavisnost od droga – aktuelnu, koeficijenti su se kretali u opsegu .45 do .59. Koeficijenti slaganja procena dobijenih putem intervjua M.I.N.I. i CIDI za većinu modula kretali su se u opsegu od .50 do .83. Niži kapa koeficijenti registrovani su za fobiju i generalizovani anksiozni poremećaj. Osetljivost većine modula bila je veća od .70, izuzev za panični poremećaj, agorafobiju, fobiju i bulimiju – prošlu. Pozitivna prediktivna vrednost za bulimiju – prošlu iznosila je .52, maničnu epizodu – aktuelnu .56 i socijalnu fobiju 0.55, a za generalizovani anksiozni poremećaj svega .34. Za ostatak modula, ove vrednosti kretale su se u opsegu od .60 do .91.

Modul za procenu zloupotrebe/zavisnosti od alkohola u pogledu ispitivanih metrijskih karakteristika, nalazi se u gornjim partijama dobijenih koeficijenata.

Tako, koeficijent interne konzistentnosti za aktuelnu alkoholnu zloupotrebu, iznosio je .90, a za aktuelnu alkoholnu zavisnost 1.00. Kada je u pitanju procena pouzdanosti test-retest metodom, ovi koeficijenti iznosili su .85 i .86.

Procena hipotetičke valjanosti obavljena je prevashodno u vezi sa alkoholnom zavisnošću i dobijeni su sledeći koeficijenti:

- kada je kao kriterijum uzet SCID-P, kappa je iznosila .67, osetljivost .80, negativna prediktivna valjanost .98, a pozitivna prediktivna valjanost .64;
- kada je kao kriterijum uzet CIDI, kappa je iznosila .82, osetljivost .83, negativna prediktivna valjanost .91, a pozitivna prediktivna valjanost .94.

Znatno viši koeficijenti dobijeni putem procene instrumentom CIDI, moguće su posredovani i time da je primenjena forma upitnika SCID zapravo forma za samoprocenu od strane ispitanika, dok su CIDI, kao i ovu formu intervjua M.I.N.I., primenjivali edukovani opserveri.

• SKALA PROCENE PORODIČNE KOHEZIVNOSTI I ADAPTABILNOSTI, IV REVIZIJA (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, Version IV - FACES IV)(Olson, 2008)

Teorijska osnova ove skale jeste Cirkumpleksni model bračnog i porodičnog sistema Dejvida Olsona.

Skala je dizajnirana tako da meri porodičnu Kohezivnost i Adaptabilnost, kao centralne dimenzije navedenog modela.

Upitnik je namenjen samoproceni svih članova porodice, koji su stariji od 12 godina.

Novine u odnosu na prethodne verzije, jesu a) nova definicija koncepta adaptabilnosti, b) konstrukcija i validacija novih skala, c) izrada racio skora koji kombinuje aspekte uravnoteženosti i neuravnoteženosti porodičnog funkcionisanja i d) psihometrijska derivacija porodičnih tipova i roditeljskih stilova.

Dakle, skale dimenzija Kohezivnosti jesu: Neuključenost, Uravnotežena kohezivnost i Umreženost, a dimenzije Adaptabilnosti: Rigidnost, Uravnotežena adaptabilnost i Haotičnost. U ovu verziju upitnika uključene su i dve dodatne skale – skala porodične Komunikacije i Zadovoljstva.

Racio skor dozvoljava rezimiranje relativne porodične snage i problematičnih područja u jedan skor.

Normativni uzorak (Olson, 2008) činilo je 469 ispitanika, prosečne starosti od 28 godina (opseg od 18 do 59). Dve trećine uzorka bile su osobe ženskog pola koje nisu u bračnoj zajednici, a jednu trećinu uzorka predstavljali su ispitanici koji su zasnovali bračni odnos.

Analiza pouzdanosti skala upitnika FACES IV ukazuje na to da se vrednosti  $\alpha$  koeficijenata kreću u opsegu od 0.77 do 0.89 (Umrežena = .77, Neuključena = .87, Uravnotežena kohezivnost = .89, Haotična = .86, Uravnotežena fleksibilnost = .84, Rigidna = .82).

Validacione studije uključivale su supskale Zdravlja/Kompetenci upitnika SFI (Self-Report Family Inventory)(Hampson & Beavers, 1996), supskalu Opšteg porodičnog funkcionisanja Epsteinovog upitnika za procenu porodice (Family Assessment Device; FAD)(Epstein et al., 1983) i skalu Zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem (The Family Satisfaction Scale)(Olson, 1995). Korelaciona analiza dala je visoke koeficijente većine skala FACES IV i navedenih validacionih skala. Dakle, skale upitnika FACES IV namenjene merenju balansiranih (zdravih) oblasti Kohezivnosti i Fleksibilnosti, manifestovale su koeficijente korelacije sa validacionim skalama u opsegu .89 do .99. Skale upitnika FACES IV namenjene merenju niske Kohezivnosti (Neuključenosti) i ekstremne Fleksibilnosti (Haotičnosti), manifestovale su visoke negativne korelacije sa validacionim skalama – opseg od -.67 do -.93. Izuzetak predstavljaju skale Rigidnosti i Umreženosti, koje su pokazale niske korelacije sa validacionim skalama (od -.11 do -.31). U pogledu procene hipotetičke valjanosti, autor upitnika navodi i efekte psihoterapijskog tretmana putem prikaza slučajeva. Progres u terapiji on izjednačava sa ublažavanjem ekstremnih skorova na ključnim dimenzijama ovog modela.

Analiza kriterijuma validnosti ukazuje na to da je FACES IV u stanju da prosečno u 78% slučajeva ukaže na disfunkcionalnost porodice, odnosno da se procena putem ovog upitnika podudara sa procenama dobijenim primenom upitnika FAD i SFI u rasponu od 55% do 94%. Kada je svih šest skala uzeto u analizu, prediktivna podesnost kretala se u opsegu od 84% do 99% (prosek 92%). Ukupni Cirkumpleks racio skor manifestovao je adekvatnu prediktivnu valjanost u prosečno 85% slučajeva (opseg od 80% do 91%).

- SAMOOPIISNI INVENTAR PORODIČNIH ODNOSA, VERZIJA II (Self-Report Family Inventory, Version II - SFI II)(Beavers & Hampson, 1990)

Teorijska osnova ove skale jeste Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja (Beavers et al., 1990).

Upitnik je namenjen samoproceni svih članova porodice, koji su stariji od 11 godina.

Dimenzije koje se procenjuju putem ovog upitnika, jesu Opšte porodično zdravlje, Konflikti, Kohezija, Vođstvo, i Izražavanje emocija.

Normativni podaci (Beavers & Hampson, 1993) obrađeni su na osnovu uzorka koji je činilo 1800 porodica iz kliničke i nekliničke populacije. U okviru ovog, kako autori testa navode heterogenog uzorka, utvrđeno je da se prema kriterijumima procene u okviru ovog modela na skali interakcionih kompetenci, 5% porodica može svrstati u optimalan rang funkcionisanja, 38% u adekvatan, 38% u prosečan, 16% u graničan, a 3% u teško disfunkcionalan. Iako po svojoj prirodi ovaj uzorak nije stratifikovan i slučajan, autori smatraju da i kao takav, odražava trend ka normalnom distribuiranju dimenzija u populaciji.

Instrument, kako njegovi autori navode, poseduje visoku internu konzistentnost, sa koeficijentom  $\alpha$  u rasponu 0.84 do 0.93 i test-retest pouzdanošću od .85 i većom. Pri tome, SFI inventar u okviru kanoničke korelacione analize sa Skalom za procenu porodičnih kompetenci, manifestovao je koeficijente validnosti od .62 i veće (Beavers, 1989). Studija koju su realizovali Hampson i sar. (Hampson et al., 1996) ukazuje na visoke korelacije samoprocene i procene opserversa (.71).

Kada je u pitanju hipotetička valjanost, skala porodičnih kompetenci ovog modela visoko je korelirala sa drugim merama opšte bračne i porodične prilagođenosti, uključujući a) DAS ( $r = .44$ )(Spanier, 1976) b) Opštu skalu porodičnog funkcionisanja u okviru Mekmasters modela ( $r = .87$ )(Miller et al., 1994) i Skalu porodične kohezivnosti ( $r = .82$ )(Olson, 1986). Porodične kompetence procenjene putem Biversovog inventara interakcionih kompetenci, visoko su korelirale sa primenjenim upitnicima ( $r = .44$  sa DAS,  $r = .71$  sa skalom opšte funkcionalnosti upitnika FAD). U diskriminantnoj analizi, set varijabli dobijenih putem Biversovog instrumenta, korektno je klasifikovao 91% porodicu

iz kliničke i nekliničke populacije. Za supskalu kohezivnosti utvrđene su korelacije od .67 sa odgovarajućom skalom upitnika FACES III (Beavers & Hampson, 1990; Olson, 1986).

Osim prethodno navedenog, u pogledu hipotetičke valjanosti instrumenta, Hampson i Bivers (Beavers & Hampson, 1990) utvrdili su jasnu razliku porodica sa shizofrenim članom (preovlađujući disfunkcionalni centripetalni obrazac) u odnosu na porodice sa članom sa graničnim poremećajem ličnosti (preovlađujući disfunkcionalni centrifugalni obrazac).

Procenjujući prediktivnu valjanost instrumenta, Hampson i Bivers (Beavers & Hampson, 1993) tokom dve ekstenzivne studije, pratili su efekat primenjenog tretmana i utvrdili pomoću multiple regresione analize da su prediktori povoljnog ishoda broj sesija: opserverova procena porodične kompetentnosti, opserverova procena porodičnog stila, samoprocena kompetentnosti klijenata i terapeutova procena nivoa partnerstva koju članovi porodice manifestuju.

- SKINEROV UPITNIK ZA PROCENU PORODIČNOG FUNKCIONISANJA, VERZIJA III (Family Assessment Measure, Version III - FAM-III) (Skinner et al., 1983)

Upitnik za procenu porodičnog funkcionisanja baziran je na modelu Porodičnih procesa (Skinner et al., 1983).

Upitnik je namenjen samoproceni svih članova porodice, koji su stariji od 10 godina.

Razvijen je i validiran u pogledu njegove sposobnosti da diskriminiše oblasti porodičnih rizika i reziljenci, te se putem njega dobijaju kvantitativni pokazatelji snaga i slabosti porodice.

Upitnik čine:

1. OPŠTA SKALA (General Scale) – fokus je postavljen na porodicu kao celinu. Nivo zdravlja ili patologije u porodici posmatra se i definiše iz sistemske perspektive.

2. SKALA DIJADNIH RELACIJA (Dyadic Relationship Scale) – pomoću nje procenjujemo odnose ciljnih parova u porodici.



3. SKALA SAMOPROCENE – (Self-Rating Scale) daje podatke o subjektivnoj percepciji klijentovog funkcionisanja unutar porodice.

Svaka od skala „pokriva“ šest dimenzija modela, a to su Dostizanje ciljeva, Komunikacija – uključujući i Emocionalnu ekspresiju, Izvođenje porodičnih uloga, Emocionalna uključenost, Kontrola i Vrednosti i norme. Opštoj porodičnoj skali pridodate su podskala Socijalne poželjnosti i podskala Defanzivnosti.

Praktično, pitanja istog sadržaja postavljaju se u okviru svake od skala. Razlika u pitanjima po skalama sastoji se u tome da su ona prilagođena poziciji iz koje se procenjuje porodično funkcionisanje.

Normativni podaci (Skinner et al., 2000) bazirani su na uzorku od 247 odraslih osoba i 65 adolescenata iz nekliničke populacije.

U pogledu relijabilnosti, koeficijent (Cronbach's  $\alpha$ ):

– za odrasle iznosi .93 za opštu skalu, .95 za skalu dijadnih relacija i .89 za skalu samoprocene;

– za adolescente iznosi .94 za opštu skalu, .94 za skalu dijadnih relacija i .86 za skalu samoprocene.

Test-retest pouzdanosti ovog instrumenta, procenjena je na uzorku od 138 porodica iz opšte populacije sa slobodnim intervalom od dvanaest dana između dva testiranja (Shekter-Wolfson & Woodside, 1990). Ispitanici su imali za cilj da procene prošlo porodično funkcionisanje (proteklih nedelju dana). Medijana test-retest relijabilnosti iznosila je .57 za majke, .56 za očeve i .66 za decu.

U okviru studija validnosti, izdvaja se nekoliko grupa istraživanja usmerenih na ocenu hipotetičke valjanosti instrumenta:

1. Poređenjem porodica sa ocem alkoholičarom, depresivnim ocem i porodica iz nekliničke populacije (Jacob, 1991), utvrđene su značajne razlike porodica iz kliničke sa porodicama iz nekliničke populacije, ali ne i između navedene dve kategorije porodica iz kliničke populacije. Porodice iz kliničke populacije prvenstveno saopštavaju o problemima u oblasti izvođenja uloga i emocionalne uključenosti, dok su porodice iz nekliničke populacije sklonije da

sebe predstavljaju u socijalno poželjnom svjetlu i pri tome su u izvesnoj meri defanzivne. Forman (Forman, 1988) je utvrdio značajne razlike na svim dimenzijama modela među porodicama sa distresom i porodicama bez kliničkih manifestacija.

2. Jakob (Jacob, 1995), uzorku majki iz srednje klase zadaje FAM-III, zajedno sa tri druge mere porodičnog funkcionisanja (Skala za procenu porodične adaptabilnosti i kohezivnosti (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)); Skala za procenu porodične sredine (Family Environment Scale (FES)); Upitnik za procenu porodice (Family assessment Device (FAD))). Utvrdio je visoke korelacije dimenzije kohezivnosti, ali niske korelacije dimenzije adaptabilnosti sa odgovarajućim merama upitnika, koje je upotrebio za procenu valjanosti. Dakle, sa upitnikom FES korelacije su bile visoke kada su u pitanju dimenzije kohezivnost i konflikti, umerene sa izražajnošću, intelektualno-kulturološkom orijentacijom, aktivno-rekreativnom orijentacijom i organizacijom, a gotovo nezatne sa nezavisnošću, orijentacijom ka postignuću, moralno-religioznom orijentacijom i kontrolom. Sa dimenzijama procenjenim upitnikom FAD, sve korelacije su bile visoke i značajne.

3. Šekter-Volfson i Vudsajd (Shekter-Wolfson & Woodside, 1990) pomoću upitnika, pratili su porodičnu terapiju porodica sa članovima obolelim od anoreksije i bulimije (test-retest dizajn) i utvrdili su značajne promene u pogledu uverenja porodica u mogućnost promene i poboljšanja i unapređenja porodičnih odnosa u budućnosti. Trute i sar. (Trute et al., 1988) takođe su putem upitnika pratili efektivnost primenjenog tretmana i kod 64% porodica utvrdili značajno poboljšanje u funkcionisanju. Vudsajd i saradnici (Woodside et al. 1995a, 1995b) pomoću upitnika su registrovali poboljšanje porodičnog funkcionisanja porodica, sa članom obolelim od bulimije. Pri tome, skala dijadnih relacija pokazala se najsenzitivnijom u registrovanju pozitivnih promena tokom psihoterapijskog procesa.

## 7. GENOGRAM

Genogram, kao *metod*, jeste složeni postupak eksploracije porodične strukture i funkcionisanja sa dijagnostičkom, terapijskom, istraživačkom i/ili edukativnom svrhom (Srna, 2003).

Pri izradi genograma izabranih porodica, rukovodili smo se preporukama Komiteta za standardizaciju genograma, oformljenog 80-tih godina pri Severnoameričkoj grupi za istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (McGoldric et al., 1999).

U fokusu genograma je “identifikovani pacijent“ i svi preostali detalji unose se tako da budu u relaciji s njim.

Strukturu i sadržaj *genogramskog intervjua*, kao metoda prikupljanja podataka potrebnih za konstrukciju genograma, čine:

#### *I mreža informacija o porodici*

Ona obuhvata relevantne informacije o porodici i širem porodičnom kontekstu i prostire se u nekoliko različitih pravaca:

- od aktuelnog problema ka širem kompleksu problema,
- od neposrednog okruženja (nuklearne porodice) ka širem porodičnom okruženju (primarne porodice roditelja, proširene porodice, porodice porekla) i socijalnoj sredini,
- od aktuelne porodične situacije ka hronologiji porodice i istorijskom okviru,
- od jednostavnih, neuznemiravajućih pitanja do emocionalno veoma provokativnih pitanja,
- od očiglednih činjenica do hipoteza u vezi sa porodičnim obrascima i relacijama.

#### *II informacije o postojećem problemu i neposrednom porodičnom okruženju*

Obično se počinje od relacija u neposrednom porodičnom okruženju u kojem se problem pojavljuje, a potom se u ispitivanju ide ka celokupnom kontekstu relacija i obrazaca povezanih sa problemom.

#### *III podaci o socio-demografskim odlikama, etničkoj i kulturološkoj istoriji porodice*

Oni su veoma važni za razumevanje aktuelnog problema, odnosno relevantnih karakteristika porodice i aktuelnih relacija u porodičnom kontekstu i omogućavaju ocenu stavova porodice i ponašanja, koja su pod tom vrstom uticaja.

#### *IV podaci o vezama porodice sa svojim socijalnim okruženjem.*

Uključuju podatke o važnim ličnostima u životu članova porodice, posebno identifikovanog pacijenta, koji nisu biološko-legitimni članovi porodice (o kumovima, učiteljima, susedima, prijateljima, sveštenicima, doktorima i slično). Takođe, podaci od interesa su i oni o pobačajima, abortusu, mrtvorodenčadi, usvojenoj deci, hraniteljstvu...

#### *IV praćenje porodičnih procesa*

Tiču se specifičnih obrazaca adaptacije na stresogene ili traumatogene događaje (rođenja, smrti i druge tranzicije), ili pak maladaptiranosti koje porodica ispoljava u vezi sa njima.

#### *V pitanja u vezi sa različitim aspektima funkcionisanja individue ili jedinice (dijade, trijade) koja je u fokusu genograma*

Potrebno je ispitati da li postoje određene tegobe, teškoće ili oformljena simptomatologija i koje su snage i slabosti određene osobe.

Važni klasteri informacija u okviru ovoga bloka, jesu podaci o značajnim problemima i oboljenjima članova porodice, u pogledu somatskog i/ili psihološkog zdravlja, o destabilizacionom potencijalu tih problema po identifikovanog pacijenta, podaci o zaposlenosti članova porodice, kao i o tome kako se nezaposlenost ili zaposlenost reflektuju na njih, podaci o finansijskoj situaciji (visina prihoda, moguće poteškoće u smislu nesklada potrebnog i ostvarenog, stabilnost prihoda), podaci o drogama i alkoholu, podaci o eventualnim problemima sa zakonom i podaci o fizičkom ili seksualnom zlostavljanju.

#### *V procena hijerarhije moći*

Prilikom procene raspodele moći u porodici, nužno je proceniti ko rukovodi donošenjem odluka, ko rukovodi raspodelom novca, na koji način se generišu i razrešavaju konflikti i kakav je stav svakog partnera prema nasilju ili zlostavljanju u braku.

## Organizacija podataka

To je najkompleksniji aspekt genogramske procene, jer je obilje podataka potrebno organizovati po prioritetu i smisleno sažeti. Stoga, autori preporuka za standardizaciju genograma nude sledeći model pregleda i analize podataka, dobijenih genogramskim intervjuom:

1. traga se za ponavljanim simptomima, odnosima ili obrascima funkcionisanja u porodici tokom generacija (utrougljavanje, koalicije, *cut off*);
2. posmatraju se koincidencije datuma (na primer, godina propijanja roditelja i početak problema u ponašanju deteta);
3. procena efekata promena u porodici uopšteno, a posebno neuvremenjenih promena u životnom ciklusu porodice;
4. pregled nedostajućih, suprotstavljenih i neusaglašenih informacija u vezi sa važnim članovima porodice ili događajima (često ukazuju na afektivno šaržirane aspekte porodičnog funkcionisanja, odnosno događaje);
5. pregled važnih aspekata porodične strukture – sastav domaćinstva, sibling konstelacije, neuobičajene porodične konfiguracije (multipli ponovni brakovi, triangulacije), deca odrasla u multiplim porodicama (adopcija, hraniteljstvo i sl.).

## Konstrukcija genograma

Potrebno je da podaci budu dobro organizovani, jasno prikazani i omogućće brz i informativan pregled relevantnih aspekata porodične strukture i funkcija.

Genogramski prikaz treba da sadrži sledeće informacije:

- *prikazivanje osoba* – mesto rođenja, godina rođenja, prihod člana porodice, zanimanje, edukativni nivo, zdravstveni status (ozbiljna duševna ili telesna oboljenja, obrasci pijenja alkoholičara), emocionalno funkcionisanje – (labilnost, impulsivnost), socijalno funkcionisanje (prekršajne, krivične prijave), profesionalno funkcionisanje (apsentizam, gubici, promene posla), godina smrti; za podatke postoji jasno predviđeno mesto gde treba da budu upisani – na primer, tekuća godina ili godina smrti treba da budu upisani u okviru

simbola, godina rođenja iznad levo, a godina smrti iznad desno u odnosu na oznaku ispitanika;

– *prikazivanje porodične dinamike* – ponavljanje obrazaca ponašanja (npr. alkoholizam, fizičko nasilje, suicidi), transgeneracijsko praćenje obrazaca snaga i slabosti, porodični odnosi i pravila, prisustvo *cut off* obrazaca, dominacija u relacijama, enormno fokusiranje, patološke forme relacija (hostilne, zavisne i sl.); ovaj deo genograma pretpostavlja ucrtavanje relacija;

– *utvrđivanje hronologije na individualnom nivou* – obrasci funkcionisanja, tranzicije, pojava simptoma, koincidencije životnih događaja;

– *utvrđivanje hronologije na nivou porodice* – lociranje porodice u istorijskom okviru, markiranje socijalnih, ekonomskih i političkih činjenica.

U našem istraživanju genogram je primenjen sa dijagnostičko-edukativnom svrhom. Dakle, mapiranje porodične strukture i odnosa ovom metodom sa porodicom iz kliničke populacije realizovano je tokom psihoterapijskog rada. Potom je iz nekliničkog uzorka izabrana odgovarajuća porodica u pogledu sastava, strukture, životne dobi, a približno i obrazovnog nivoa članova. Izvršeno je poređenje genogramskih prikaza ove dve porodice sa ciljem da se ukaže na osnovne razlike porodica iz kliničke i nekliničke grupe sa osvrtom na transgeneracijski prenos alkoholizma.

## 8. UPITNIK VASPITNIH STILOVA

Upitnik vaspitnih stilova autorke Marije Mitić (Mitić, u pripremi) namenjen je proceni dominantnog vaspitnog stila (demokratski, autokratski, liberalni i odbacujući) u ključnim oblastima porodičnog funkcionisanja.

S obzirom na to da je u pitanju nova skala, koja do sada nije primenjivana na našoj populaciji, njene metrijske karakteristike aktuelno su u fazi provere.

## 9. INVENTAR LIČNIH REAKCIJA (ILR)

U pitanju je Tenjovićeva modifikacija Marlou-Kraun skale (Marlowe-Crowne) koja je namenjena proceni sklonosti ispitanika da daju socijalno poželjne odgovore. Sastoji se od dvadeset tvrdnji, sa odgovorima dihotomnog

tipa. Veći skor na skali ukazuje i na veću sklonost ka davanju socijalno poželjnih odgovora.

S obzirom na to da je u pitanju modifikacija skale, njene metrijske karakteristike aktuelno su u fazi provere.

### **3.7. VREMENSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA**

Istraživanje je realizovano u periodu od 2009. do 2012. godine.

### **3.8. UZORAK**

Prilikom sastavljanja uzorka, nastojali smo da ujednačimo porodice po varijablama koje, na osnovu podataka iz dostupnih istraživanja, pokazuju korelaciju sa varijablama porodičnog funkcionisanja. To su bili: struktura porodice, životna dob, pol i dostignut obrazovni nivo ispitanika.

Sam proces prikupljanja porodica iz kliničkog konteksta, svakako nije bio invarijantan na uticaj savremenih trendova u lečenju alkoholizma. Pri tome, prevashodno mislimo na progresivno umanjenje broja potpunih porodica koje su se javljale na lečenje (Lažetić, Mladenović, Svetozarević, i Ćorić, 2011). Stoga su u istraživanju učestvovalе porodice koje su bile uključene u porodičnu terapiju alkoholizma na:

- Klinici za bolesti zavisnosti Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu,
- B odeljenju neuropsihijatrije Opšte bolnice »Dr Radivoj Simonović« u Somboru,
- Odeljenju za lečenje zavisnosti od alkohola Specijalne psihijatrijske bolnice „Dr Slavoljub Bakalović” u Vršcu,
- Savetovalištu za alkoholizam Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti u Beogradu,
- Savetovalištu za odrasle Doma zdravlja Zemun.

U svim navedenim ustanovama, lečenje se odvija prema postulatima Beogradskog ekosistemskog bio-psiho-socijalnog modela (Gačić, 1978). Model je 60-tih godina ponikao na Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu, a potom

se, usled svoje sveobuhvatnosti i kulturološke podesnosti, proširio na sve institucije u našoj zemlji, koje se bave lečenjem zavisnosti od alkoholizma.

Imajući na umu značajnost efekata kulturološkog zaleđa na porodično funkcionisanje, u sastavljanju kontrolne grupe učestvovala su porodice izjednačene prema navedenim kriterijumima, iz istih mesta odakle su poticale i porodice iz kliničkog uzorka.

U vezi sa tačkom u lečenju, na kojoj smo regrutovali alkoholičarske porodice, uključivali smo ih neposredno nakon što su savladale teorijske aspekte psihoedukativnog programa, koji se sprovodi u navedenim bolničkim jedinicama. Za uključivanje porodica u istraživanje neposredno nakon polaganja teoretskih osnova alkoholizma<sup>10</sup>, opredelili smo se iz sledećih razloga:

- porodice tada pretežno prebrode prve krize porodičnog sistema i odlučuju da ostanu u lečenju;
- tada već poseduju dovoljno znanja da mogu prepoznati bazične pokazatelje zavisnosti od alkoholizma, kao i njegove posledice;
- otpori alkoholičara i članova njihovih porodica u pogledu prepoznavanja i saopštavanja tih posledica, u dovoljnoj meri su redukovani;
- to je isuviše kratak period da se ostvare psihoterapijom pokrenute izmene porodične strukture, dinamike i funkcija, što bi uticalo i na sliku o funkcionisanju alkoholičarskih porodica, koju smo nameravali da proučimo.

Istraživanjem je inicijalno obuhvaćeno 59 porodica iz kliničkog i 54 porodice iz nekliničkog konteksta. Nakon isključivanja nepopunjenih i nevalidnih upitnika, taj broj je sveden na 50 porodica iz kliničkog i isti broj porodica iz nekliničkog uzorka.

U istraživanju su učestvovala i deca iz alkoholičarskih porodica i kontrolne grupe, koja su ispunjavala specifične zahteve pojedinih tehnika, u pogledu životne dobi. To je bila starosna granica iznad koje se pretpostavljalo da

---

<sup>10</sup> Prema postulatima Beogradskog ekosistemskog bio-psiho-socijalnog pristupa, prvih par nedelja pacijenti i saradnici uče o osnovama nastanka, razvoja i održavanja alkoholizma, da bi potom pred terapijskom zajednicom polagali ispit iz te materije.



ispitanici razumeju ajteme i u stanju su da daju primerene i smislene odgovore na njih. Za granicu smo izabrali gornju od predviđenih (12 godina) u okviru primenjenih tehnika porodičnog funkcionisanja (Olson, 2008).

S obzirom na to da je to značilo i učešće maloletnih ispitanika u istraživanju, uz nesebičnu pomoć Etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, koncipiran je informisani pristanak kako za roditelje, tako i za decu koja učestvuju u istraživanju.

Na konačnu odluku o izboru ispitanika koje smo uključili u analizu, uticao je red rođenja deteta. Naime, Salivenovo učenje o značaju ovog činioca za određenje detetove životne pozicije (Sullivan,1996) jedan je od važnih postulata porodične psihologije i porodične terapije. Red rođenja deteta određuje sistem obrazaca i odnosa koji obuhvataju prirodu povratnih uticaja deteta i roditelja, očekivanja članova porodice od njega i načine kako im izlazi u susret, odnose drugih članova porodice prema njemu i njegove odnose prema drugim članovima i njegove uloge u sistemu porodičnih uloga. No pre svega, a za naše istraživanje veoma bitno, redosled rođenja deteta značajno utiče na to kako ono vidi svoju porodicu. Usled pobrojanih razloga, u istraživanje smo uključili prvorođenu decu iz ispitivanih porodica.

U skladu sa prethodno iznetim postavkama, dobijen je uzorak sledeće strukture:

Tabela 1: Struktura kliničke grupe i nekliničkog uzorka po broju uključenih ispitanika, uzrastu i polu

Pozicija ispitanika u porodici	Klinički uzorak	Kontrolna grupa
	Broj ispitanika	
Očevi	50	50
Majke	50	50
Deca	40	45

Pozicija ispitanika u porodici	Klinički uzorak	Kontrolna grupa
	Prosečna životna dob	
Očevi	48,86	48,88
Majke	46,04	45,92
Deca	22,82	23,06

Pol dece	Klinički uzorak	Kontrolna grupa
	Učestalost	
Muški	18 (45,00%)	20 (44,44%)
Ženski	22 (55,00%)	25 (55,56%)

### **3.9. OBRADA PODATAKA**

#### **I DESKRIPTIVNA STATISTIKA**

- za kvalitativne varijable – izračunavanje frekvencija i procenata;
- za kvantitativne varijable – izračunavanje aritmetičkih sredina i standardnih devijacija.

#### **II MULTIVARIJANTNA ANALIZA VARIJANSE**

- testiranje značajnosti razlika grupa porodica u pogledu ispitivanih dimenzija porodičnog funkcionisanja;

#### **III KANONIČKA DISKRIMINACIONA ANALIZA**

- utvrđivanje setova varijabli koje predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti.

#### **IV MULTIPLA REGRESIONA ANALIZA**

- ocena efekata sklonosti ispitanika ka davanju socijalno poželjnih odgovora na izabrane dimenzije porodičnog funkcionisanja, uključujući i vaspitne stilove.

#### **V DVOFAKTORSKA ANALIZA VARIJANSE**

- utvrđivanje razlika između grupa porodica u pogledu slaganja pojedinih članova porodice u proceni funkcionisanja porodice.

## 4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

### 4.1. OPŠTI PODACI O ALKOHOLIZMU

#### 4.1.1. SOCIO-DEMOGRAFSKA OBELEŽJA PORODICA

Preliminarni korak u analizi dobijene istraživačke građe, u skladu sa načelima izbora porodica kontrolne grupe, sastojao se u analizi razlika dve grupe u pogledu socio-demografskih obeležja numeričkog i kategoričkog tipa.

Kada su u pitanju socio-demografske varijable numeričkog tipa, razlike dve grupe (kliničke i kontrolne), testirane su T testom za nezavisne uzorke.

Utvrđeno je da se dve grupe ispitanika ne razlikuju značajno u pogledu *prosečne životne dobi* (prilog 1, tabela 37, str. 187).

Analiza je pokazala da se statistički značajna razlika javlja kod *broja članova porodice* ( $t = -2.839$ ,  $df = 283$ ,  $p = .005$ ) i *broja dece u porodici* (granična značajnost –  $t = -1.955$ ,  $df = 283$ ,  $p = .052$ ), takva da u kontrolnoj grupi postoji nešto veći broj članova porodice i broj dece u porodici u proseku.

Tabela 2: Deskriptivni pokazatelji varijabli broj članova porodice i broj dece u porodici

Varijabla	Grupa	AS	SD	SE
Broj članova porodice	Klinički uzorak	3.8429	.84199	.07116
	Kontrolna grupa	4.1379	.90998	.07557
Broj dece u porodici	Klinički uzorak	2.8071	.61042	.05159
	Kontrolna grupa	2.9379	.51668	.04291

Kada su u pitanju socio-demografske varijable kategoričkog tipa, Hi kvadrat testom je testirana povezanost grupne pripadnosti s tim obeležjima.

*Pol* ispitanika nije pokazao statistički značajnu povezanost sa grupnom pripadnošću (klinički uzorak i kontrolna grupa) (prilog 1, tabela 38, str. 187).

U pogledu dostignutog *stepena obrazovanja*, ispitanici su se podjednako distribuirali u obe grupe (prilog 1, tabela 39, str. 187).

U kontrolnoj grupi bilo je nešto više *porodica s jednim biološkim roditeljem* (ponovni brak), ali ne u meri da razlika učestalosti dostigne nivo statističke značajnosti (prilog 1, tabela 40, str. 187).

*Bračno stanje* ispitanika, takođe se podjednako distribuiralo u obe grupe. Dakle, u kliničkoj grupi i nekliničkom uzorku, registrovan je podjednak broj ispitanika koji nisu udavani/ženjeni, koji su razvedeni ili su u formalnom braku a pred razvodom, udovaca/udovica, ispitanika u braku kojima je ovo prvi brak, ispitanika u braku kojima to nije prvi brak, onih koji žive nevenčani, kao i stalnih partnera koji žive odvojeno (prilog 1, tabela 41, str. 188).

Broj prvorođene dece koja su uključena u analizu, a koja su zasnovala sopstvene porodice, bio je podjednako distribuiran po grupama (prilog 1, tabela 42, str. 188).

Kada je analiziran *sastav domaćinstva* ispitanika, utvrđeno je da se statistički značajna povezanost grupne pripadnosti javlja sa varijablom koja definiše s kim trenutno žive ispitanici (Hi kvadrat = 14.877<sup>a</sup>, df = 7, p = .038, koeficijent kontigencije = .223). Povezanost je takva da u kontrolnoj grupi ima više ispitanika koji su naveli opciju “nešto drugo” da bi kvalitativna analiza ukazala na to da su to, uglavnom, bili student ili deca koja odvojeno žive od primarnih porodica, a da pri tome nisu zasnovala svoje sekundarne porodice (prilog 1, tabela 43, str.188).

Analiza je pokazala da se statistički značajna povezanost grupne pripadnosti javlja i s varijablom *mesečnog prihoda porodice* (Hi kvadrat = 11.973<sup>a</sup>, df = 3, p = .007, koeficijent kontigencije = .201). Povezanost je takva da u kliničkom uzorku ima nešto više porodica s ukupnim mesečnim prihodom ispod 50.000,00 dinara, što je prosečno 6.500,00 dinara po članu domaćinstva. U kliničkom uzorku ima i manje porodica s prihodima preko 150.000,00 dinara (prilog 1, tabela 44, str. 189). Izraženo u mesečnim prihodima po članu domaćinstva, to je prosečno 16.090,00 dinara za klinički uzorak, a 24.529,00 dinara za kontrolnu grupu.

#### **4.1.2. SPECIFIČNA OBELEŽJA ALKOHOLIZMA**

##### **4.1.2.1. DISFUNKCIJE, POREMEĆAJI I OBOLJENJA ČLANOVA PORODICA**

Potencijalne posledice alkoholizma razmatrane su iz pozicija lične (somatske i psihološke), porodične, profesionalne i socijalne disfunkcionalnosti »identifikovanog pacijenta«, kao i iz pozicija psihološke i somatske problematike članova njihovih porodica.

Liste indikatora disfunkcija, poremećaja i oboljenja koji mogu biti dovedeni u vezu sa alkoholizmom, sastavljeni su na osnovu relevantne literature (Lažetić, 2011; Nastasić, 2011). U oba uzorka registrovano je prisustvo, odnosno odsustvo navedene problematike, nevezano za njen uzrok.

Hi kvadrat testom testirana je povezanost grupne pripadnosti (kliničke i kontrolne) sa više varijabli koje se odnose na problematiku iz navedenih oblasti. Izuzetak čine problemi kod dece, gde je primenjen nivo merenja dopustio da razliku između kliničkog uzorka i nekliničke grupe, ispitamo primenom t testa.

##### **4.1.2.2. PSIHOLOŠKE TEGOBE I TEŠKOĆE I KARAKTERNE IZMENE OČEVA**

Analiza je pokazala da je statistički značajna povezanost grupne pripadnosti takva da su u kliničkom uzorku znatno učestaliji gotovo svi ispitivani indikatori psiholoških teškoća i tegoba.

Dakle, u kliničkom uzorku ima više alkoholičara koji su imali, ili još uvek imaju, tegobe iz spektra anksioznosti i depresivnosti, kao i probleme sa spavanjem. Zatim, onih koji su izvestili o gubitku interesovanja, pasivizaciji i uvećanoj zavisnosti od drugih i intoleranciji na frustracije. U uzorku alkoholičara bilo je više onih koji su sebe prikazali kao nesigurne, centrirane na sopstvene potrebe, socijalno i emocionalno nezrele, sa nedostatkom samodiscipline i sklone površnom odnosu s ljudima.

Tabela 3: Raspodela učestalosti varijabli iz domena psiholoških poteškoća očeva, koje su pokazale značajnu povezanost sa grupnom pripadnošću

Psihološke poteškoće očeva	Grupa	n
Gubitak interesovanja	Klinički uzorak	22
	Kontrolna grupa	0
Pasivnost i zavisnost	Klinički uzorak	8
	Kontrolna grupa	0
“Kratak fitilj”	Klinički uzorak	21
	Kontrolna grupa	0
Nesigurnost	Klinički uzorak	14
	Kontrolna grupa	0
Depresivnost	Klinički uzorak	24
	Kontrolna grupa	3
Anksioznost	Klinički uzorak	29
	Kontrolna grupa	1
Poremećaj spavanja	Klinički uzorak	29
	Kontrolna grupa	3
Socijalna i emocionalna nezrelost	Klinički uzorak	15
	Kontrolna grupa	0
Nedostatak samodiscipline	Klinički uzorak	27
	Kontrolna grupa	1
Negativan i kolebljiv stav prema autoritetima	Klinički uzorak	18
	Kontrolna grupa	1
Egocentrizam	Klinički uzorak	17
	Kontrolna grupa	0
Površan odnos prema ljudima	Klinički uzorak	17
	Kontrolna grupa	0

Mera povezanosti grupne pripadnosti sa psihološkim poteškoćama očeva, kretala se od ,283 za pasivizaciju i uvećanje zavisnosti (za Hi kvadrat = 8,696, df = 1 i p = ,003) do ,521 za anksioznost (za Hi kvadrat = 37,333, df = 1 i p = ,000) (detaljan prikaz utvrđenih značajnih povezanosti sa merama asocijacije, dat je u prilogu br. 1, tabela 45).

Napadi panike sa agorafobijom, neiskrenost i zloupotreba/zavisnost od kocke, bili su, iako zastupljeni samo u poduzorku alkoholičara, nedovoljno učestali da bi u statističkom smislu dostigli značajnu asocijaciju sa grupnom pripadnošću. Značajnim se čini i podatak da je zloupotreba droge bila podjednako učestala u obe grupe (prilog 1, tabela 46, str. 189).

#### 4.1.2.3. TELESNE DISFUNKCIJE I OBOLJENJA OČEVA

Analiza je pokazala da je statistički značajna povezanost grupne pripadnosti takva da su u kliničkom uzorku znatno učestaliji gotovo svi ispitivani indikatori somatskog statusa.

Tabela 4: Raspodela učestalosti varijabli karijes, proširene vene jednjaka, degeneracija jetre, dijabetes, pothranjenost i gojaznost

Telesni status	Grupa	n
Karijes	Klinički uzorak	33
	Kontrolna grupa	5
Proširene vene jednjaka	Klinički uzorak	4
	Kontrolna grupa	0
Degeneracija jetre	Klinički uzorak	21
	Kontrolna grupa	0
Dijabetes	Klinički uzorak	5
	Kontrolna grupa	0
Gojaznost	Klinički uzorak	5
	Kontrolna grupa	0
Pothranjenost	Klinički uzorak	8
	Kontrolna grupa	2

Mera povezanosti grupne pripadnosti sa telesnim disfunkcijama i oboljenjima očeva kretala se od ,196 za pothranjenost (za Hi kvadrat = 4,000, df = 1 i p = ,046) do ,500 za karijes (za Hi kvadrat = 33,277, df = 1 i p = ,000) (detaljan prikaz utvrđenih značajnih povezanosti sa merama asocijacije, dat je u prilogu 1, tabela 47, str. 190).

Kao podjednako učestali, odnosno nedovoljno izraženi da bi se značajno razlikovale grupe u tom pogledu, izdvojili su se arterosklerozna, ulkusna bolest, epilepsija (prilog 1, tabela 48, str. 190).

#### **4.1.2.4. BRAČNI I PORODIČNI PROBLEMI**

Analiza je pokazala da se statistički značajna povezanost grupe javlja sa, izuzev varijable preljuba (prilog 1, tabela 49, str. 190), svim preostalim varijablama iz ovog domena.

Povezanost je takva da u kliničkom uzorku ima više tajni i dogovora “iza leđa”, u njemu su češće okolnosti pri kojima se ne zna ko šta radi, ko odlučuje, a ko odgovara, supruga je učestalije u poziciji “glave kuće”, bračni partneri se udaljavaju, učestaliji su “crni fondovi” i, kao najdramatičniji obrazac porodične problematike, verbalni i fizički sukobi.

Tabela 5: Raspodela učestalosti bračnih i porodičnih problema

Bračni i porodični problemi	Grupa	n
Tajne, dogovori iza leđa	Klinički uzorak	20
	Kontrolna grupa	0
Ne zna se ko šta radi, ko odlučuje, ko odgovara	Klinički uzorak	17
	Kontrolna grupa	2
Supruga "glava kuće"	Klinički uzorak	19
	Kontrolna grupa	3
Udaljavanje bračnih partnera	Klinički uzorak	28
	Kontrolna grupa	2
"Crni fondovi"	Klinički uzorak	17
	Kontrolna grupa	3
Preljuba	Klinički uzorak	1
	Kontrolna grupa	0
Verbalni sukobi	Klinički uzorak	35
	Kontrolna grupa	4
Fizički sukobi	Klinički uzorak	12
	Kontrolna grupa	1

Mere povezanosti grupne pripadnosti kretale su se od ,536 za verbalne sukobe (za Hi kvadrat = 40,935, df = 1 i p = ,000) do 0,311 za fizičke sukobe u porodici (za Hi kvadrat = 10,698, df = 1 i p = ,001) (detaljan prikaz utvrđenih značajnih povezanosti sa merama asocijacije, dat je u prilogu 1, tabela 50, str. 190).

#### 4.1.2.5. PROFESIONALNI PROBLEMI OČEVA

Analiza je pokazala da je statistički značajna povezanost grupne pripadnosti takva da u kliničkom uzorku ima više alkoholičara koji su odsustvovali s posla, čiji se rad odlikovao padom produktivnosti, profesionalnim greškama i materijalnim gubicima, kao i onih koji su se verbalno i fizički sukobljavali na svom radnom mestu.

Tabela 6: Raspodela učestalosti varijabli apsentizam, pada produktivnosti s profesionalnim greškama i materijalnim gubicima, verbalnih i fizičkih sukoba

Profesionalni problemi očeva	Grupa	n
Apsentizam	Klinički uzorak	18
	Kontrolna grupa	0
Pad produktivnosti, profesionalne greške, materijalni gubici	Klinički uzorak	17
	Kontrolna grupa	3
Verbalni sukobi	Klinički uzorak	18
	Kontrolna grupa	3
Fizički sukobi	Klinički uzorak	5
	Kontrolna grupa	0



Mere povezanosti grupne pripadnosti sa profesionalnim problemima, kretale su se od ,424 za apsentizam (za Hi kvadrat = 21,951, df = 1 i p = ,001) do ,224 za fizičke sukobe (za Hi kvadrat = 5,263, df = 1 i p = ,022) (detaljan prikaz utvrđenih značajnih povezanosti sa merama asocijacije, dat je u prilogu 1, tabela 51, str. 191).

Varijable nezaposlenost, rad na manje kvalifikovanoj poziciji, izricanje disciplinskih mera i povreda na radu, nisu pokazale značajnu povezanost sa grupnom pripadnošću (prilog 1, tabela 52, str. 191).

#### 4.1.2.6. SOCIJALNI PROBLEMI OČEVA

Analiza je pokazala da je statistički značajna povezanost grupne pripadnosti takva da u kliničkom uzorku ima više alkoholičara koji su imali saobraćajne nesreće, finansijski se zaduživali, kao i onih koji su se verbalno i fizički sukobljavali u širem socijalnom okruženju.

Tabela 7: Raspodela učestalosti varijabli saobraćajne nesreće, verbalni i fizički sukobi u širem socijalnom okruženju i dužništvo

Teškoće u socijalnom funkcionisanju	Grupa	n
Saobraćajne nesreće	Klinički uzorak	12
	Kontrolna grupa	1
Verbalni sukobi	Klinički uzorak	18
	Kontrolna grupa	2
Fizički sukobi	Klinički uzorak	6
	Kontrolna grupa	1
Finansijsko zaduživanje	Klinički uzorak	12
	Kontrolna grupa	4

Mera povezanosti grupne pripadnosti sa teškoćama u socijalnom funkcionisanju, kretala se od ,192 za fizičke sukobe (za Hi kvadrat = 16,000, df = 1 i p = ,000) do ,371 za verbalne sukobe (za Hi kvadrat = 5,263, df = 1 i p = ,022) (detaljan prikaz utvrđenih značajnih povezanosti sa merama asocijacije, dat je u prilogu 1, tabela 53, str. 191).

Vožnja u alkoholisanom stanju nije pokazala značajnu povezanost sa grupnom pripadnošću (prilog 1, tabela 54, str. 191).

#### 4.1.2.7. RAZVOJ ALKOHOLIZMA

Alkoholizam u svojoj genezi prolazi kroz četiri faze, od kojih svaka ima svoje specifične indikatore (Lažetić, 2011). To su:

- *faza umerenog pijenja* – gde alkoholičar pije alkoholna pića povremeno, u posebnim prilikama (rođendani, proslave), ali je u stanju da spontano apstinira i ne ispoljava pokazatelje neke od formi alkoholne zavisnosti;
- *training faza* – kao što joj i naziv govori, to je faza u kojoj se organizam alkoholičara postepeno privikava na sve veće količine alkoholnih pića, alkoholičar pije sve učestalije i količinski sve više, ali i dalje je u stanju da prekine pijenje, bez posebnih tegoba i teškoća;
- *predtoksikomanska faza* – u njoj već postoje znaci *psihološke zavisnosti*; alkoholičar poseže za alkoholom u većini situacija kada je napet, neraspoložen i slično, a takođe se javlja i fenomen *porasta tolerancije*, odnosno alkoholičaru su potrebne sve veće količine alkohola da bi postigao prethodni efekat;
- *toksikomanska faza* – nju odlikuju: *pad tolerancije* – sa sve manjom količinom alkohola, postiže se prethodni efekat; *gubitak kontrole nad umerenim pijenjem* – uzimanje jednog pića po automatizmu, vodi ka nastavljanju pijenja, sve do potpunog opijanja; *alkoholne amnezije* – sve češće su delimična ili potpuna nesećanja na periode pijanstva; *nemogućnost apstinencije* – pri pokušaju spontanog ukidanja pijenja, razvija se “sindrom povlačenja”, odnosno apstinencijalni sindrom, koji u sebi sadrži znake razvijene *psihološke i telesne zavisnosti* – nemir, napetost, agresivnost, podrhtavanje celog tela, znojenje, grčeve i bolove u celom telu, sa poremećajima svesti i mogućnošću nastanka kome, a ponekad i smrtnim ishodom.

Pojava indikatora toksikomanske faze, uzima se kao kriterijum prisustva zavisnosti od alkoholizma, te smo zato i usmerili pažnju na pokazatelje ove faze. Prisustvo psihološke zavisnosti uzeli smo kao formu kontrolne varijable, kako bi procenili da li se alkoholizam na našem uzorku razvija u skladu sa teoretski postuliranom dinamikom.

Tabela 8: Deskriptivne mere pokazatelja razvoja alkoholizma

Indikator razvoja alkoholizma	N (%)	Vreme proteko od pojave indikatora do dolaska na lečenje (u godinama)			
		Minimum	Maximum	AS	SD
Psihološka zavisnost	40 (80%)	1,00	42,00	20,4250	10,2679
Pad tolerancije	37 (74%)	1,00	55,00	13,0000	11,9513
Alkoholne amnezije	33 (66%)	1,00	35,00	12,4242	10,7704
Gubitak kontrole	38 (76%)	1,00	35,00	12,1579	9,1638
Nemogućnost apstinencije	35 (70%)	1,00	33,00	8,6857	6,7247

#### 4.1.2.8. ADAPTIVNE I RAZVOJNE POTEŠKOĆE DECE

Razlike dve grupe (kliničke i kontrolne) na pokazateljima poteškoća dece, testirane su t testom za nezavisne uzorke.

Analiza je pokazala da se statistički značajna razlika javlja kod broja dece koja ispoljavaju separacionu problematiku ( $t = -2,429$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,017$ ), takva da je ona učestalija u nekliničkom uzorku.

Tabela 9: Deskriptivni pokazatelji separacione problematike

Adaptivne poteškoće	Grupa	AS	SD	SE
Separacioni problemi	Klinički uzorak	0,02	0,141	0,020
	Kontrolna grupa	0,24	0,625	0,088

Značajne razlike zabeležene su i u pogledu broja dece koja su u nekom trenutku svoga odrastanja ispoljavala fuge ( $t = 2,912$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,004$ ), enurezu ( $t = 2,688$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,008$ ), zloupotrebu alkohola ( $t = -2,429$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,017$ ), tikove ( $t = 2,333$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,022$ ), anksioznost ( $t = 2,123$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,036$ ) i poremećaj spavanja ( $t = 2,652$ ,  $df = 99$ ,  $p = ,046$ ).

Razlika u pogledu broja dece koja su zloupotrebljavala, ili i aktuelno zloupotrebljavaju droge, na granici je statističke značajnosti ( $t = 1,941$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,055$ ).

Statistički značajne razlike koje se javljaju, jesu takve da u kliničkom uzorku postoji nešto veći broj dece koja su ispoljavala, ili i dalje ispoljavaju navedenu problematiku.

Tabela 10: Deskriptivni pokazatelji poteškoća adaptacije dece

Adaptivne oteškoće	Grupa	AS	SD
Fuge	Klinički uzorak	0,22	0,465
	Kontrolna grupa	0,02	0,141
Enureza	Klinički uzorak	0,22	0,507
	Kontrolna grupa	0,02	0,141
Zloupotreba alkohola	Klinički uzorak	0,24	0,625
	Kontrolna grupa	0,02	0,141
Tikovi	Klinički uzorak	0,10	0,303
	Kontrolna grupa	0	0
Anksioznost	Klinički uzorak	0,20	0,495
	Kontrolna grupa	0,04	0,198
Poremećaj spavanja	Klinički uzorak	0,22	0,507
	Kontrolna grupa	0,06	0,240
Zloupotreba droga	Klinički uzorak	0,10	0,364
	Kontrolna grupa	0	0

U vezi sa brojem dece koja su u nekom trenutku svoga odrastanja ispoljavala, ili i aktuelno ispoljavaju poremećaje ponašanja, govora, hranjenja ili vezivanja, koja su grickala nokte, ispoljavala manifestacije iz spektra opsesivno-kompulsivnog poremećaja, fobija, paničnih napada i zloupotrebe interneta, kao i astme, značajne razlike nisu zabeležene (prilog 1, tabela 55, str. 192).

#### 4.1.2.9. ZDRAVSTVENI I PSIHOLOŠKI PROBLEMI KOD SUPRUGA

Hi kvadrat testom je testirana povezanost grupe (kliničke i kontrolne) sa više varijabli koje se odnose na psihološke tegobe i telesne bolesti supruga.

Analiza je pokazala da se statistički značajna povezanost grupe, kada je u pitanju somatsko zdravlje, javlja sa varijablama lumboišialgija (Hi kvadrat = 4,141, df = 1, p = ,042 i koeficijent kontigencije = ,200) i disfunkcije i oboljenja štitne žlezde (Hi kvadrat = 4,253, df = 1, p = ,039 i koeficijent kontigencije = ,203). Povezanost je, dakle, takva da u kliničkom uzorku ima nešto više supruga s navedenom problematikom.

Tabela 11: Raspodela učestalosti varijabli lumboišialgija i disfunkcije i oboljenja štitne žlezde

Telesne bolesti	Grupa	n
Lumboišialgija	Klinički uzorak	8
	Kontrolna grupa	2
Disfunkcije i oboljenja štitne žlezde	Klinički uzorak	4
	Kontrolna grupa	0

Varijable hipertenzija, gastritis, šećerna bolest, astma, hronična bubrežna insuficijencija, hronična opstruktivna bolest pluća i hepatitis, nisu pokazale značajnu povezanost sa grupnom pripadnošću (prilog 1, tabela 56, str. 192).

Kada su u pitanju psihološke tegobe supruga, analiza je pokazala da se statistički značajna povezanost grupe javlja sa varijablama anksioznosti (Hi kvadrat = 8,881, df = 1, p = ,003 i koeficijent kontigencije = ,287), depresivnosti (Hi kvadrat = 5,029, df = 1, p = ,025 i koeficijent kontigencije = ,220) i neurotskih tegoba (Hi kvadrat = 4,167, df = 1, p = ,041 i koeficijent kontigencije = ,200). Povezanost je, dakle, takva da u kliničkom uzorku ima nešto više supruga s navedenom problematikom.

Tabela 12: Raspodela učestalosti varijabli anksioznosti, depresivnosti i neurotskih tegoba

Psihološke tegobe i teškoće	Grupa	n
Anksioznost	Klinički uzorak	8
	Kontrolna grupa	0
Depresija	Klinički uzorak	7
	Kontrolna grupa	1
Neurotske tegobe	Klinički uzorak	4
	Kontrolna grupa	0

O prisustvu hronične glavobolje, izvestila je samo jedna ispitanica u kliničkom uzorku (prilog 1, tabela 57, str. 192).

#### **4.1.3. ANALIZA PROCENE PORODIČNOG FUNKCIONISANJA IZ PERSPEKTIVA PRIMENJENIH MODELA**

Pre nego što smo započeli sa analizom toga kako su ispitanici procenjivali izabrane aspekte funkcionisanja svojih porodica, razmotrili smo da li se ispitanici iz dve grupe međusobno razlikuju u pogledu sklonosti ka davanju socijalno poželjnih odgovora uopšteno. U tu svrhu, primenili smo modifikovanu Marlow-Kraun skalu (Marlowe-Crowne Scale)(Tenjović, u pripremi).

T testom za nezavisne uzorke, testirane surazlike dve grupe (kliničke i kontrolne) u davanju socijalno poželjnih odgovora. Statistički značajna razlika koja je utvrđena, takva je da u kontrolnoj grupi postoji nešto izraženija tendenca ka davanju socijalno poželjnih odgovora ( $t = -2.768$ ,  $df = 283$  i  $p = .006$ ).

Tabela 13: Deskriptivni pokazatelji socijalno poželjnih odgovora

Grupa	N	AS	SD	SE
Klinički uzorak	140	10.9571	4.60039	.38880
Kontrolna grupa	145	12.2897	3.46594	.28783

#### 4.1.3.1. VASPITNI STILOVI

Putem upitnika vaspitnih stilova, nastojali smo da utvrdimo da li se klinički uzorak i kontrolna grupa razlikuju u pogledu vaspitnih stilova, koji se primenjuju u tim porodicama.

T testom smo analizirali razliku u učestalosti tipova vaspitnih postupaka (*demokratski, autokratski, laissez-faire, odbacujući*) u različitim domenima porodičnog funkcionisanja. Analiza je pokazala da se, na nivou deskriptivnih pokazatelja, dve grupe porodica međusobno ne razlikuju u pogledu vaspitnih stilova koje primenjuju (prilog 1, tabela 58, str. 193).

Takođe smo, kanoničkom diskriminativnom analizom, testirali i mogućnost predikcije grupne pripadnosti (klinički uzorak ili kontrolna grupa), u pogledu vaspitnog stila koji se primenjuje u porodicama.

Tabela 14: Značajnost kanoničke funkcije za vaspitne stilove

Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.987	3.743	4	.442	.115

Kao što se iz prethodne tabele može uočiti, analiza je pokazala da se ne može izdvojiti niti jedna značajna kanonička funkcija koja uspešno razdvaja dve grupe, odnosno da vaspitni stilovi ne razlikuju kliničku od kontrolne grupe.

U sledećim segmentima analize, prikazani su podaci o tome koliko je svaki od modela po sebi, odnosno upitnik baziran na njemu, bio u stanju da razlikuje porodice iz kliničke populacije, u odnosu na kontrolnu grupu.

### **CIRKUMPLEKS MODEL I FACES IV**

Dve grupe ispitanika su se, u kontekstu ovog modela, značajno razlikovale u pogledu svih modelom predviđenih dimenzija porodičnog funkcionisanja sa rasponom vrednosti Wilk's Lambde od .971 do .813, F testa od 7.892 do 61.569 i verovatnoće od .005 do ispod .000, za  $df = 1$  i  $df_2 = 268$  (značajnost razlika prikazana je detaljno u prilogu 1, tabela 59, str. 193).

Tabela 15: Deskriptivni pokazatelji za skale FACES IV za obe grupe

Dimenzija	Grupa	AS	SD
Kohezivnost	Klinički uzorak	28.0000	6.99268
	Kontrolna grupa	30.8239	3.69646
Fleksibilnost	Klinički uzorak	23.7031	4.48332
	Kontrolna grupa	25.7676	3.10265
Neuključenost	Klinički uzorak	16.4609	5.48714
	Kontrolna grupa	13.7746	3.48938
Umreženost	Klinički uzorak	16.5547	4.76504
	Kontrolna grupa	15.0423	4.07879
Rigidnost	Klinički uzorak	20.0625	4.13693
	Kontrolna grupa	18.2676	3.84803
Haotičnost	Klinički uzorak	18.2969	5.71689
	Kontrolna grupa	16.2183	4.79526
Komunikacija	Klinički uzorak	39.0234	9.23232
	Kontrolna grupa	45.2042	5.44155
Zadovoljstvo	Klinički uzorak	33.9844	9.13157
	Kontrolna grupa	41.3380	6.10533

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije grupne pripadnosti (klinički uzorak ili kontrolna), preko skala instrumenta FACES IV.

Analiza je pokazala da se može izdvojiti jedna značajna kanonička funkcija koja uspešno razdvaja dve grupe.

Tabela 16: Značajnost kanoničke funkcije za FACES IV

Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.771	68.816	8	.000	.479

Iz matrice strukture koja sledi u tekstu, evidentno je da su skale *Zadovoljstva*, *Komunikacije*, *Fleksibilnosti*, *Kohezivnosti*, *Rigidnosti* i *Neuključenosti* te, koje značajno razlikuju dve grupe ispitanika. One su osenčene sivim u tabeli matrice strukture.

Tabela 17: Matrice koeficijenata i strukture za FACES IV

Dimenzija	Matrica koeficijenata	Matrica strukture
Kohezivnost	-.170	.471
Fleksibilnost	.272	.496
Neuključenost	.006	-.543
Umreženost	-.082	-.363
Rigidnost	-.448	-.413
Haotičnost	-.052	-.314
Komunikacija	.100	.759
Zadovoljstvo	.731	.878

Struktura kanoničke funkcije je takva da klinički uzorak, u odnosu na kontrolnu grupu, u značajnoj meri i dosledno ispoljava niže nivoe zadovoljstva i komunikacije. Za porodice iz kliničkog uzorka, kako njihovi članovi saopštavaju, specifični su i viši nivoi rigidnosti, što je opet, sa svoje strane, povezano sa nižim nivoima fleksibilnosti. Slično tome, u kliničkom uzorku, kao značajni u strukturi kanoničke funkcije, izdvojili su se snižena fleksibilnost, što je opet bilo pokrenuto većim stepenom neuključenosti članova alkoholičarskih porodica.

Udaljenost između grupa na funkciji iznosi 1,089 standardne devijacije.

Tabela 18: Centroidi grupa za FACES IV

Grupa	Funkcija
	1
Klinički uzorak	-.573
Kontrolna grupa	.516



Na osnovu ovog instrumenta, moguće je uspešno klasifikovati 72.2% slučajeva.

Tabela 19: Uspešnost klasifikacije za FACES IV

grupa		Predviđena grupna pripadnost		Total	
		Klinički uzorak	Kontrolna grupa		
Original	Učestalost	Klinički uzorak	87	41	128
		Kontrolna grupa	34	108	142
	%	Klinički uzorak	68.0	32.0	100.0
		Kontrolna grupa	23.9	76.1	100.0
a. 72.2% slučajeva je tačno klasifikovano					

#### 4.1.3.3. SISTEMSKI MODEL I SFI II

Statistički značajna razlika koja je utvrđena, takva je da ispitanici iz kliničke grupe u znatno većoj meri saopštavaju o prisustvu poteškoća u pogledu ocene *Opšteg zdravlja porodice* (Wilk's Lambda = .827, F = 49.613 i p <.000 za df = 1 i df2 = 238), učestalost *Konflikata* u porodici i odnosa prema njima (Wilk's Lambda = .847, F = 42.864 i p <.000 za df = 1 i df2 = 238), kao i *Emocionalne izražajnosti* u porodici – (Wilk's Lambda = .851, F = 41.682 i p <.000 za df = 1 i df2 = 238).

Tabela 20: Deskriptivni pokazatelji za skale zdravlja, konflikata i izražajnosti za obe grupe

Dimenzija	Grupa	AS	SD
Zdravlje	Klinički uzorak	46.47	12.035
	Kontrolna grupa	37.70	6.700
Konflikti	Klinički uzorak	26.11	8.271
	Kontrolna grupa	20.48	4.712
Izražajnost	Klinički uzorak	11.09	4.487
	Kontrolna grupa	7.82	3.295

Grupe se nisu međusobno značajno razlikovale u pogledu dimenzija *Koheziivnosti* i *Vodstva* (prilog 1, tabela 60, str. 193).

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije grupne pripadnosti (klinički uzorak ili kontrolna grupa) preko skala instrumenta SFI II.

Analiza je pokazala da se može izdvojiti jedna značajna kanonička funkcija koja uspešno razdvaja dve grupe.

Tabela 21: Značajnost kanoničke funkcije za SFI II

Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.730	74.203	5	.000	.520

Analiza strukture dobijene funkcije, prikazane u tekstu što sledi, takva je da je čine skale *Opšteg porodičnog zdravlja*, *Konflikata* i *Emocionalne izražajnosti*. U delu tabele koji se odnosi na matricu strukture, one su osenčene sivim.

Ispitanici iz kliničkog uzorka na navedenim skalama postižu veće vrednosti.

Tabela 22: Matrica koeficijenata i strukture za SFI II

Dimenzija	Matrica koeficijenata	Matrica strukture
Zdravlje	1.732	.750
Konflikti	-.141	.697
Kohezija	-1.105	.188
Vođstvo	-.163	.015
Izražajnost	.014	.688

Udaljenost između grupa na funkciji iznosi 1,213 standardne devijacije.

Tabela 23: Centroidi grupa za SFI II

Grupa	Funkcija 1
Klinički uzorak	.632
Kontrolna grupa	-.581

Na osnovu ovog instrumenta, moguće je uspešno klasifikovati 75.4% slučajeva.

Tabela 24: Uspešnost klasifikacije za SFI II

grupa			Predviđena grupna pripadnost		Total
			Klinički uzorak	Kontrolna grupa	
Original	Učestalost	Klinički uzorak	77	38	115
		Kontrolna grupa	21	104	125
	%	Klinički uzorak	67.0	33.0	100.0
		Kontrolna grupa	16.8	83.2	100.0
a. 75.4% slučajeva je tačno klasifikovano					

#### 4.1.3.4. MODEL PROCESA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA I FAM-III

Podaci prikupljeni ovim modelom, daju najsloženiji set rezultata.

Kada su u pitanju deskriptivne mere, izvesne razlike između grupa utvrđene su na sve tri skale upitnika. Pri tome, u zavisnosti od toga da li je razmatrana porodica sa pozicije individue, njenog odnosa sa njoj najznačajnijom osobom iz porodice ili sa nivoa porodice u totalitetu, razlikovale su se i dimenzije na kojima su se grupni rezultati udaljavali u najvećoj meri.

##### Individualna skala upitnika FAM-III

Analiza je pokazala da je statistički značajna razlika na dimenzijama *Individualne skale* takva da ispitanici iz kontrolne grupe saopštavaju o značajnijem nivou poteškoća u oblasti *Izvođenja uloga*, *Kontrole*, i *Vrednosti i normi*, sa rasponima Wilk's Lambde od .982 do .934, F testa od 5.017 do 19.773 i verovatnoće od 0.26 do manje od .000 za  $df_1 = 1$  i  $df_2 = 280$  (značajnost razlika prikazana je detaljno u prilogu 1, tabela 61, str. 194).

Tabela 25: Deskriptivni pokazatelji dimenzija Izvođenja uloga, Kontrole i Vrednosti i normi sa individualne FAM-III skale

Dimenzija	Grupa	AS	SD
Izvođenje uloga	Klinički uzorak	7.7391	2.27106
	Kontrolna grupa	8.8403	1.87610
Kontrola	Klinički uzorak	8.4203	2.07104
	Kontrolna grupa	9.1181	1.93783
Vrednosti i norme	Klinički uzorak	9.2826	2.14438
	Kontrolna grupa	9.7986	1.70798

Ispitanici dve grupe nisu se međusobno razlikovali u pogledu ocene *Dostizanja ciljeva*, *Komunikacije*, *Emocionalne ekspresije* i *Uključenosti* sa pozicije njihovog individualnog funkcionisanja u porodici (prilog 1, tabela 62, str. 194).

#### Dijadna skala upitnika FAM-III

Analiza je pokazala da je statistički značajna razlika na dimenzijama *Dijadne skale* takva da ispitanici iz kontrolne grupe saopštavaju o značajnijem nivou poteškoća u oblasti *Komunikacije*, i *Vrednosti i norme*, sa vrednošću Wilk's Lambde od .973 odnosno do .978, F testa od 7.886 odnosno 6.198 i verovatnoće od 0.05 odnosno .013 za  $df_1 = 1$  i  $df_2 = 279$  (značajnost razlika detaljno je prikazana u prilogu 1, tabela 63, str. 194).

Tabela 26: Deskriptivni pokazatelji dimenzija Komunikacije i Vrednosti i normi sa Dijadne FAM-III skale

Dimenzija	Grupa	AS	SD
Komunikacija	Klinički uzorak	8.5766	1.75198
	Kontrolna grupa	8.9359	1.74115
Vrednosti i norme	Klinički uzorak	8.5182	1.96702
	Kontrolna grupa	9.0833	1.83783

Ispitanici dve grupe nisu se međusobno razlikovali u pogledu ocene *Dostizanja ciljeva*, *Izvođenja uloga*, *Emocionalne ekspresije*, *Uključenosti* i *Kontrole* sa pozicije funkcionisanja dijadnog odnosa sa najznačajnijom osobom u porodici (prilog 1, tabela 64, str. 195).

### Opšta porodična skala upitnika FAM-III

Analiza je pokazala da je statistički značajna razlika na dimenzijama *Opšte porodične skale* takva da ispitanici iz kontrolne grupe saopštavaju o značajnijem nivou poteškoća u oblasti *Izvođenja uloga*, *Emocionalne ekspresije* i *Kontrole* sa rasponima Wilk's Lambde od .967 do .912, F testa od 9.246 do 27.089 i verovatnoće od 0.002 do manje od .000 za  $df_1 = 1$  i  $df_2 = 280$  (značajnost razlika prikazana je detaljno u prilogu 1, tabela 65, str. 195).

Tabela 27: Deskriptivni pokazatelji dimenzija Izvođenja uloga, Emocionalne ekspresije i Kontrole sa opšte porodične FAM-III skale

Dimenzija	Grupa	AS	SD
Izvođenje uloga	Klinička	7.8116	1.77801
	Kontrolna	8.5694	1.60703
Emocionalna ekspresija	Klinička	8.4348	1.99619
	Kontrolna	9.0972	1.61427
Kontrola	Klinička	9.4855	2.34361
	Kontrolna	10.8542	2.06864

Ispitanici dve grupe nisu se međusobno razlikovali u pogledu ocene *Dostizanja ciljeva*, *Komunikacije*, *Uključenosti*, *Vrednosti i normi* sa pozicije funkcionisanja porodice u totalitetu. Instrument nije izazvao značajno razlikovanje ispitanika ni u pogledu *Sklonosti ka davanju socijalno poželjnih odgovora* i *Defanzivnosti*, na način kako su shvaćene u ovom modelu (prilog 1, tabela 66, str. 195).

Kao i u slučaju prethodna dva modela, kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije grupne pripadnosti (klinički uzorak ili kontrola) preko skala instrumenta FAM-III.

Tabela 28: Značajnost kanoničke funkcije za skale upitnika FAM-III

Skale upitnika FAM III	Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
Skala individualnog funkcionisanja	.912	25.471	7	.001	.297
Skala dijadnih relacija	.941	16.655	7	.020	.242
Skala opšteg porodičnog funkcionisanja	.877	36.297	9	.000	.351

Analiza je pokazala da se može izdvojiti po jedna značajna kanonička funkcija, koja uspešno razdvaja dve grupe za svaku od skala ponaosob (skala individualnog funkcionisanja, skala funkcionisanja dijade i skala funkcionisanja porodice u celini).

Kada je analizirana struktura dobijenih funkcija, uočeno je sledeće:

Tabela 29: Matrica koeficijenata za skale upitnika FAM-III

		Skale upitnika FAM-III		
		Skala individualnog funkcionisanja	Skala dijadnih relacija	Skala opšteg porodičnog funkcionisanja
Dimenzija	Dostizanje ciljeva	-.123	.171	-.292
	Izvođenje uloga	.781	-.324	.512
	Komunikacija	.141	.704	-.085
	Emocionalna ekspresija	-.111	-.189	.191
	Uključenost	-.179	-.290	-.060
	Kontrola	.426	.098	.748
	Vrednosti i norme	.241	.656	-.125
	Socijalna poželjnost			.035
	Defanzivnost			-.130

Tabela 30: Matrica strukture za skale upitnik FAM-III

		Skale upitnika FAM-III		
		Skala individualnog funkcionisanja	Skala dijadnih relacija	Skala opšteg porodičnog funkcionisanja
Dimenzija	Dostizanje ciljeva	.855	.673	.829
	Izvođenje uloga	.562	.597	.598
	Komunikacija	.431	.286	.489
	Emocionalna ekspresija	.340	.231	.250
	Uključenost	.232	-.194	.209
	Kontrola	.167	-.046	.157
	Vrednosti i norme	.070	.025	-.106
	Socijalna poželjnost			-.103
	Defanzivnost			.073

Diskriminativnoj funkciji na *Individualnoj skali* upitnika FAM-III, doprinosile su značajno dimenzije *Izvođenja uloga*, *Kontrole*, i *Vrednosti i normi*.

Diskriminativnoj funkciji na *Dijadnoj skali* upitnika FAM-III, doprinosile su značajno dimenzije *Komunikacije* i ponovo *Vrednosti i norme*.

Diskriminativnoj funkciji na *Opštoj porodičnoj skali* upitnika FAM-III, doprinosile su značajno dimenzije *Izvođenja uloga*, *Emocionalne ekspresije* i *Kontrole*.

Ispitanici iz kontrolne grupe su na svim navedenim dimenzijama, sistematski ostvarivali više vrednosti, što bi govorilo o izraženijoj problematici kod njih u tim domenima.

Udaljenost između grupa na funkciji iznosi .619 standardne devijacije za Individualnu, .498 za Dijadnu a .748 za Opštu porodičnu skalu upitnika FAM-III.

Tabela 31: Centroidi grupa za skale upitnika FAM-III

	Skale upitnika FAM-III		
	Skala individualnog funkcionisanja	Skala dijadnih relacija	Skala opšteg porodičnog funkcionisanja
	Funkcija		
Grupa	1	1	1
Klinički uzorak	-.316	-.255	-.382
Kontrolna grupa	.303	.243	.366

Kada je analiziran diskriminativni potencijal skala, utvrđeno je sledeće:

Tabela 32: Uspešnost klasifikacije za skale upitnika FAM-III

			Skale upitnika FAM-III					
			Skala individualnog funkcionisanja		Skala dijadnih relacija		Skala opšteg porodičnog funkcionisanja	
			Predviđena grupna pripadnost					
			Klinički uzorak	Kontrolna grupa	Klinički uzorak	Kontrolna grupa	Klinički uzorak	Kontrolna grupa
Original	n	Klinički uzorak	85	53	83	54	88	50
		Kontrolna grupa	50	94	57	87	46	98
	%	Klinički uzorak	61.6	38.4	60.6	39.4	63.8	36.2
		Kontrolna grupa	34.7	65.3	39.6	60.4	31.9	68.1
			63.5% slučajeva je tačno klasifikovano		60.5% slučajeva je tačno klasifikovano		66.0% slučajeva je tačno klasifikovano	

Iz priložene tabele moguće je uočiti da je:

- na osnovu skale individualnog funkcionisanja, moguće uspešno klasifikovati 63.5% slučajeva;
- na osnovu skale dijadnih relacija, moguće uspešno klasifikovati 60.5% slučajeva;
- na osnovu skale opšteg porodičnog funkcionisanja, moguće uspešno klasifikovati 66.0% slučajeva.

Zbog konceptualnog preklapanja dimenzija modela uključenih u istraživanje, a kako bismo i racionalizovali postupke kliničke procene porodice, nastojali smo da iz postojećeg seta dimenzija porodičnog funkcionisanja, izdvojimo one koje u najvećoj meri zahvataju razlike između kliničkog uzorka i nekliničke grupe.

Deskriptivne mere i značajnosti razlika kliničkog uzorka i kontrolne grupe, kada su uzeti u analizu svi instrumenti zajedno (SFI II, FACES IV, FAM-III, Upitnik vaspitnih stilova), date su u tabelama 67 i 68 priloga 1, str. 196-198.

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije grupne pripadnosti (klinički uzorak ili kontrola) preko skala svih korišćenih instrumenta zajedno (SFI, FACES IV, FAM-III, Upitnik vaspitnih stilova).

Analiza je pokazala da se može izdvojiti jedna značajna kanonička funkcija koja uspešno razdvaja dve grupe.

Tabela 33: Značajnost kanoničke funkcije za sve instrumente zajedno

Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.536	129.152	40	.000	.681



Vidimo, na osnovu strukture te funkcije (matrica strukture), da su jedino skale SFI II i FACES IV instrumenata bitne za razlikovanje dve grupe ispitanika.

Tabela 34: Matrice koeficijenata i strukture za sve instrumente zajedno

Dimenzija	Matrica koeficijenata	Matrica strukture
Zdravlje (SFI)	-1.469	-.478
Konflikti (SFI)	.547	-.438
Kohezivnost (SFI)	.893	-.114
Vodstvo (SFI)	.121	-.018
Izražajnost (SFI)	.158	-.435
Kohezivnost (FACES IV)	-.170	.291
Fleksibilnost (FACES IV)	.148	.316
Neuključenost (FACES IV)	-.023	-.348
Umreženost (FACES IV)	-.118	-.236
Rigidnost (FACES IV)	-.241	-.279
Haotičnost (FACES IV)	.048	-.194
Komunikacija (FACES IV)	.027	.593
Zadovoljstvo (FACES IV)	.578	.500
Demokratski vaspitni stil	-.037	.082
Autoritarni vaspitni stil	-.113	-.063
Laissez-faire vaspitni stil	.063	-.021
Odbacujući vaspitni stil	.116	-.007
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	-.058	.042
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	.182	.261
Komunikacija (FAM-III pojedinac)	.090	.108
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	.240	.098
Uključenost (FAM-III pojedinac)	.029	-.012
Kontrola (FAM-III pojedinac)	.226	.262
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	.104	.147
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	-.003	.055
Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	-.099	.030
Komunikacija (FAM-III dijada)	.234	.177
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	-.126	.036
Uključenost (FAM-III dijada)	-.133	-.077
Kontrola (FAM-III dijada)	.031	.057
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	.162	.191
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	-.197	-.025
Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	.044	.193
Komunikacija (FAM-III porodica)	.145	-.027
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	.163	.209
Uključenost (FAM-III porodica)	-.305	.073
Kontrola (FAM-III porodica)	.058	.349
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	-.114	.067
Socijalna poželjnost (FAM-III)	-.028	.010
Defanzivnost (FAM-III)	-.037	.041

Struktura kanoničke funkcije takva je da u alkoholičarskim porodicama skale *Komunikacije* i *Zadovoljstva* instrumenta FACES IV značajno i negativno koreliraju s njom, a značajno i pozitivno koreliraju skale *Opšteg porodičnog zdravlja*, *Konflikata* i *Emocionalne uključenosti* sa instrumenta SFI II.

Dakle, članovi alkoholičarskih porodica dosledno ispoljavaju niže nivoe *komunikacije* i *zadovoljstva* u svetlu Olsonovog Cirkumpleks modela. Istovremeno, njih odlikuje dosledno veći stepen problematičnosti u oblastima *opšteg porodičnog zdravlja*, *razrešavanje konflikata* i *izražavanja emocija* u terminima Biversovog Sistemskog modela porodičnog funkcionisanja. Opisan složaj karakteristika u najvećoj meri ih razlikuje u odnosu na porodice iz nekliničkog uzorka.

Udaljenost između grupa na funkciji iznosi 1.858 standardne devijacije.

Tabela 35: Centroidi grupa za sve instrumente zajedno

Grupa	Funkcija
Klinički uzorak	-.998
Kontrolna grupa	.860

Na osnovu ova tri instrumenta, moguće je uspešno klasifikovati 81.7% slučajeva.

Tabela 36: Uspešnost klasifikacije za sve instrumente zajedno

grupa			Predviđena grupna pripadnost		Total
			Klinički uzorak	Kontrolna grupa	
Original	Učestalost	Klinički uzorak	81	25	106
		Kontrolna grupa	17	106	123
	%	Klinički uzorak	76.4	23.6	100.0
		Kontrolna grupa	13.8	86.2	100.0
a. 81.7% slučajeva je tačno klasifikovano					

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je i mogućnost predikcije grupne pripadnosti (klinički uzorak ili kontrolna) preko skala svih korišćenih instrumenata zajedno (SFI, FACES IV, FAM III, Upitnik vaspitnih stilova) i varijabli broja članova porodice, broja dece u porodici i visine prihoda.

Ova analiza izvršena je, pošto je pokazano da se na tim varijablama razlikuju klinički i neklinički uzorak, a teoretski, te varijable koreliraju sa varijablama porodičnog funkcionisanja. Deskriptivne mere i značajnosti razlika kliničkog uzorka i kontrolne grupe, kada su uzeti u analizu svi instrumenti i navedene socio-demografske varijable zajedno, date su u tabelama 69 i 70 priloga 1, str. 199-201. Analiza je pokazala da se može izdvojiti jedna značajna kanonička funkcija, koja uspešno razdvaja dve grupe (prilog 1, tabela 71, str. 202). Vidimo, na osnovu strukture te funkcije (matrica strukture – prilog 1, tabela 72, str. 202-203), da su jedino skale SFI II i FACES IV instrumenata bitne za razlikovanje kliničke od kontrolne grupe. Dakle, unošenje novih varijabli u model za predviđanje (varijable broja članova porodice, broja dece u porodici i visine prihoda), nije ništa promenilo u samom modelu, tj. možemo zaključiti da ove varijable ne menjaju odnos varijabli porodičnog funkcionisanja i grupne pripadnosti (klinički–neklinički uzorak). Grupe su, na ovim putem dobijenoj kanoničkoj funkciji, bile udaljene 2,007 standardne devijacije (prilog 1, tabela 73, str. 203). Na osnovu svih instrumenata i navedenih socio-demografskih varijabli, moguće je uspešno klasifikovati 84.7% slučajeva (prilog 1, tabela 74, str. 203).

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije grupne pripadnosti (klinički uzorak ili kontrolna) preko skala svih korišćenih instrumenata zajedno (SFI II, FACES IV, FAM-III, Upitnik vaspitnih stilova) i varijable školskog uspeha, pošto je pokazano da se na toj varijabli razlikuju klinički i neklinički uzorak. Teoretski, bilo je moguće očekivati korelaciju ove varijable sa varijablama porodičnog funkcionisanja. Deskriptivne mere i značajnosti razlika kliničkog uzorka i kontrolne grupe, kada su uzeti u analizu svi instrumenti i školski uspeh dece zajedno, date su u tabelama 75 i 76 priloga 1, str. 203-206. Analiza je pokazala da se može izdvojiti jedna značajna kanonička funkcija, koja uspešno razdvaja dve grupe (prilog 1, tabela 77, str. 207). Vidimo, na osnovu strukture te funkcije (matrica strukture – prilog 1, tabela 78, str. 207), da su jedino skale SFI II i FACES IV instrumenata bitne za razlikovanje kliničke od kontrolne grupe. Dakle, unošenje školskog uspeha, kao nove varijable u model za predviđanje, nije ništa promenilo u samom modelu, tj. možemo zaključiti da školski uspeh ne menja odnos varijabli porodičnog

funkcionisanja i grupne pripadnosti (klinički–neklinički uzorak). Grupe su, na ovim putem dobijenoj kanoničkoj funkciji, bile udaljene 3,143 standardne devijacije (prilog 1, tabela 79, str. 208). Na osnovu svih instrumenata i školskog uspeha, moguće je uspešno klasifikovati 92.6% slučajeva (prilog 1, tabela 80, str. 208).

Višestrukom regresionom analizom testirana je povezanost varijabli porodičnog funkcionisanja i sklonosti ka davanju socijalno poželjnih odgovora. Analiza je pokazala da postoji povezanost, tj. da se na osnovu varijabli porodičnog funkcionisanja može predvideti sklonost ka davanju socijalno poželjnih odgovora i to 19.7% te sklonosti (prilagođeni r kvadrat – prilog 1, tabela 81, str. 208). Međutim, u modelu prediktora vidimo da je, zapravo, samo jedna varijabla statistički značajno povezana sa sklonošću davanja socijalno poželjnih odgovora i to je, zapravo, demokratski vaspitni stil sa kojim pokazuje pozitivnu povezanost (veći skor na demokratskom stilu prati veća sklonost ka davanju socijalno poželjnih odgovora – prilog 1, tabela 82, str. 209).

#### **4.1.4. POREMEĆAJI I OBOLJENJA ISPITANIKA I PSIHOLOŠKI FAKTORI RIZIKA**

Multiplom regresionom analizom nastojali smo da ocenimo povezanost svih ispitivanih dimenzija porodičnog funkcionisanja i disfunkcija, poremećaja i oboljenja ispitanika u uzorku. Međutim, i pored broja ispitanika koji su učestvovali u istraživanju i toga što je većina disfunkcija i poremećaja bila zastupljenija u kliničkom uzorku, broj slučajeva je često bio manji od broja prediktora. Dakle, nepostojanje značajne predikcije, pa čak i postojanje za izvesne varijable, nije se moglo uzeti kao pouzdan pokazatelj.

#### **4.1.5. ANALIZA INDIVIDUALNIH PERCEPCIJA PORODIČNIH SISTEMA**

Jedan od osnovnih zadataka našeg istraživanja, sastojao se u analizi individualnih percepcija porodičnog sistema. Da ponovimo – u okviru svake porodice, otac, majka i dete (odnosno otac i majka kod porodica sa malom

decom) ocenjivali su istovetne dimenzije porodičnog funkcionisanja. Pitanje koje se nametalo sa pozicije psihologije porodice, kao paradigme u oviru koje je osmišljeno istraživanje, bilo je: da li su se članovi porodica iz kliničkog i nekliničkog uzorka značajno razlikovali u pogledu homogenosti ocena funkcionisanja sopstvenih porodica?

S tim u vezi, dvofaktorskom analizom varijanse testirani su efekti grupe (klinički uzorak i kontrolna grupa) i pozicije (otac, majka, dete) na skalama instrumenata FACES IV, SFI II I FAM-III (prilog 1, tabele 83-88, str. 210-218). Ideja je bila da se pokaže da li su razlike između različitih pozicija u porodici izraženije u kliničkoj, u odnosu na kontrolnu grupu. Prema tome, bitan podatak bila bi značajna interakcija faktora grupa i pozicija.

Za instrument FACES IV, analiza je pokazala da postoji glavni efekat faktora *grupa* na svim skalama, dok efekat faktora *pozicija* postoji samo na skalama *Neuključenosti* i *Rigidnosti*.

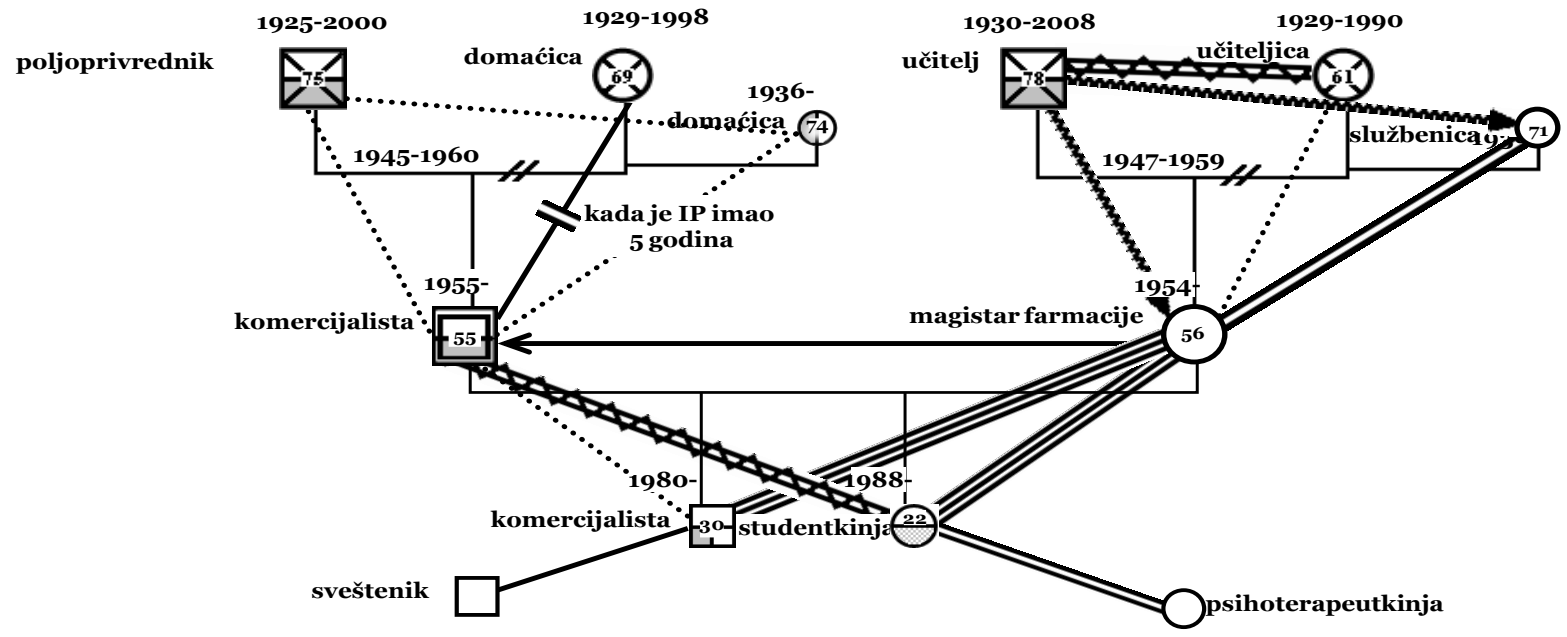
Za instrument SFI-II, analiza je pokazala da postoji glavni efekat faktora *grupa* na skalama *Opšteg porodičnog zdravlja*, *Konflikata* i *Izražajnosti*, ali ne i efekat *pozicije*.

Međutim, *interakcija dva faktora* nije pronađena ni za jedan od ova dva instrumenta. Dakle, razlike između različitih pozicija nisu bile utvrđene niti u jednoj od grupa, ili ako su i postojale, bile su jednako izražene kako u kliničkoj, tako i u kontrolnoj grupi.

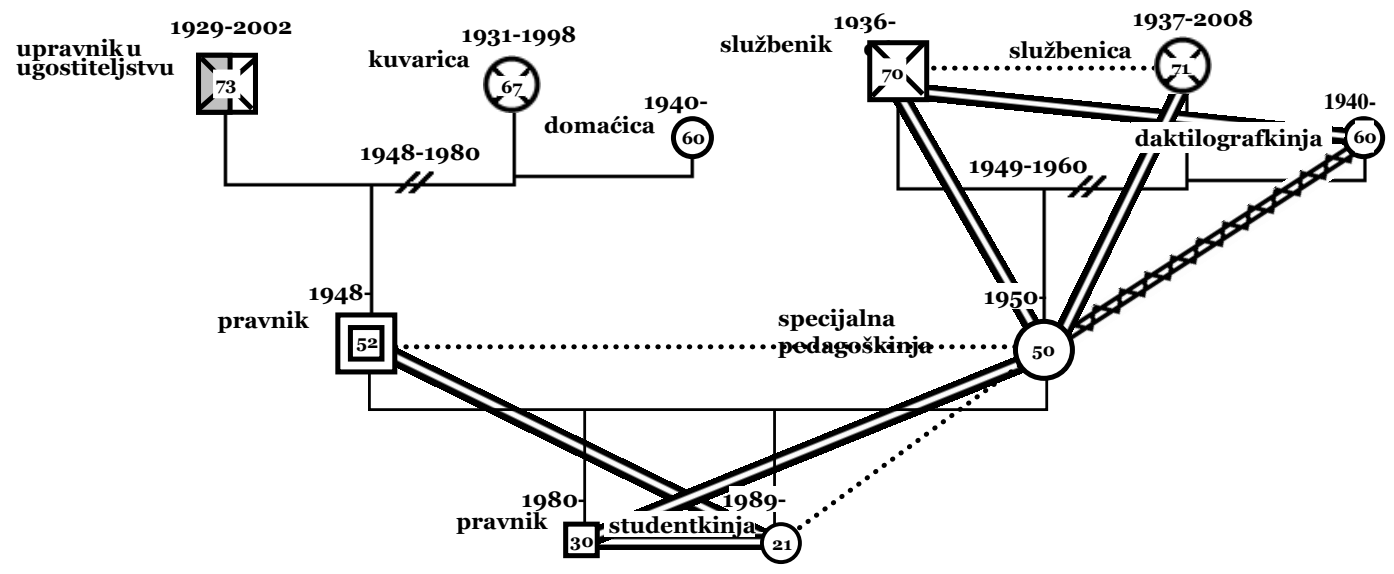
U vezi sa instrumentom FAM III, analiza je pokazala da postoji glavni efekat faktora:

- grupa: na dimenzijama *Izvođenje uloga*, *Kontrola* i *Vrednosti i norme* sa *Individualne* skale; na dimenzijama *Komunikacija* i takođe *Vrednosti i norme* sa *Dijadne* skale; na dimenzijama *Izvođenje uloga*, *Emocionalna ekspresija* i *Kontrola* sa *Opšte porodične* skale;
- pozicija: na dimenziji *Kontrola* sa *Individualne* skale; na dimenziji *Dostizanje ciljeva* sa *Dijadne* skale; na dimenzijama *Izvođenje uloga* i *Vrednosti i norme* sa *opšte porodične* skale.

Međutim, interakcija dva faktora uglavnom nije pronađena, osim na dve dimenzije – *Izvođenje uloga sa Individualne skale* i *Kontrola sa Dijadne skale*. Dakle, razlike između različitih pozicija na većini dimenzija, bile su jednako izražene kako u kliničkoj, tako i u kontrolnoj grupi. Osim, na *Izvođenju uloga sa Individualne skale*, očevi i majke u kliničkom uzorku imali su niže skorove od dece, dok su u kontrolnoj, sve tri pozicije bile ujednačene. Takođe, na *Kontroli sa Dijadne skale* u kliničkoj grupi, očevi su imali niže skorove od majki i dece, dok su u kontrolnoj, sve tri pozicije bile ujednačene.



Grafikon 4: Genogram porodice iz kliničke populacije (značenje simbola dato je u prilogu 2, str. 219)



Grafikon 5: Genogram porodice iz nekliničke populacije (značenje simbola dato je u prilogu 2, str. 219)



## 5. DISKUSIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA

### 5.1. SOCIO-DEMOGRAFSKA OBELEŽJA PORODICA

Ukoliko bismo nastojali da definišemo istorijska i socio-demografska obeležja *alkoholičarske porodice* u ovom istraživanju, dobijeni rezultati ukazuju da je to porodica:

- ↳ za čije zasnivanje osnov predstavljaju brak ili vanbračna zajednica (supružanska porodica);
- ↳ koju sačinjavaju bračni par i maloletna, odnosno radno još uvek neproduktivna deca (dvo generacijska porodica);
- ↳ u kojoj je broj članova sveden na najmanju meru, tj. na biološku grupu (biološka, prosta, mala, inokosna, nuklearna porodica).

Kada je otklonjen efekat varijabilnosti koji bi proisticao iz varijabli životne dobi, pola i dostignutog obrazovnog nivoa ispitanika, utvrđeno je da porodice uključene u porodično lečenje alkoholizma, odlikuje prosečno manji broj članova, odnosno manji broj dece u porodicama. Po svemu sudeći, nepostojanost i nesigurnost porodičnog konteksta posredovala je da se roditelji u tim porodicama teže opredeljuju za njeno proširenje. Nepovoljnije finansijsko stanje u takvim porodicama, takođe utvrđeno u našem istraživanju, sigurno je jedan od dodatnih razloga.

Deca iz alkoholičarskih porodica pokazala su se manje spremnima da se odvajaju od primarnih porodica, čak i kada je školovanje u pitanju. Osim prethodno pomenutog ekonomskog momenta, tome je svakako doprinela i naglašena centrifugalna orijentacija dece iz takvih porodica, kao reakcija na suštinsku udaljenost njenih članova, u sklopu pokušaja održanja porodičnog integriteta (Hampson and Beavers, 1996). Postavljanje dece u poziciju onih koji obezbeđuju porodici celovitost, bilo kao “nosioci” porodične patologije ili porodični arbitri (Hampson et al, 1996; Skinner et al, 2000), može se razumeti kao mehanizam koji je u osnovi ovog segmenta dobijenih rezultata.

## **5.2. SPECIFIČNA OBELEŽJA ALKOHOLIZMA**

### **5.2.1. PSIHOLOŠKE TEGOBE I TEŠKOĆE “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA”**

U skladu sa očekivanjima, u uzorku “identifikovanih pacijenata”, detektovane su brojne disfunkcije i poremećaji koji se mogu dovesti u vezu sa prekomernim pijenjem alkoholnih pića.

Pre svega, to su karakterne izmene. Kao što se po postulatima Beogradskog ekosistemskog bio-psiho-socijalnog modela i pretpostavlja (Lažetić, 2011), alkoholičari su osobe koje su izgubile brojna interesovanja, koje su se pasivizirale i razvile zavisnosti od drugih. Njihova tolerancija na frustracije je snižena, nesigurni su, centrirani na sopstvene potrebe, socijalno i emocionalno nezreli, sa nedostatkom samodiscipline, i skloni površnom odnosu sa ljudima.

Tegobe iz spektra anksioznosti i depresivnosti i problemi sa spavanjem, u našem uzorku gotovo da su bili ustaljeni pratioci alkoholizma, što takođe jeste očekivan nalaz (Foster et al, 2002; First and Tasman, 2004; Averina et al, 2005).

Napadi panike sa agorafobijom, neiskrenost i zloupotreba/zavisnost od kocke, iako zastupljeni samo kod alkoholičara, nisu bili u toj meri učestali da bi se mogli definisati kao njihov specifikum. Napadi panike i inače su koncept koji kulturološki nije nešto što je srodno osobama muškog pola. Neiskrenost je, čini se, atribut koji osobe sebi nerado pripisuju, čak i kada su u principu spremni za kritički osvrt na svoje funkcionisanje. Kada su u pitanju nehemijske zavisnosti, moguće je da na našoj populaciji, problem sa zavisnošću od kocke nije toliko rasprostranjen, da bi njegov komorbiditet sa alkoholizmom dostigao značajne razmere, kao što je to slučaj u razvijenijim zemljama (Welte, 2001; Petry et al, 2005).

Alarmantan je podatak da se u pogledu zloupotrebe droga, razlika uzorka alkoholičara u odnosu na neklinički uzorak – izgubila.

### **5.2.2. TELESNE DISFUNKCIJE I OBOLJENJA “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA”**

Štetne posledice alkoholizma po telesno stanje “identifikovanih pacijenata”, koje su prevashodno u vezi sa toksično-degenerativnim dejstvom alkohola na organizam, bile su veoma izražene. Posmatrano sa pozicije društvenog interesa, alkoholizam se, dakle, potvrdio važnim činiocem afekcije telesnog zdravlja, te generatorom poremećaja i oboljenja koja i sama po sebi imaju poseban socio-medicinski značaj, kao što su karijes, gojaznost, pothranjenost, proširene vene jednjaka, degeneracija jetre i dijabetes.

Iako se arteroskleroza i epilepsija nisu pokazale kao osobenosti grupe alkoholičara, njihova frekvencija u našem uzorku odgovara onoj koja je evidentirana u literaturi (Hillbom et al, 2003).

Pojava čira, bez obzira na lokalizaciju (jednjak, želudac i dvanaestopalačno crevo), dostigla je značajne razmere, kako kod alkoholičara, tako i kod očeva u nekliničkom uzorku. Pri pokušaju da razumemo ovaj nalaz, imali smo na umu činjenicu da su savremeni trendovi lečenja ovog oboljenja fokusirani na otkrivanje, kao i na specifičnu terapiju infektivnog agensa u njegovoj osnovi. Ipak, multifaktorijalno shvatanje njegove etiologije u savremenoj literaturi, nije napušteno. To nam dopušta da otvorimo pitanje da li je dobijena slika učestalosti ulkusne bolesti efekat stresogenog potencijala vremena u kojem živimo, gde zahtevne okolnosti savremenog tempa življenja brišu razlike u pogledu prisustva ovog oboljenja. Da je dobijen rezultat možda i izraz nekog posebnog obeležja naše populacije, nismo uočili prilikom pregleda epidemioloških podataka. Na primer, prevalenca peptičke bolesti u Srbiji, manja je u odnosu na zabeležene u Nemačkoj i Holandiji (Hunt et al, 2011).

### **5.2.3. BRAČNI I PORODIČNI PROBLEM**

Alkoholičarsku porodicu, sudeći po dobijenim rezultatima, odlikuje postojanje tajni i dogovora “iza leđa”. U njima se ne zna ko šta radi, ko odlučuje, a ko odgovara. Supruga je najčešće u poziciji “glave kuće”. Bračni partneri se udaljavaju, učestaliji su “crni fondovi” i, kao najdramatičniji obrazac porodične problematike, javljaju se verbalni i fizički sukobi. Kao veoma značajan podatak, izdvaja se to što alkoholičari iznose kako su znatno učestalije imali fizičke

sukobe u kući, u odnosu na one na radnom mestu i u širem socijalnom okruženju. Da li je to zato što “veo porodičnih tajni” uspešno prikriva i ovu problematiku, ili vanporodično socijalno okruženje poseduje niži prag tolerancije nasilja i ima ozbiljnije metode sankcionisanja, teško je reći na osnovu prirode prikupljenih podataka. Ono što možemo tvrditi sa priličnim stepenom izvesnosti, to je da u takvim porodicama porodično nasilje jeste činilac koji se može očekivati i kojem je potrebno posvetiti pažnju u radu s njima. Naposljetku, najviše alkoholičara i biva zakonski sankcionisano, upravo zbog nasilničkog ponašanja u porodici (Svetozarević i sar., 2011).

#### **5.2.4. PROFESIONALNI PROBLEMI “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA”**

Kada su u pitanju pretpostavljene profesionalne posledice alkoholizma (Lažetić, 2011), s problemom nezaposlenosti i rada na manje kvalifikovanoj poziciji, susretali su se podjednako i zavisnici od alkohola i osobe koje ne zahtevaju kliničku brigu. Međutim, kada je u pitanju funkcionisanje na radnom mestu, alkoholičari su bili skloniji odsustvovanju s posla, limitiranoj produktivnosti, profesionalnim greškama i materijalnim gubicima, kao i verbalnim i fizičkim sukobima. No, i mimo svega navedenog, disciplinske mere na poslu bile su nešto što se, bar prema podacima iz našeg istraživanja, veoma retko izriče. Ovaj nalaz baca drugačije svetlo na iznetu dilemu, u vezi sa učestalošću nasilničkog ponašanja alkoholičara u porodici. Po svemu sudeći, društvena zajednica je mnogo tolerantnija, nego što smo inicijalno pretpostavili. Razlozi učestalosti porodičnog nasilja, čini se, pretežno su situirani u alkoholičaru i karakteristikama porodičnog funkcionisanja i odnosa, te relativnoj prikrivenosti takvih obrazaca, a svakako i u spremnosti članova porodice da ih tolerišu, odnosno trpe. Povrh svega, činjenica da alkoholičari nisu bili skloniji povredama na radu, otvara pitanje njihovog limita bihevioralne kontrole, koji se često navodi kao efekat alkoholizma.

Ovom prilikom imamo potrebu da se osvrnemo i na podatak da su se alkoholičarske porodice u našem istraživanju odlikovale nepovoljnijom materijalnom pozicijom. Ispostavilo se da nijedan od pobrojanih elemenata profesionalnog funkcionisanja nije bio značajno povezan sa ovom pojavom

(nazaposlenost, rad na manje kvalifikovanoj poziciji, izostanci sa posla) što je svakako podatak koji zaslužuje dodatnu pažnju, koja je u ovom trenutku prevazilazila obime našeg istraživanja. Verovatno je da su prihodi u porodicama iz kliničkog uzorka bili sniženi usled odsustvovanja sa posla zbog bolovanja i/ili izostanka honorarnog radnog angažmana, premda je i problematizovana iskrenost vezano za finansije («crni fondovi») takođe činilac koji se čini mogućim.

#### **5.2.5. SOCIJALNI PROBLEMI “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA”**

Jedan od domena funkcionisanja alkoholičara, koji se ispostavio pogođenim u značajnoj meri i prema rezultatima našeg istraživanja, jeste ponašanje u široj socijalnoj sredini. Alkoholičari su češće učestvovali u saobraćajnim nesrećama, učestalije su se verbalno i fizički sukobljavali sa svojim okruženjem i zapadali u dugove. No, upravljanje motornim vozilom u alkoholisanom stanju, koje nije imalo saobraćajnu nezgodu kao epilog, pokazalo se gotovo nepostojećim fenomenom, kako za alkoholičare, tako i za one koji to nisu.

#### **5.2.6. BROJNOST I MULTIDIMENZIONALNOST POSLEDICA ALKOHOLIZMA – REALITET ILI ARTEFAKT**

Dakle, naši podaci su potvrdili pretpostavke o multidimenzionalnim nepovoljnim efektima alkoholizma na razne sfere funkcionisanja alkoholičara (Lažetić, 2011) – ličnu, bračnu odnosno porodičnu, profesionalnu i širu socijalnu. Ipak, prilikom razmatranja dobijene slike i pokušaja uopštavanja dobijenih rezultata, nužan je izvestan oprez. Pre svega, nalazi istraživanja su svakako bili pod uticajem činjenice da su pacijenti, u okviru terapijskog programa u koji su uključeni, bili edukovani za prepoznavanje ovih obrazaca u svom funkcionisanju. Samim tim, moguće je da su bili spremniji da ih prepoznaju i saopštavaju o njima. S druge strane, ispitanici iz kliničkog uzorka ispoljili su izraženiju tendencu ka davanju socijalno poželjnih odgovora, što se, svakako, odrazilo i na njihovo samoizveštavanje u ovom pogledu.

Još veća rezerva nameće se kao nužna, prilikom pokušaja razumevanja uzročno-posledičnih aspekata dobijenih rezultata, posebno kada su bračni i porodični problemi u pitanju. Prilično je izvesno šta prethodi kada su u pitanju pad produktivnosti i materijalne greške u radu, ili pak saobraćajne nezgode u alkoholisanom stanju. Međutim, verbalni ili fizički sukobi, superpozicioniranje autoriteta supruge, udaljavanje bračnih partnera i slično, mogu biti kako posledica alkoholisanosti ili alkoholizma, tako i povod za dalje pijenje, odnosno produbljivanje alkoholizma. Uzmimo za primer, upravo, suprugu kao “glavu” porodice. Pitanje je da li je primarno dominantna žena izabrala muškarca koji je pasivan dobrim delom zbog postojećeg alkoholizma. Ili, da li je svojim insistiranjem na autoritetu, provocirala rezignaciju i propijanje supruga, ili je usled suprugove nezainteresovanosti pokrenute alkoholizmom, na sebe naknadno preuzela brojne porodične uloge? Pokušaj dostizanja tačnog odgovora na postavljena pitanja, najčešće se ispostavlja nemogućim poduhvatom. Mišljenja smo, zato, da je prilikom posmatranja posledica, korisnije fokusirati se na “sada i ovde”, odnosno na aktuelni presek stanja stvari u porodici, kao polaznu tačku u radu s njom.

#### **5.2.7. FAZE RAZVOJA ALKOHOLIZMA KOD “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA”**

Jedan od pokazatelja stabilnosti alkoholizma kao fenomena, jeste i naša, empirijska potvrda zakonitosti njegovog razvoja, na način kako je koncipirano u literaturi gotovo pre pola veka (Gačić 1978, 1985; Stanković 2003). Dakle, pojava indikatora predtoksikomanske i toksikomanske faze u našem uzorku, odvijala se prema predviđenoj dinamici, odnosno alkoholičari su prvo razvili psihološku zavisnost, a znatno kasnije i gotovo istovremeno, pad tolerancije, alkoholnu amneziju i gubitak kontrole nad umerenim pijenjem. Nemogućnost apstinencije, odnosno pojava apstinencijalnog sindroma prilikom pokušaja prekidanja pijenja alkoholnih pića, bio je pokazatelj koji se poslednji ispoljio. Ovo vidimo kao jednu u nizu empirijskih potvrda neurobiološke osnove razvoja alkoholne zavisnosti, jer ukoliko se razmotre navedeni indikatori, postaje jasno da su stabilni znaci alkoholizma zapravo oni koji ukazuju da centralni nervni

sistem počinje ozbiljno da trpi, te da se alkoholizam ugradio u biohemizam mozga.

#### **5.2.8. PROBLEMI RAZVOJA I PRILAGOĐAVANJA DECE “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA”**

Rezultati našeg istraživanja, u vezi sa decom koja odrastaju u alkoholičarskim porodicama, ukazuju na to da ona jesu u većoj meri opterećena kada su u pitanju enureza, napadi anksioznosti, tikovi, neočekivani odlasci iz kuće i poremećaji spavanja. Poremećaji ponašanja, govora, hranjenja i vezivanja, zatim grickanje noktiju, manifestacije iz spektra opsesivno-kompulsivnog poremećaja, fobije, astma, panični napadi i zloupotreba interneta, nisu se pokazali specifičnim za njih. Školski uspeh je potvrdio osetljivost na opštu klimu porodičnog sistema, na način dobro poznat u postojećoj literaturi – deca iz klinički opterećenih porodica, saopštavala su o nižem školskom postignuću. Kada bismo pokušali da sumiramo ovaj deo nalaza, mogli bismo reći da su deca iz alkoholičarskih porodica opterećenija pojavom anksioznosti i njenih korelata, od njihovih vršnjaka iz nekliničkog konteksta. Zatim, da su skloniji neočekivanim odlascima od kuće, redukciji edukativne uspešnosti i problemima sa spavanjem. Nalaz ovih, relativno nespecificovanih tegoba iz spektra dečijeg neuroticizma i poremećaja ponašanja, može se dovesti u vezu sa difuznim stresogenim okolnostima u alkoholičarskim porodicama. Nasuprot tome, pokazatelji poteškoća adaptacije koji se nisu različito distribuirali u okviru dve grupe dece, pretežno su vezani za relativno specifične činioce – na primer, astma koja se pretežno dovodi u vezu sa separacionom problematikom ili fobije sa postuliranim traumatogenim iskustvom u njihovom zaleđu. Dakle, za razliku od stavova u literaturi koji govore u prilog totalitetu disfunkcije dece alkoholičara (Silverstein, 1990, p.75), rezultati našeg istraživanja samo delom potvrđuju multidimenzionalnost štetnih efekata alkoholizma roditelja po decu. Isto tako, indikatori disocijalnog trenda, koji je bio za očekivanje na osnovu relevantne literature (Molina, Donovan, & Belendiuk, 2010), nisu se ispostavili kao osobenost dece iz našeg kliničkog

uzorka. Dalje, ova deca jesu bila opterećenija stresorima, ali ne i iskustvima gubitka i trajnog razdvajanja, kao što Menisova navodi (Menees, 2000).

Deca alkoholičara u našem istraživanju bila su sklonija internalizujućim obrascima, a pri tome su porodice alkoholičara ispoljavale značajno veći stepen konfliktogenosti. Ovaj nalaz se razlikuje od prisutnih navoda u literaturi o pozitivnoj povezanosti porodičnih konflikata i eksternalizujućih obrazaca dece (El-Sheikh & Flanagan, 2001).

Deca iz alkoholičarskih porodica su i, u skladu sa teorijskim i empirijskim postavkama, sklonija zloupotrebi alkohola, delimično i droga, bez obzira na to da li je u pitanju hereditarno, psihološki ili socijalno zasnovana geneza tih, komorbiditetnih adikcija.

Paradoksalno očekivanjima, deca iz nekliničkog uzorka učestalije su ispoljavala separacionu problematiku. Takav nalaz razumeli smo u svetlu podataka o manjoj integrisanosti i uključenosti članova alkoholičarskih porodica – po svemu sudeći, separaciona problematika kod njih je izostajala, usled problematizovanog vezivanja za roditeljske figure. Do sličnih zapažanja došli su Klark i saradnici u svojoj studiji (Clark et al., 1998). Ukoliko uzmemo u obzir da kvalitet vezanosti za roditeljske figure korelira sa detetovim doživljajem lične vrednosti (Rangarajan, 2008), ovaj nalaz otvara pitanje da li će nepovoljni efekti alkoholizma roditelja tek biti manifestovani u budućnosti, u formi potencijala za depresivno reagovanje dece alkoholičara, pokrenutog negativnim samovrednovanjem. Dobijena slika problematizovane povezanosti, veoma je slična sa utvrđenom kod subjekata sa dijagnozom depresije, koji su saopštavali o distanciranim odnosima u svojim porodicama, a interakcije među članovima prikazane su kao retke (Kashani, 1995).

Povrh svega navedenog, možda je upravo problematizovano vezivanje za roditelje u alkoholičarskim porodicama, ostvarilo uticaj na ispoljene tegobe i teškoće njihove dece, te doprinelo unekoliko drugačijoj slici na našem uzorku.

Da li je navedeno specifično za alkoholičarske porodice po sebi ili za sve disfunkcionalne porodice, na osnovu prirode prikupljenih podataka nismo u mogućnosti da tvrdimo. U svakom slučaju, sa kliničkog aspekta, ova distinkcija čini se manje značajnom.



### **5.2.9. TELESNI I PSIHOLOŠKI PROBLEMI SUPRUGA “IDENTIFIKOVANIH PACIJENATA”**

Supruge alkoholičara bile su sklonije raznim formama psihološke i somatske disfunkcije. U pogledu somatskog zdravlja, to su pre svega bile raznovrsne forme bolova u leđima (označavani kao »bol u leđima«, »lumbago«, »lumboišialgija«). Zatim, disfunkcije i oboljenja štitne žlezde. Etiološki, to i jesu oboljenja za čiju se genezu pretpostavlja da u sebi sadrži značajnu psihološku komponentu.

U vezi sa psihološkim statusom njih je, kao i njihove bračne partnere, odlikovala učestalija pojava anksioznosti i depresivnosti. One su, u odnosu na supruge iz nekliničkog uzorka, značajno češće saopštavale i o tegobama po neurasteničnom tipu u smislu bezvoljnosti, doživljaja iscrpljenosti, teškoća da obavljaju uobičajene aktivnosti i sl.

Dakle, bez obzira na to da li suprugu posmatramo kao žrtvu (Garcia-Moreno et al, 2005), vinovnika (Whalen, 1953) ili bar ravnopravnog partnera (O’Leary and & Williams, 2006) svog supruga alkoholičara u nastanku, razvoju i održavanju njegovog alkoholizma, činjenica jeste da one u većoj meri trpe od žena iz nekliničke populacije, što se naposljetku i odražava na njihovo globalno zdravlje. Čak i ako uzmemo u obzir da postoje brojna stanja koja kod njih, ponaosob uzeta, nisu učestalija (bolesti bubrega, pluća, srca, gušterače), na nivou opšte opterećenosti – one ipak prednjače. Posmatrano šire, ovo je jedna u nizu potvrda opravdanosti uključivanja članova porodice u proces lečenja alkoholizma.

No, vratimo se funkcionisanju alkoholičarske porodice u totalitetu, čiji je “profil” predstavljao bazični predmet našeg istraživanja.

### **5.3. ALKOHOLIZAM I PORODIČNI RITUALI**

Porodice koje su učestvovala u našem istraživanju, odnosno, koje su bile uključene u porodičnu terapiju alkoholizma, odlikovalo je prožimanje porodičnih rituala alkoholizmom, kako je i očekivano u skladu sa Stajnglasovim postavkama<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Za svaku od ispitivanih oblasti porodičnih rituala najmanje 70% ispitanika iz kliničkog uzorka se izjašnjavalo o tome da su u potpunosti bile određene ciklusima treznog stanja i pijanstva alkoholičara.

#### **5.4. VASPITNA PRAKSA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA U NAŠEM ISTRAŽIVANJU**

Način postupanja roditelja u alkoholičarskim porodicama prilikom vaspitanja dece, prema dobijenim rezultatima, nije pokazao osobenosti. Oni su, poput roditelja iz nekliničkog uzorka, u najvećoj meri bili skloni demokratičnosti u pristupu, nešto ređe su se postavljali autokratski, veoma liberalna atmosfera se rangirala na trećem mestu, dok je odbacujući stil bio nešto o čemu je izvestio mali broj roditelja. Koliko je objektivno realizovan pristup u vaspitanju dece zaista i korespondirao sa deklarisanim, ostalo je otvoreno pitanje.

#### **5.5. MODELI PORODIČNOG FUNKCIONISANJA I ALKOHOLIČARSKE PORODICE U NAŠEM ISTRAŽIVANJU**

Posmatrano iz pozicije primenjenih modela, alkoholičarske porodice u našem istraživanju u značajnoj su meri i dosledno ispoljavale poteškoće u domenu komunikacije, opšteg porodičnog zdravlja, razrešavanja konflikata i emocionalne uključenosti, a samim tim, njihovi su članovi izveštavali o limitu zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem. Dakle, za razliku od rezultata Menisove (Menees, 2000, str. 364), izvesne specifikume alkoholičarskih porodica bilo je moguće utvrditi i to posebno u domenima komunikacije i konflikata

Očekivana potvrda pretpostavki da se alkoholičarske porodice značajno razlikuju od nekliničkih i u pogledu efikasnosti u realizaciji uloga i rukovođenju – izostala je, dok se u pogledu porodične kohezivnosti, zapravo, distanciranost članova pokazala kao osobenost. Sudeći prema dobijenim nalazima, alkoholičarske porodice, ipak, ne pokazuju disfunkcije u svim sferama življenja. Osim toga, “stabilnost u nestabilnosti” alkoholičarskih porodica, prema dobijenim rezultatima, nije predstavljala odraz umreženosti takvih porodica, već čini se reaktivno pokrenutih procesa integracije u susretu sa otuđenošću članova takvih porodica.

Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja i Olsonov Cirkumpleks model pokazali su se, kada su nezavisno posmatrani, podjednako vrednim prediktorima grupne pripadnosti. Međutim, kada je ocenjivana njihova

konkurentna vrednost, ispostavilo se da u pogledu bazičnih dimenzija modela, osim ocene kvaliteta porodične Komunikacije, Cirkumpleks model ne daje značajniji doprinos, iako uključivanje Zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem, predstavlja njegovu prednost.

Nijedna od dimenzija Skinnerovog Modela porodičnih procesa nije zauzela značajno mesto u kreiranju strukture diskriminativne funkcije.

#### **5.5.1. CIRKUMPLEKS MODEL I ALKOHOLIČARSKE PORODICE U NAŠEM ISTRAŽIVANJU**

Pokušaj odgovora na pitanje koje su to suštinske osobenosti alkoholičarskih porodica, dodatno se usložnjava kada posmatramo kako su se ponaosob “ponašali” modeli porodičnog funkcionisanja koje smo uključili u istraživanje.

Kada je u pitanju Olsonov Cirkumpleks model, pod okolnostima kada su samo podaci dobijeni sa skale, zasnovane na njemu, bili uključeni u analizu, utvrđeno je da većina njegovih dimenzija jeste u stanju da dovoljno i dosledno razlikuje klinički od nekliničkog uzorka. Nedovoljnom prediktivnom moći odlikovale su se dimenzije Umreženosti i Haotičnosti.

Dakle, alkoholičarske porodice su se u svetlu Olsonovog Cirkumpleks modela odslikale kao porodice sa međusobno udaljenim članovima i rigidnim sistemima pravila i odnosa, odnosno kao manje kohezivne i manje fleksibilne, u odnosu na nekliničku populaciju. Zatim, kao porodice koje ispoljavaju poteškoće u komunikaciji i čiji su članovi znatno manje zadovoljni porodičnim funkcionisanjem.

Testiranje mogućnosti predviđanja grupne pripadnosti, pod okolnostima kada su svi primenjeni instrumenti zajedno uzeti u analizu, ukazalo je na to da su samo dimenzije Komunikacije i Zadovoljstva ispoljile značajne prediktivne mogućnosti. Doduše, pri tome su dostizale najviše koeficijente, odnosno najznačajnije su razlikovale dve grupe ispitanika i to posebno skala Zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem.

Slabljenje prediktivne moći skala kohezivnosti i fleksibilnosti, moguće je odrazilo uticaj nekih moderatorskih varijabli, čemu su one po navodima Berija i Fleminga (Barry & Fleming, 1990) prilično sklone. Za razliku od navedenog

istraživanja, u našem je utvrđen konfliktogeni potencijal alkoholičarskih porodica.

Za razliku od kohezivnosti, udeo adaptabilnosti u definisanju rizika življenja u porodici sa zavisnikom, nije najjasniji. U studiji Kanga i sar. (Kang, Kleman, Todd, Kemp & Lipton, 1991) Adaptabilnost, za razliku od Kohezivnosti, nije pokazala značajnu povezanost sa merama psihološkog funkcionisanja članova porodice. Nasuprot tome, u studiji Smarta i sar. (Smart et al, 1990), adolescentni adiktogeni potencijal, pokazao je povezanost sa modovima neuravnoteženosti obe dimenzije. U našem istraživanju, Umreženost i Haotičnost izdvojili su se kao aspekti neuravnoteženosti odgovarajućih dimenzija, bez značajne prediktivne vrednosti.

#### **5.5.2. SISTEMSKI MODEL I ALKOHOLIČARSKE PORODICE U NAŠEM ISTRAŽIVANJU**

U vezi sa Biversovim Sistemskim modelom porodičnog funkcionisanja, članovi alkoholičarskih porodica dosledno su izveštavali o problematizovanom opštem porodičnom zdravlju, konfliktima u porodičnom sistemu i poteškoćama izražavanja emocija među članovima porodica. Štaviše, stepen međusobnog razlikovanja ispitanika, te njihova doslednost pri zauzimanju pozicija na ovim varijablama modela, bila je izražena do mere da su se one pokazale ne samo kao najznačajniji grupni prediktori kada je ovaj instrument u pitanju već i kada se u analizu uključe svi primenjeni modeli, odnosno instrumenti zasnovani na njima. Iako je nasilje bilo u značajnoj meri prisutno u porodicama iz kliničkog uzorka, u porodičnoj kohezivnosti, kompetencama i ekspresivnosti, te porodice se nisu razlikovale od porodica iz nekliničke grupe, kako bi se na onovu rezultata Džonsonove studije moglo očekivati (Johnson, 2002). Problemi na dimenziji Konflikata, u skladu sa njegovim nalazom, potvrdili su se kao specifičnost porodica sa problemom alkoholizma i u našem istraživanju.

#### **5.5.3. MODEL PROCESA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA I ALKOHOLIČARSKE PORODICE U NAŠEM ISTRAŽIVANJU**

Skinerov Model procesa porodičnog funkcionisanja i upitnik zasnovan na njemu, praktično su demonstrirali da porodica različito izgleda u zavisnosti od

perspektive iz koje se posmatra (individualne, dijadne i opšte porodične). Analiza rezultata, dobijenih njihovom primenom, ukazuje i na to da nisu iste dimenzije porodičnog funkcionisanja podjednako bitne za pojedinca, dijadu ili porodicu u celini.

No, ipak, upitnik je pokazao diskutabilnu vrednost u vezi sa razlikovanjem ispitanika na njegovim dimenzijama, kao i u pogledu stabilnosti dobijenih rezultata. Sa pozicije individue Izvođenje uloga, Kontrola i Vrednosti i norme, bile su bitno različite među našim porodicama. Sa pozicije procene relacije sa najznačajnijom osobom u porodici, to su bile Komunikacija i ponovo Vrednosti i norme. Opet, kada je ocenjivano porodično funkcionisanje u celini, najveće razlike su utvrđene u pogledu ocene koje su ispitanici pripisivali Izvođenju uloga, Emocionalnoj ekspresiji i Kontrolu. Dobijene nalaze dodatno usložnjava podatak da viši skorovi govore o problematičnijem funkcionisanju, a neklinički uzorak je bio upravo taj koji je ostvarivao više skorove na navedenim dimenzijama. Naposljetku, kao što je prethodno navedeno, kada su svi instrumenti uzeti zajedno u analizu, nijedna od dimenzija ovog modela nije mogla da ponudi ništa novo u pogledu predviđanja grupne pripadnosti, u odnosu na ono što je već sadržano u Biversovom i Olsonovom modelu.

## **5.6. ODNOS POREMEĆAJA I OBOLJENJA ISPITANIKA U UZORKU I PSIHOLOŠKIH FAKTORA RIZIKA**

Pokušaj izrade matrice tegoba i teškoća članova porodica i varijabli porodičnog funkcionisanja, ispostavio se i složenijim u odnosu na naša očekivanja. Broj slučajeva, bez obzira na veličinu uzorka i zastupljenost raznih formi disfunkcionalnosti članova porodica, često je bio nedovoljan u odnosu na broj posmatranih dimenzija porodičnog funkcionisanja.

## **5.7. ANALIZA INDIVIDUALNIH PERCEPCIJA PORODIČNIH SISTEMA**

Razlike između ispitanika u opažanju aspekata porodičnog funkcionisanja sadržanih u dimenzijama izabranih modela, potvrdile su se kada je kao kriterijum razlikovanja uzeta grupa kojoj pripadaju (klinički uzorak i neklinička grupa).

Kada smo posmatrali razlike između očeva, majki i dece (faktor pozicija) u ocenama istih aspekata porodičnog funkcionisanja, mnoge od utvrđenih razlika su se „izgubile“.

Kada je analiza izvršena pod okolnostima interakcije faktora grupne pripadnosti i pozicije ispitanika, jedino je upitnik zasnovan na Skinnerovom Modelu porodičnih procesa uspeo da izazove značajno razlikovanje između ispitanika. Dakle, moglo bi se reći da je pretpostavka o mogućnosti ovog upitnika da zahvati suptilne nijanse razlika percepcija individualnih članova porodičnog sistema – potvrđena u našem istraživanju. Međutim, potencijalnu diskusiju dobijenog nalaza u ovom trenutku smatramo neprimerenom i nezasnovanom, s obzirom na, i u našem istraživanju utvrđenim, konceptualno i metrijski diskutabilnim funkcionisanjem instrumenta FAM-III.

## **5.8. GENOGRAMSKI PRIKAZ**

I naposljetku, osvrnimo se na prikaz pomoću genograma dve tipične porodice, koje smo uzeli kao predstavnike grupa koje su učestvovala u istraživanju.

Genogram je, u skladu sa svojom prirodom, demonstrirao niz prednosti u kliničkoj primeni. Iz njega je bilo lako uočiti postojeće porodične uloge i odnose, disbalanse i ravnoteže, kao i poteškoće i probleme, ali i snage i rezilijence porodica.

Tokom njegove izrade, porodica je bila znatno aktivnija i angažovanija u odnosu na pristup radu ispoljen prilikom intervjua, opservacije i upitničkog procenjivanja. Aktivno učešće članova porodice tokom konstrukcije genograma, koje predstavlja standardni metod rada pri izradi genograma, potpomoglo je da se pojasne porodični obrasci funkcionisanja i rasvetle ključne emocionalno provokativne teme u porodici. Tokom intervjua, neretko su se odvijala, u različitoj meri terapijski vođena, reframiranja i detoksifikovanja određenih tema, koja su vodila emocionalnom dešaržiranju događaja i uverenja. Opisan proces konstrukcije genograma omogućio je i podsticao pridruživanje terapeuta porodičnom sistemu.

Poređenje konstruisanih genograma otkrilo je znatno veću složenost relacija u porodičnom sistemu alkoholičara, veću učestalost neuobičajenih

konfiguracija, separacija i gubitaka bliskih osoba, kao i telesnih i psiholoških poremećaja i oboljenja.

No, dometi genograma svakako su omeđeni izvesnim činiocima. Kategorije koje uključuje, suviše su široke. Individualizacija pristupa je otežana. Prikaz porodice, dobijen tim putem, jeste statičan. Stiče se utisak da u genogramu postoji uvek "višak" informacija, te se javlja problem njihovog organizovanja. Njegova izrada je pod snažnim uticajem subjektivnih činilaca i klijenta i kliničara. Još uvek nedostaju standardi za mapiranje porodičnih odnosa. Njegova obuka nije jednostavna, odnosno zahteva edukaciju i superviziranu primenu.

### **5.9. EFEKTI ŠKOLSKOG USPEHA I SOCIO-DEMOGRAFSKIH VARIJABLI**

Školski uspeh, izvesne socio-demografske varijable (veličina porodica, odnosno broj dece u porodici) i sklonost ka samoprikazivanju u socijalno poželjnom svetlu, po kojima su se dve grupe ispitanika značajno razlikovale, prema podacima iz dostupne literature, mogle su ispoljiti izvesnu relaciju sa varijablama porodičnog funkcionisanja. Stoga je naknadno testiran njihov moguć uticaj na predviđanje grupne pripadnosti.

Školski uspeh i navedene socio-demografske varijable, nisu se ispostavile relevantnim činiocima predikcije grupne pripadnosti.

### **5.10. SOCIJALNA POŽELJNOST I VARIJABLE PORODIČNOG FUNKCIONISANJA**

Rezultati našeg istraživanja koji se odnose na samoizveštavanje o socijalnoj podesnosti, ukazali su na to da se na osnovu varijabli porodičnog funkcionisanja mogla predvideti gotovo jedna petina sklonosti ka davanju socijalno poželjnih odgovora. Međutim, model prediktora je otkrio da je, zapravo, demokratski vaspitni stil bio taj koji je značajno (i pozitivno) povezan sa ovom tendencom i nijedna od preostalih uključenih dimenzija.

## 6. ZAKLJUČCI SA PREPORUKAMA

Alkoholičarske porodice, kao što je bilo evidentno iz njihove socio-demografske analize, odražavaju društveno-istorijske i socio-ekonomske zakonitosti epohe kojoj pripadaju. Te zakonitosti utiču na porodični sistem vrednosti i normi, kao i sadržaj i prioritet dimenzija porodičnog funkcionisanja, što, naposljetku, značajno determiniše željeni cilj i ishode psihoterapijskih postupaka.

Nasuprot našim očekivanjima, u kliničkom uzorku izostale su porodice čiji član problematično pije alkoholna pića, a pri tome ne dostižu kriterijume alkoholičarske porodice. To su, verovatno, bile porodice u okviru kojih problemi povezani sa članom koji pije alkoholna pića, nisu dostizali nivo činilaca koji bi u dovoljnoj meri destabilizovali porodično funkcionisanje da bi podstakli odluku na lečenje, ili je pak porodica bila u stanju da ograniči ili ukine pijenje toga člana. To su, moguće, bile i porodice koje nisu izdržale prolongirane stresogene uslove, te su se dezintegrisale pre dolaska na lečenje.

Kada se posmatra „patogeni” potencijal alkoholizma, rezultati našeg istraživanja ukazuju na to da se on ispoljava na dva nivoa. Štetni efekti alkoholizma odražavaju se u kompromitovanju funkcionalnog statusa, kako pojedinaca u alkoholičarskim porodicama, tako i porodične strukture, funkcija i odnosa.

Alkoholičari i aktuelno, na način kako je opisano u literaturi i pre više od pet decenija, pokazuju brojne disfunkcije i oboljenja u ličnom, kako psihološkom, tako i somatskom statusu. Oni su skloniji i raznim formama maladaptiranosti u porodičnom, profesionalnom i širem socijalnom domenu funkcionisanja.

Njihove supruge saopštavaju o učestalijim problemima sopstvenog psihološkog i somatskog zdravlja, a posebno multiuzročno pokrenutih telesnih bolesti, gde se psihološka komponenta smatra značajnim činiocem.

Deca iz alkoholičarskih porodica edukativno su manje uspešna i znatno se teže odlučuju da napuste svoje primarne porodice, i kada je to razvojno očekivano. Ona češće razvijaju maladaptivne obrasce, pokrenute nespecifičnim faktorima. I, što je takođe značajno, poseduju izražen adiktogeni potencijal, bez obzira na to da li je on hereditarno, bihevioralno ili psihološki uslovljen.



Zajedničko za sve aktere alkoholičarskog porodičnog sistema jeste to da su skloniji razvoju nespecifikovanih anksiozno-depresivnih stanja, sa problemima spavanja, kao fenomenom koji je od izuzetnog restitutivnog značaja za celokupno funkcionisanje individua.

Ukoliko bi bilo potrebno da se opredelimo između stavova prisutnih u literaturi, a to su, s jedne strane izveštaji o višedimenzionalnim poteškoćama i problemima članova alkoholičarskog porodičnog sistema, a s druge beskompromisno insistiranje na njihovim rezilijencama ili bar na očuvanoj funkcionalnosti, čini se da bismo se našli upravo na „pola puta“. Mi imamo na umu koliki stigmatizacioni potencijal prvo navedeno gledište može da nosi, ali, opet, poricanje patogenih efekata alkoholizma na sve članove porodičnog sistema ili pak navođenje isključivo njihovih snaga, vidimo podjednako štetnim. Stavovi da pojedini članovi u alkoholičarski brak ulaze sa već formiranom patologijom, ili pak da problemi u funkcionisanju članova alkoholičarskih porodica nisu drugačiji od problema članova nealkoholičarskih disfunkcionalnih porodica, ne čini nam se da mnogo menjaju suštinu stvari. Rezultati našeg istraživanja podržavaju uverenje da izvesne poteškoće možemo očekivati kod većine članova alkoholičarskih porodica, ali i da izvesne aspekte funkcionalnosti održavaju. Stoga nam se opravdanijim čini pristup u okviru kojeg bi se članovi ovih porodica podsticali, podržavali i učili da razvijaju snage, a prepoznaju, prihvataju ili rade na otklanjanju slabosti ili bar umanjenju, do mere u kojoj ih funkcionalno ne ometaju. Opravdanijim, nego zatvaranje očiju nad očiglednim problemima ili pak potologiziranje i onih aspekata funkcionisanja osoba koji mogu biti sasvim očuvani.

U svakom slučaju, naši rezultati potvrđuju da je alkoholizam relevantan socio-medicinski problem ne samo zbog posledica po alkoholičara već i po članove njegove porodice, u svim domenima zdravlja. Ukoliko svemu dodamo i izrazitu sklonost alkoholičara porodičnom nasilju, možemo reći da alkoholizam, takođe, poseduje i naglašenu društveno-legislativnu dimenziju.

Kao osobenosti porodičnog funkcionisanja alkoholičarskih porodica, a u vezi sa obeležjem funkcionisanja porodica u totalitetu, izdvojile su se poteškoće u komunikaciji, narušeno opšte porodično zdravlje, problematizovanost odnosa

prema konfliktima, disfunkcionalnost emocionalne razmene i podrške, te niže zadovoljstvo porodičnim funkcionisanjem.

Očekivana stabilnost rezultata u pogledu problema na svim ravnima funkcionisanja, kako je Stajnglas postulirao (Steinglass, 1987), a posebno u vezi sa realizacijom uloga, rukovođenjem i kohezivnošću tih porodica – izostala je. Dakle, fenomen alkoholičarske porodice, kao izraz štetnog dejstva alkoholizma na bazične elemente porodične strukture i funkcija, sa snažnim potencijalom za transgeneracijsku transmisiju alkoholizma i s njim povezane porodične problematike, na osnovu rezultata našeg istraživanja, nije se pokazao „terminalnim stadijumom“ razvoja alkoholizma u porodici. Dakle, ovaj nalaz vodi nas zaključku da alkoholičarske porodice, ipak, nisu homogena kategorija i da čak ni one ne predstavljaju nužno sliku totaliteta razvijene porodične disfunkcionalnosti, kako teoretske postavke predviđaju. Dakle, neke aspekte porodične funkcionalnosti uspevaju da očuvaju.

Sa psihometrijskog stanovišta, to što se funkcionisanje alkoholičarskih porodica na dimenzijama proučavanih modela nije u potpunosti odvijalo u skladu sa našim očekivanjima, takođe ima višestruke implikacije. Disperziju dobijenih rezultata pre bismo naveli kao vid upozorenja u pogledu metodologije istraživačkog pristupa porodici, a koji mora uključiti sledeće postavke:

- ↳ pristup porodici kao nečemu što prevazilazi zbir svojih delova;
- ↳ uvažavanje subjektivnog doživljaja individue;
- ↳ uvažavanje najznačajnijeg odnosa individue u porodici, tačnije, njenog odnosa sa (za nju) najznačajnijom osobom u porodici;
- ↳ naglašen respekt prema nomotetskom sagledavanju alkoholičarskih porodica;
- ↳ ostvaren pragmatiski smisao empirijskih rezultata, u smislu preventivnog delovanja u odnosu na disfunkcije porodice ili njenih članova, koje su predmet interesa.

Iz prethodno iznetog, evidentno je da klinički metod procene, kao smisaono kombinovanje dimenzija teorije i prakse kliničke psihologije, nudi mogućnost da se premosti jaz nomotetskog i idiografskog, koji je duboko prožeo naše istraživanje.

Dakle, smatramo veoma važnim da se pristup alkoholičarskim porodicama ne iscrpi u pokušajima pronalaženja pravilnosti u određenim aspektima ponašanja članova tih porodica, sa ciljem predviđanja, a samim tim, korekcije i kontrole tih postupaka. Sveobuhvatni pristup alkoholičarskim porodicama, na način kako ga mi shvatamo, pretpostavlja mnogo više. On uključuje i približavanje realitetu tih porodica, sagledavanje njihovog porodičnog života na način kako ga članovi tih porodica vide, te kreiranje porodičnog mozaika, uz jednako uvažavanje gledišta svakog člana.

Ovom prilikom imamo potrebu da se osvrnemo i na nalaz o učestalijem ispoljavanju separacione problematike u dece iz nekliničke grupe. Jasno je da separacionu anksioznosti mogu doživeti, odnosno razviti oni koji jesu bili vezani, bez obzira na to da li je i u kojoj meri *attachment* bio siguran. U alkoholičarskim porodicama, po svemu sudeći, registrovana razjedinjenost i distanca članova, predstavljale su prepreku dinamici vezivanja koja bi se odrazila u stahu od odvajanja. Ovaj nalaz uvodi novu dimenziju u razumevanje odluka dece iz alkoholičarskih porodica koja su učestvovala u našem istraživanju, da studiraju u mestima boravka. Dakle, čini se da ona nije bila pokrenuta samo finansijskim razlozima. Sasvim je moguće da je bila posredovana i manje-više svesnim nastojanjima roditelja da “drže” ovu decu u porodičnom okrilju, jer su ona, neretko, predstavljala uslov očuvanja integriteta braka i porodice. Dakle, pre “spoljnim” razlozima, nego emocionalnim potrebama dece, odnosno separacionom problematikom. No, vratimo se nalazu o učestalijem burnom reagovanju dece iz nekliničke grupe na okolnosti odvajanja. On nas podseća na jedan od postulata porodične psihologije, a to je kontinuitet normalno–patološko, odnosno funkcionalno–disfunkcionalno. Očigledno, ni deca iz nekliničkog uzorka nisu bez problema u potpunosti, te i ove porodice zavređuju pažnju. Podsetimo se, ovom prilikom, i jedne od sržnih odlika naše savremene porodice – činjenice da se mladi, nakon okončanja studija, često odlučuju da ostanu u svojim porodicama do zrelijih godina. Uzroci ove pojave i njena učestalost, do sada su bili prepoznavani na nivou kliničkog utiska. Naši rezultati ukazuju na moguće psihološko zaleđe ovog fenomena, te posredno predstavljaju empirijski prikaz njegove učestalosti. Stiče se utisak da separaciona problematika, zapravo, predstavlja rizike sa kojima se suočavaju

porodice koje nikada nisu, a možda neće ni zatražiti kliničku pomoć. Dakle, da predstavlja fenomen koji se čini vrednim istraživačkih napora, odnosno koji svojim prisustvom ukazuje na potrebu za sistematskim i sveobuhvatnim bavljenjem našim porodicama, posebno kada su postupci prevencije u pitanju. To što naše porodice možemo opisati kao generalno funkcionalne, ali opet porodice koje imaju neke svoje probleme, otvara pitanje koji su zapravo dometi prevencije. Dakle, pitanje do kojih nivoa populacije treba da se protežu preventivni postupci, kao i pitanje različitosti oblika prevencije – ovom prilikom mislimo na intervencije koje nisu psihoterapijske u uskom smislu. No, pre svega, ovaj nalaz potvrđuje potrebu, značaj i smisla pristupa porodicama, u skladu sa paradigmatom psihologije porodice, odnosno:

- a) *individualizacijom pristupa* – bez obzira na to što smo u našem radu “rukovali” skupnim ocenama porodičnog funkcionisanja, izvesni rezultati poput ovog o učestalijoj separacionoj problematici kod dece iz nekliničke grupe ili pak, s obzirom na paradoksalnu integrisanost, neočekivanu distanciranost članova alkoholičarskih porodica, podsećaju nas da u bavljenju porodicama nema šablona, te da uvek moramo biti otvoreni za osobenosti svake pojedinačne porodice;
- b) *kontinuumom funkcionalno-disfunkcionalno* – značaj ovog postulata potvrđuje postojanje pomenute problematike u nekliničkoj grupi, kao i očuvanih aspekata porodične funkcionalnosti u kliničkom uzorku;
- c) *različitim nivoima prevencije* – preventivni postupci nisu “rezervisani” samo za rizične grupe ili pak porodice u kojima je verifikovana problematika – njihova primena čini se opravdanom i kada je neklinička populacija u pitanju; samim tim, preventivni postupci po svojoj širini prevazilaze okvire psihoterapijskih intervencija; krug relevantnih pomagačkih profesija širi se, a zbog širenja delokruga dejstva i povećanja broja potencijalnih korisnika, telekomunikacione mreže i kontakt preko interneta, kao i uvođenje pismene komunikacije, pretenduju da zauzmu značajno mesto u organizaciji preventivnog rada.

Ukoliko pokušamo da formulišemo odgovor na implicitno pitanje sadržano u naslovu ove teze, a to je pitanje da li je nešto uopšte novo u

ponuđenim novim mogućnostima za otkrivanje faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama, naši stavovi ostaju podeljeni. Podeljeni između prednosti i nedostataka, mogućnosti i ograničenja i, naposljetku, toga da li je dalji rad na razvoju i psihometrijskom poboljšanju tehnika smislen ili ne.

Olsonov Cirkumpleks model i Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja pokazali su se, u situacijama nezavisne primene, podjednako vrednim u pogledu potencijala da dosledno i dovoljno razlikuju alkoholičarske porodice od nekliničke grupe. Međutim, kada je ocenjivana njihova konkurentna vrednost, ispostavilo se da u pogledu bazičnih dimenzija modela, Cirkumpleks model ne može ponuditi, izuzev Komunikacije, ništa novo u odnosu na informacije koje su već sadržane u Sistemskom modelu porodičnog funkcionisanja Roberta Biversa. Ipak, facilitirajući uticaj Zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem, ispostavio se kao prednost Olsonovog modela.

Skinerov Model procesa porodičnog funkcionisanja, što se iz prikaza u teoretskom delu ove teze može uočiti, epistemološki i teoretski najkompleksniji je od izabrana tri modela. Odlikuju ga impozantno metodološko zaleđe, složeni postupci logičke analize i striktno poštovanje principa deriviranja tehnika iz postulata modela, odnosno načela izrade psiholoških mernih instrumenata. On je, u našem istraživanju, pokazao niz svojih prednosti u pogledu individualizacije pristupa porodici. To što je prikazao da porodica različito izgleda u zavisnosti od perspektive iz koje se posmatra, smatramo potvrdom da je nužno ukazati dostojan respekt individualizovanju procesa procene porodice. Razlike koje je izazvao u pogledu toga koje su dimenzije porodičnog funkcionisanja suštinske za pojedinca, dijadu i porodicu u celini, smatramo bitnim implikacijama pri planiranju primerenih postupaka i željenih ishoda terapijskog procesa, te evaluaciji njegovih efekata.

Pa ipak, sudeći po našem iskustvu, kao i nekim podacima iz strane literature, upitnik zasnovan na modelu zahteva ozbiljne konceptualno-metodološke i metrijske revizije.

Prekomerna kompleksnost individualnih perspektiva i teškoće njihove integracije, mogu samo delimično biti odgovorni za nalaz diskutabilne vrednosti upitnika u pogledu razlikovanja dve grupe ispitanika na ovim dimenzijama i stabilnosti dobijenih rezultata. Podaci iz dostupne literature signaliziraju da su

vrednosna konotacija ajtema i složen sistem davanja odgovora (četvorostepena skala, bez centralne vrednosti za neopredeljene ispitanike), takođe, aspekti upitnika koji zaslužuju ponovno razmatranje.

Stoga, nalaz da je on jedini od izabrana tri upitnika porodičnog funkcionisanja izazvao razlike u opažanju porodičnog funkcionisanja između majki, očeva i dece kliničkog uzorka i nekliničke grupe, ne može se uzeti kao osnov za bilo kakav valjan zaključak.

Rezultati našeg istraživanja, u ovom trenutku, daju za pravo da se diskutuje o proceni porodičnog funkcionisanja, uzimajući u obzir sve ispitanike.

Ukoliko bismo pokušali da sumiramo nalaze primene izabranih modela u našem istraživanju, mogli bismo reći da:

– rezultati našeg istraživanja ukazuju na to da, u svetlu svrhe upućivanja alkoholičarske porodice na procenu (npr. psihoterapijski potencijali, podobnost za roditeljstvo, usvojenje, hraniteljstvo i sl.), i u zavisnosti od dimenzija koje sadrže modeli, a koje pri operacionalizaciji uputnog pitanja vidimo podesnim za davanje odgovora na njega, sa podjednakom pouzdanošću možemo se osloniti i na Biversov i na Olsonov model;

– ukoliko je potrebno izabrati model veće prediktivne vrednosti, a pri tome smo zainteresovani za bazične dimenzije porodičnog funkcionisanja, Biversov model se ističe kao konkurentniji;

– instrument porodične procene zasnovan na Skinnerovom Modelu procesa porodičnog funkcionisanja, iako ga sa pozicije kliničkog metoda procene odlikuju izvanredne postavke, na praktičnom nivou zahteva ozbiljnu metrijsko-konceptualnu reviziju.

Sažete praktične implikacije našeg istraživanja, u vezi sa patogenim potencijalom življenja u alkoholičarskim porodicama, glase:

– činjenica življenja u alkoholičarskim porodicama poseduje jasan patogeni potencijal, kako po pojedinačne članove porodičnog sistema, tako i po porodične obrasce, odnose i funkcionisanje porodice u totalitetu;

– posledice po članove alkoholičarskog porodičnog sistema, više su u vezi sa hronifikovanim i difuznim stresogenim okolnostima, prisutnim na raznim nivoima relacija i među različitim akterima, kakvo je najčešće stanje u

alkoholičarskim porodicama, nego sa specifičnim obeležjima porodične strukture, dinamike i funkcija;

– smislaono kombinovanje kliničkog i psihometrijskog pristupa, čini se najpodesnijim za razumevanje date porodice;

– cilj upućivanja porodice na procenu i psihometrijske odlike instrumenta, bazični su činiooci opredeljivanja za određeni model, odnosno instrument porodične procene;

– bez obzira na složenost psihometrijskog pristupa i neretko njegovu ispoljenu slabost u pogledu temelja njegovog postojanja, a to je stabilna i smisljena ocena vrednosti odnosno izaženosti posmatrane varijable, on i dalje predstavlja osnov naše objektivnosti u radu s klijentima, posebno kada je u pitanju evaluacija naših postupaka prema klijentu – pre svega, mislimo na psihoterapijske postupke.

Prethodne navode ne bismo smatrali potpunim, ukoliko se ne bismo osvrnuli na činjenicu da kada posmatramo zdravstvenu politiku na nacionalnom nivou, evidentno je da u pogledu prevencije alkoholizma, s jedne strane imamo godinama kreiran dijapazon praktičnih i teoretskih mera u suzbijanju zloupotrebe i/ili zavisnosti od alkohola. S druge strane, rezultati našeg istraživanja svedoče o visokoj rezistentnosti problema na koje se mere primenjuju, kako u pogledu učestalosti, tako i posledica koje za sobom ostavlja. Kompleksnost naših rezultata, kao i relevantnih podataka iz literature, pre ukazuju na to da je alkoholizam veoma složen fenomen, te je stoga rezistentan na primenjene postupke, a ne da je opisana situacija odraz društvenog nemara.

Naposletku, činjenicu o raspodeli dobijenih rezultata na očekivane, delimično oprečne i potpuno diskrepantne, ne smatramo povodom za potvrdu stavova o tome da je porodično funkcionisanje suviše složen entitet da bi se metrijski mogao smisljeno obuhvatiti. Pre ga vidimo kao potvrdu našeg uverenja o neiscrpoj prirodi istraživačkog interesa za alkoholičarske porodice, odnosno porodice uopšteno.

U pogledu budućih istraživanja, rezultati dobijeni u ovom radu otvaraju više mogućnosti, tačnije, neophodnosti.

U najopštijem smislu, oni ukazuju na nužnost daljeg razvoja primenjenih modela i instrumenata zasnovanih na njima. To bi značilo, pre svega, nastavak rada na oceni metrijskih karakteristika instrumenata na reprezentativnim, kako nekliničkim, tako i kliničkim uzorcima naše populacije. Zatim, modifikovanje stavki za koje je utvrđeno da nisu dovoljno pouzdane i valjane, a zatim njihovu ponovnu proveru. Pri tome je veoma važno da sam postupak revizije i testiranja instrumenata bude sproveden pod kontrolisanim uslovima, što opet pretpostavlja i ustanovljavanje standarda za ispitivanje.

Na osnovu rezultata koje smo dobili, smatramo da je opravdano izneti da, iz pozicije trpnje pojedinca u alkoholičarskim porodicama, komparativne analize sa nekliničkim uzorcima mogu biti informativne i korisne, čak i na relativno malim uzorcima. Ipak, kako bi se procenio značaj pojedinih aspekata porodičnih (dis)funkcija na zdravlje i adaptiranost pojedinaca, neophodno je višestruko uvećati uzorak, kako bi se omogućile smislene statističke analize njihovog odnosa.

Sa pozicije izbora primerenih terapijskih postupaka, posebno u sklopu grupne psihoterapije, buduća istraživanja moraju uključiti i porodice klijenata sa drugim formama mentalnih poremećaja i oboljenja. Čak i u kontekstu alkoholizma, podela porodica na one gde je dete, otac ili majka zavisnik, te poređenje njihovog funkcionisanja čini se opravdanim, jer praktično iskustvo u radu s njima ukazuje na to da su to tipovi porodica sa dinamikom koja se značajno razlikuje. Prisutan komorbiditet, takođe, u značajnoj meri može biti povezan sa porodičnim funkcionisanjem, tako da je i taj podatak potrebno uzeti u obzir.

Možda deluje suvišnim podsetiti se, ovom prilikom, koliko su pouzdani i validni instrumenti neophodni za evaluaciju efekata rada sa pacijentima, posebno kada je grupna i porodična terapija u pitanju. No, to je jedini valjan način kojim možemo objektivno utvrditi koliko je naša pomoć klijentima efikasna, u kojem pravcu se odvija, te planirati i buduće postupke. Ona omogućava i razmenu znanja i iskustava među stručnjacima u ovoj i srodnim oblastima.



Ovo istraživanje potvrdilo je relevantnost sistemskog pristupa, jer su svi članovi porodica u kliničkom kontekstu trpeli na sebi svojstven način i to značajno češće, nego oni iz nekliničkog.

Iz pozicije analize naučnog doprinosa našeg istraživanja, on se ogleda u nekoliko aspekata ovog rada. Neki od modela, prvi put su primenjeni kako na porodicama iz nekliničke populacije, tako i na alkoholičarskim porodicama, i provereno je kako “deluju” na njima. Testiranje konkurentne vrednosti izabраниh modela, u pogledu mogućnosti da razlikuju alkoholičarske porodice od nekliničkog uzorka, odnosno da ukažu na rizične oblasti funkcionisanja, takođe predstavlja jedan od doprinosa kako adiktologiji i porodičnoj terapiji, tako i bavljenju porodicama uopšteno. Posebnim doprinosima smatramo to što je naše istraživanje ukazalo u kojoj meri je svaki od posmatranih modela i za koje od aspekata porodičnog funkcionisanja najbolji. Samim tim, ono je olakšalo pitanje izbora pojedinačnih modela u preventivnom radu, edukaciji, istraživanju i kliničkom radu, posebno pod okolnostima kada je iz nekih razloga potrebno, ekonomično ili naposljetku i moguće primeniti samo jedan model. Osim toga, naši rezultati jasno su ukazali na to iz kojeg okvira je i sa pozicije koje paradigme potrebno pristupiti ne samo alkoholičarskoj porodici već i porodici uopšteno, a to je paradigma psihologije porodice. Dakle, ovaj rad ukazuje na opravdanost konceptualizacije psihologije porodice, te njene primene kao najpodesnijeg pristupa porodicama uopšteno, a posebno prilikom osmišljavanja postupaka prevencije, istraživanja i terapije.

U pogledu ocene realizacije cilja našeg istraživanja, možemo tvrditi da dobijeni rezultati jesu ukazali na to koji su to faktori rizika življenja u alkoholičarskoj porodici na merljiv način, podložan naknadnoj proverbi, verifikaciji i naučnoj i stručnoj razmeni. To što zbog brojnosti varijabli nismo bili u mogućnosti da povežemo pojedinačne varijable lične disfunkcionalnosti članova porodica sa varijablama porodičnog funkcionisanja, smatramo osnovom za nastavak ulaganja istraživačkih napora u ovom pravcu. To bi svakako zahtevalo višestruko uvećanje broja ispitanika, te selekciju i kombinovanje varijabli disfunkcionalnosti, što u ovom trenutku prevazilazi okvire čak i rada ovog obima. No, to ne smatramo činiocem koji umanjuje vrednost realizovanog – to pre vidimo kao podsticaj za dalji rad sa porodicama

koje su u nekom trenutku zatražile stručnu pomoć, jer postojeći homeostatski mehanizmi u alkoholizmu nisu više bili dovoljni za očuvanje njihovog integriteta. I više od toga – da dobijene nalaze testiramo i na nekliničkoj populaciji, kako bismo prevenirali određene probleme ili proučili i rešili već postojeće na šta, kako smo uočili, nisu “imune” čak ni porodice koje se nikada nisu obratile za pomoć relevantnim licima, odnosno službama.

Ipak, najdragocenijim efektom našeg istraživanja smatramo produbljivanje kontakta sa članovima alkoholičarskih porodica i to ne samo prilikom konstrukcije genograma već i pod okolnostima upitničke procene. Zapravo, nivo dobrovoljnosti i predanosti sa kojima su pristupili učešću u istraživanju, stepen do kojeg su animirali jedni druge na rad, spontani komentari koje su dopisivali, kao i potreba pojedinih ispitanika da sa ispitivačem tim putem podele i neke svoje tajne, te zainteresovanost za rezultate koje su ostvarili, čine suštinske podstreke budućih istraživačkih napora. Njihova spremnost da se „izlože“, pa i emocionalno destabilizuju, razmišljajući i izveštavajući o svim ispitivanim aspektima porodičnog funkcionisanja, možda predstavlja i najsnažniji utisak koji smo poneli.

Upravo opisana, kvalitativna dimenzija našeg rada, opominje nas da se naša odgovornost prema klijentima ne iscrpljuje u poštovanju metodološko-empirijskih zahteva naše struke, što je bio fokus ovog rada. Briga o dobrobiti klijenata, imperativ da ispoštujemo njihove napore i vreme koje su uložili, te da istraživanja kako ovo, tako i buduća, sprovedemo po principima najmanje štete a najveće koristi za njih, po našem uverenju predstavlja osnovna načela budućih empirijskih i kliničkih postupaka.

## 7. LITERATURA

- Averina, M., Nilssen, O., Brenn, T., Brox, J., Arkhipovsky, V. L., & Kalinin, A. G. (2005). Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self-evaluated quality of life in Russia: A population-based study in Arkhangelsk. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(7), 511-518.
- Barry, K., & Fleming, M. (1990). Family cohesion, expressiveness, and conflict in alcoholic families. *British journal of addiction*, 85, 81-87.
- Beavers, W.R. & Hampson, R.B. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 128-143.
- Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (1993). Measuring Family Competence: The Beavers Systems Model. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press.
- Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (1990). *Successful families: Assessment and intervention*. New York: Norton.
- Beavers, W. R., Hampson, R. B., & Hulgus, Y. F. (1990). *Beavers Systems Model Manual*. Dallas (TX): Southwest Family Institute.
- Beavers, W. R. (1989). The Beavers Systems Model of Family Assessment. In C. N. Ramsey (Ed.), *Family Systems in Medicine*. New York: Guilford Press.
- Bennett, M. E., McCrady, B. S., Johnson, V., & Pandina, R. J. (1999). Problem drinking from young adulthood to adulthood: Patterns, predictors and outcomes. *Journal of studies on alcohol*, 60, 605-614.
- Berger, G. (1993). *Alcoholism and the family*. New York: Franklin Watts.
- Bloom, B. L. (1985). A factor analysis of self-report measures of family functioning. *Family Process*, 24, 225-239.
- Bray, H. J., & Stanton, M. (Ed.). (2009). *The Wiley-Blackwell handbook of family psychology*. Wiley-Blackwell. ISBN: 978-1-4051-6994-3

- Brown, S. A., Tate, S. R., Vik, P. W., Haas, A. L., & Aarons, G. A. (1999). Modeling of alcohol use mediates the effect of family history of alcoholism on adolescent alcohol dependencies. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 7, 20-27.
- Coşar, B., Arıkan, Z., Koçal Hıçyılmaz, N., Çepçık Kuruođlu, A., Selçuk Candansayar, S., İplik, E., et al. (1996). Different family functioning perceptions of parents and children in alcoholic families. *Turkey gazi medical journal*, 7, 119-122.
- Crouter, A. C., & Booth, A., (Ed.). (2003). *Children's Influence on Family Dynamics: The Neglected Side of Family Relationships*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dragišić-Labaš, S., Milić, M. (2007). Bolesti zavisnosti kao bolesti društva, porodice i pojedinca - kritika nečinjenja. *Sociologija*, vol. 49, br. 1, str. 31-43.
- El-Guebaly, N., Staley, D., Rockman, G., Leckie, A., Barkman, K., O'Riordan, J., et al. (1991). The Adult Children of Alcoholics in a Psychiatric Population. *The american journal of drug and alcohol abuse*, 17(2), 215-226.
- El-Sheikh, M., & Flanagan, E. (2001). Parental problem drinking and children's adjustment: Family conflict and parental depression as mediators and moderators of risk. *The journal of abnormal child psychology*, 29(5), 417-432.
- Epstein, N. B., Baldwin, L., & Bishop, D. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9, 213-228.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Baldwin, L. M. (1984). McMaster Model of Family Functioning. In D. H. Olson, P. M. Miller (Ed.). *Family Studies Review Yearbook*, Volume 2. New Delhi: Sage Publications.

- Finney, J., Moos, R., Cronkite, R. & Gamble, W. (1983). A conceptual model of the functioning of married persons with impaired partners: Spouses of alcoholic patients. *Journal of marriage and the family*, 45, 23-34.
- First, M. B., & Tasman, A. (2004). DSM-IV-TR mental disorders. Diagnosis, etiology and treatment. New York: Wiley.
- Forman, B. (1988). Assessing perceived patterns of behavior exchange in relationships. *The Journal of Clinical Psychology*, 44, 972-981.
- Foster, J. H., Peters, T. J., & Kind, P. (2002). Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction. *Addiction Biology*, 7(1), 55-65.
- Froma Walsh, M. S. W. (Ed.). (2002). *Normal Family Processes*, Third Edition: Growing Diversity and Complexity. New York: The Guilford Press.
- Fuller, B. E., Chermack, S. T., Cruise, K. A., Zucker, R. A., & Fitzgerald, H. E. (2003). Predictors of childhood aggression across three generations: An examination of family history of aggression, alcoholism, and parenting practices. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(4), 472-483.
- Gačić, B. (1985). Alkoholizam – bolest pojedinca, porodice i društva. Beograd: Filip Višnjić.
- Gačić, B. (1978). *Porodična terapija alkoholizma*. Beograd: Rad.
- Garcia-Moreno, C., et al. (2005). WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization.
- Golubović, Z. (1981). Porodica kao ljudska zajednica. Zagreb: Naprijed.
- Gomberg, E. (1989). On terms used and abused: The concept of codependency', *Drugs and Society*, 3, 113-132.

- Hampson, R. B., Beavers, W. R. (1996). Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Family Process*, 35, 347-361.
- Hampson, R. B., Beavers, W. R., & Hanks, C. (1996). Family assessment: Cross-model, cross-method comparisons. Dallas, Texas: Texas Psychological Association.
- Holden, W. G., Straus, A. M., Touliatos, J., Perlmutter F. B., (Ed.) (2000). Handbook of Family Measurement Techniques: Volumes 1-3. SAGE Publications. ISBN: 0803972504
- Hunt, R. H., Xiao, S. D., Megraud, F., Leon-Barua, R., Bazzoli, F., van derMerwe, S., et al. (2011). Helicobacter pylori in developing countries. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. *The Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 20, 299-304.
- Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović-Batut“. (2009). Evropsko istraživanje o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji 2008. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/ESPAD%202008.pdf>
- Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović-Batut“. (2008). Zdravlje stanovnika Srbije - analitička studija 1997 – 2007. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Zdravlje%20stanovnika%201997-2007.pdf>
- Ivanović-Milojković, M., Srna, J., Mićović, R. (1997). Porodična terapija. Beograd: Centar za brak i porodicu.
- Jacob, T. (1991). *Comparison of alcoholic, depressed, and control families using the FAM-III*. Unpublished manuscript.
- Jacob, T. (1995). The role of the time frame in the assessment of family functioning. *Journal of marital and family therapy*, 21, 281-6.

- Johnson, P. (2002). Predictors of Family Functioning Within Alcoholic Families. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 371-384.
- Kaslow W. F. (Ed.). (1996). Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns. Wiley-Interscience.
- Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2006). *Genes, Environment and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders*. Boston (MA): Guilford Press.
- Killorin, E., & Olson, D. H. (1984). The chaotic flippers in treatment. In E. Kaufman (Ed.), *Power to change: Alcoholism*. New York: Gardner Press.
- Klein, M. (2005). Kinder und Jugendliche aus alkohol belasteten Familien. Stand der Forschung, Situations - und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. In: Klein M, Hoff T, Pauly A. editors. Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung (Band 1). Regensburg: Roderer; 2005. [Children and adolescents from families with alcohol problems. State of research, analysis of the situation and of symptoms, consequences]. Regensburg: Roderer; 2005.].
- Klein, M., Ferrari, T., & Kürschner, K. (2003). Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern - Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Unveröffentlichter Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Köln; 2003. [Children of untreated addicted parents - a situation analysis and possible assistance Unpublished research report on behalf the Federal Ministry for health and social safety device, Cologne. 2003.]
- Kielburger, C., & Kielburger, M. (2006). *Me to We: Finding Meaning in a Material World*. Simon & Schuster. ISBN 0743298314, 9780743298315
- L'Abate, L. (2003). *Family Psychology III: Theory Building, Theory Testing, and Psychological Interventions*. Dallas, TX: University Press of America.

- Larossa, R., Bennett, L. A., & Gelles, R. J. (1981). Ethical dilemmas in qualitative family research. *Journal of marriage and the family*, 43(2), 303-13.
- Lažetić, G. (2011). *Alkoholizam i narkomanija razumeti i pobediti zavisnost*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Lažetić, G., Mladenović, I., Svetozarević, S., Ćorić, B. (2011). Značaj motivacije i način uključivanja u program lečenja bolesti zavisnosti. Beograd: Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije.
- Lažetić, G., Panoski, R., Filipović, S., Svetozarević, S. (2010). Značaj primarne porodice u rehabilitacionoj fazi lečenja mladih zavisnika od psihoaktivnih supstanci. *Psihijatrija danas*, 42(2), 127-135.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., & Sheehan, K. H. (1997). The mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-31.
- Lewis, M.L. (1937). Alcoholism and family casework. *Social Casework*, 35, 8-14.
- Manzoni, M. J., Bjegović, V., Janković-Ćirić, S., & Prepeliczay, S. (2005). *Istraživanje o zloupotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji 2005*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Mayes, L.C., & Truman, S.D. (2002). Substance abuse and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, 2nd ed. (p. 329–60). Mahwah (NJ): Erlbaum.
- McCrary, S.B., Epstein, E.E. (1996). Theoretical bases of family approaches to substance abuse treatment. In F. Rotgers, D.S. Keller, & J. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse* (p. 118-119). New York: Guilford Press.
- McGoldric, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). *Genograms: Assessment and Intervention*. New York-London: W.W. Norton & Company.



- McKay, J. R., Murphy, R. T., Rivinus, T. R., & Maisto, S.A. (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 967-72.
- Milić, A. (2001). *Sociologija porodice: kritika i izazovi*. Beograd: Čigoja štampa.
- Miller, I. W., Kabacoff, R. I., Epstein, N. B., Bishop, D. S., Keitner, G. I., Baldwin, L. M., et al. (1994). The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning. *Family Process*, 33(1), 53-69.
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. (2007). Istraživanje zdravlja stanovnika Srbije 2006. godina – osnovni rezultati. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Mitić, M. i Tenjović, L. (2011). Standardizacija i psihometrijska evaluacija srpskog prevoda Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV);
- Mitić, M. (27-30. maj 2009). Porodica kao predmet istraživanja u kliničkoj psihologiji. U: Psihologija u Srbiji – vizija i realnosti. Knjiga rezimea [apstrakt]. 57, naučno-stručni skup psihologa Srbije, Palić, Srbija. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2009. U pripremi.
- Mitić M. (2003). Sistemski pristup. U M. Biro i V. Butolo (Ured.), Klinička psihologija. Univerzitet u Minhenu: Katedra za kliničku psihologiju “Ludvig Maksimilijan” i Novi Sad: Futura publikacije.
- Mitić, M. (1997). Porodica i stres - između poraza i nade. Beograd: Filozofski fakultet - Institut za psihologiju.
- Mitić, M. (1995). Porodica i stres - preliminarna istraživanja i šta dalje - tehnike za procenu braka i porodice. Beograd: Socijalna misao.
- Mitić, M. (1988). Terapija alkoholizma, proces i efekti evaluacija porodične terapije alkoholizma. Magistarska teza, Beograd: Filozofski fakultet.

- Moos, R.H., & Moos, B. (1984). The process of recovery from alcoholism: comparing functioning in families of alcoholic and matched control families. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 111–118.
- Nastasić, P. (2011). *Ekosistemski pristup alkoholizmu*. Beograd: Publikum.
- Nastasić, P. (1998). *Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje*. Beograd: Tehnis.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2005). National Institute of Mental Health international scientific conference on the role of families in preventing and adapting to HIV/AIDS. 19–22 July 2005 [cited 2005 July 7]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/scientificmeetings/hivaids2005.cfm>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. (1997). Ninth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- O'Farrell, T.J., Harrison, R.H. & Cutter, H.S.G. (1981). Marital stability among wives of alcoholics: an evaluation of three explanations. *British Journal of Addiction*, 76, 175-189.
- O'Leary, K. D. & Williams, M. C. (2006). Agreement about acts of aggression in marriage. *Journal of Family Psychology*, 20, 656-662.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-353.
- Olson, D. H. (1995). *Family Satisfaction Scale*. Minneapolis (MN): Life Innovations.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Family Systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H. (2008). *FACES IV Manual*. Minneapolis (MN): Life Innovations.

- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex IV: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Oxford, J. (1990). Alcohol and the family. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, 10, 81-155.
- Pavlović, Z., & Jakovljević, B. (2008). Učestalost konzumiranja alkohola među učenicima osnovnih škola na teritoriji grada Beograda. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 136(3-4), 141-147.
- Pears, K. C., Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2007). Substance use risk across three generations: The roles of parent discipline practices and inhibitory control. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 373-386.
- Peltoniemi, T. (2005). "A Fragile Childhood", Project (1986-2006) on the bases of the surveys in 1994, 1995 and 2004. Helsinki: Pompidou project group training seminar, 2005 4-12 June.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Pinsof, W. M. (Ed.), & Lebow, J. L. (Ed.). (2005). *Family psychology: The art of the science*. USA: Oxford University Press.
- Popović, V. (2007). *Klinička procena*. U J. Berger, M. Mitić (Redaktori). Uvod u kliničku psihologiju (p. 123-46). Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
- Republika Srbija, Ministarstvo zdravlja. (2007). Istraživanje zdravlja stanovnika Srbije 2006. godina – osnovni rezultati. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The mini international neuropsychiatric interview

(M.I.N.I.): the development and validation of a structural diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl20), 22-33.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview. (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.

Shekter-Wolfson, L., & Woodside, D. B. (1990). Family therapy. In N. Piran, A. S. Kaplan (Ed.). *A Day Hospital Group Treatment Program for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Eating disorders monograph series (3)* (pp. 79-109). New York: Brunner & Mazel.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M.(2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Skinner, H. A., Steinhauer, P. D., & Santa-Barbara, J. (1983). *FAM III Manual*. Toronto (ON): Multi-Health Systems.

Skinner, H. A., Steinhauer, P. D., & Santa-Barbara, J. (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian journal of community mental health*, 2(2), 91-105.

Skinner, H. A., Steinhauer, P. D., & Sitarenios, G. (2000). Family assessment measure (FAM) and process model of family functioning. *Journal of family therapy*, 22, 190–210.

Službeni glasnik Republike Srbije, br. 18/2005, 72/2011. Porodični zakon. Dostupno na: [http://paragraf.rs/propisi/porodicni\\_zakon.html](http://paragraf.rs/propisi/porodicni_zakon.html)

Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales of assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and family*, 38, 15-28.

Spiegel, D., & Wissler, T. (1983). Perceptions of family environment among psychiatric patients and their wives. *Family Process*, 22(4), 537-554.

- Srna, J. (2003). Genogram. U: M. Biro i V. Butolo (Ured.), Klinička psihologija. Univerziteta u Minhenu: Katedra za kliničku psihologiju "Ludvig Maksimilijan" i Novi Sad: Futura publikacije.
- Stanković Z., Begović D. (1995). *Alkoholizam, od prve do poslednje čaše*. Beograd: Kreativni Centar.
- Stanković, Z. (2003). *Alkoholizam*. Beograd: Žarko Albulj.
- Steinglass, P. (1976). Experimenting with family treatment approaches to alcoholism, 1950-1975: A review. *Family Process*, 15, 97-123.
- Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J., & Reiss, D. (1987). *The alcoholic family*. New York, Oxford: Basic Books.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2008). NSDUH REPORT: Trends in substance use, dependence or abuse, and treatment among adolescents: 2002 to 2007. December 4. SEDS. Indicator List. All Drug Indicators. Available from: <http://oas.samhsa.gov>
- Sullivan, H.S. (1996). *Interpersonal theory and psychotherapy*. London: Routledge.
- Svetozarević, S., Lažetić, G., Mladenović, I., Ćorić, B., i Lakićević, S. (2011). *Dinamika lečenja pacijenata kojima je izrečena mera obaveznog lečenja na slobodi od alkoholizma u Klinici za bolesti zavisnosti Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu*. Beograd: Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije.
- Tenjović, L. *Inventar ličnih reakcija - metrijske karakteristike*. U pripremi.
- Tenjović, L. (2009, maj). *Pojedini metodološki problemi u upitničkom procenjivanju porodice*. U: Psihologija u Srbiji – vizija i realnosti. Knjiga rezimea [apstrakt]. 57 naučno-stručni skup psihologa Srbije; 27.-30. maj 2009; Palić, Srbija. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2009. U pripremi.

- Thornberry, T. P., Marvin, D. K., & Freeman-Gallant, A. (2006). Intergenerational roots of early onset substance use. *The Journal of Drug Issues, 36*, 1-28.
- Trute, B., Campbell, L., & Hussey, E. (1988). *Monitoring family therapy services at the Children's Home of Winnipeg*. Winnipeg (MA): University of Manitoba, School of Social Work, Child and Family Services Research Group.
- Valdez-Chávez, C.R. (2004). *The effects of changes in maternal depressive symptoms on children's school functioning in a high-risk sample: The mediating role of maternal behaviors, children's social competence, and children's emotional adjustment* (Doctoral dissertation). Retrieved from: <http://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/1449/valdezd64742.pdf?sequence=2>
- Velleman, R., & Templeton, L. (2003). Alcohol, drugs and the family: Results from a long-running research programme within UK. *European Addiction research, 9(3)*, 103-12.
- Volin S.D., & Volin S. (1996). *Rezilijentna ličnost*. Beograd: Prosveta - Nispred.
- Watts, S., Bush, R. & Wilson, P. (1994). Partners of problem drinkers: moving into the 1990's. *Drug and Alcohol Review, 13 (4)*, 401-7.
- Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M.C., & Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol, 62(5)*, 706-12.
- Whalen, T. (1953). Wives of Alcoholics: Four types observed in a family service agency. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 14*, 632-641.
- Whipple, E. E., Fitzgerald, H. E., & Zucker, R. A. (1995). Parent-child interactions in alcoholic and non-alcoholic families. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*, 153-159.

- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Pediatric Clinics of North America*, 42(2), 415-429.
- Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L. F., Garfinkel, P. E., & Olmsted, M. P. (1995a). Family interactions in bulimia nervosa II: complex intrafamily comparisons and clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 117-126.
- Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L., Garfinkel, P. E., Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., & Maddocks, S. E. (1995b). Family interactions in bulimia nervosa I: study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 105-116.
- World Health Organization (WHO), 2011. World Health Statistics 2011. Available from: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf)
- World Health Organization (WHO), 2011. The Global status report on alcohol and health (2011). Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsreur.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsreur.pdf)
- Young, S. E., Rhee, S. H., Stallings, M. C., Corley, R. P., & Hewitt, J. K. (2006). Genetic and environmental vulnerabilities underlying adolescent substance use and problem use: general or specific? *Behavior Genetic*, 36(4), 603-615.

## 8. PRILOZI

### PRILOG 1 - TABELE SA DETALJNIM PRIKAZIMA REZULTATA

Tabela 37: Prosečna životna dob ispitanika kliničke grupe i nekliničkog uzorka uz značajnost razlika između njih

Grupa	N	AS	SD	SE	t	df	p
Klinički uzorak	140	40.4143	13.47205	1.13860	.352	283	.725
Kontrolna grupa	145	39.8483	13.64599	1.13324			

Tabela 38: Raspodela učestalosti pola ispitanika sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	Pol ispitanika		Hi kvadrat	df	p
	Muški	Ženski			
Klinički uzorak	69	71	.029	1	.865
Kontrolna grupa	70	75			

Tabela 39: Raspodela učestalosti stepena obrazovanja ispitanika sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	stepen obrazovanja								Hi kvadrat	df	p
	osnovna škola	srednja škola	viša škola	fakultet ili visoka škola	magisterijum, doktorat, specijalizacija	student	učenik osnovne škole	učenik srednje škole			
Klinički uzorak	6	72	13	21	4	12	6	6	8.418	7	.297
Kontrolna grupa	5	63	11	33	6	12	2	13			

Tabela 40: Raspodela učestalosti strukture porodica ispitanika sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	struktura porodica		Hi kvadrat	df	p
	oba roditelja - bioloski	jedan roditelj			
Klinički uzorak	139	1	.945 <sup>a</sup>	1	.331
Kontrolna grupa	142	3			



Tabela 41: Raspodela učestalosti bračnog stanja ispitanika sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	Bračno stanje							Hi kvadrat	df	p
	nije udavana / ženjen	razveden / formalni brak / pred razvodom	udovac / udovica	u braku - prvi brak	u braku - nije prvi brak	žive nevenčani	stalni partner, žive odvojeno			
Klinički uzorak	32	2	1	88	9	5	3	9.991 <sup>a</sup>	6	.125
Kontrolna grupa	39	1	0	100	3	2	0			

Tabela 42: Raspodela učestalosti stanja sadašnje porodice po grupama sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	Struktura porodica		Hi kvadrat	df	p
	aktuelna porodica	porodica porekla			
Klinički uzorak	135	5	.003 <sup>a</sup>	1	.955
Kontrolna grupa	140	5			

Tabela 43: Raspodela učestalosti varijable sastav domaćinstva

Trenutno živi sa...	Grupa	n
Sam/a	Klinički uzorak	3
	Kontrolna grupa	0
Sa roditeljima	Klinički uzorak	31
	Kontrolna grupa	27
Sa partnerom	Klinički uzorak	7
	Kontrolna grupa	5
Sam/a sa decom	Klinički uzorak	2
	Kontrolna grupa	3
Sa decom i bračnim partnerom	Klinički uzorak	80
	Kontrolna grupa	72
Sa roditeljima i bračnim partnerom	Klinički uzorak	0
	Kontrolna grupa	1
Sa roditeljima, decom i bračnim partnerom	Klinički uzorak	9
	Kontrolna grupa	11
Nešto drugo	Klinički uzorak	8
	Kontrolna grupa	26

Tabela 44: Raspodela učestalosti varijable mesečni prihod porodice

Mesečni prihod porodice	Grupa	n
Manji od 50.000,00 dinara	Klinički uzorak	60
	Kontrolna grupa	40
Od 50.000,00 do 100.000,00 dinara	Klinički uzorak	61
	Kontrolna grupa	65
Od 100.000,00 do 150.000,00 dinara	Klinički uzorak	15
	Kontrolna grupa	28
Preko 150.000,00 dinara	Klinički uzorak	4
	Kontrolna grupa	12

Tabela 45: Mere povezanosti varijabi iz domena psiholoških posledica koje su pokazale značajnu povezanost sa grupnom pripadnošću

Psihološke tegobe i teškoće	Hi kvadrat	df	p	Koeficijent kontigencije
Gubitak interesovanja	28,205	1	,000	,469
Pasivnost i zavisnost	8,696	1	,003	,283
“Kratak fitilj”	26,582	1	,000	,458
Nesigurnost	16,279	1	,000	,374
Depresivnost	22,374	2	,000	,428
Anksioznost	37,333	1	,000	,521
Poremećaj spavanja	31,066	1	,000	,487
Socijalna i emocionalna nezrelost	17,647	1	,000	,387
Nedostatak samodiscipline	33,532	1	,000	,501
Negativan i kolebljiv stav prema autoritetima	18,778	1	,000	,398
Egocentrizam	20,482	1	,000	,412
Površan odnos prema ljudima	20,482	1	,000	,412

Tabela 46: Raspodela učestalosti varijabli neiskrenost, zloupotreba droga, zloupotreba/zavisnost od kocke i napadi panike sa agorafobijom sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Psihološke tegobe i teškoće	Grupa	n	Hi kvadrat	df	p
Neiskrenost	Klinički uzorak	1	1,010	1	,315
	Kontrolna grupa	0			
Zloupotreba droga	Klinički uzorak	2	,000	1	1,000
	Kontrolna grupa	2			
Zloupotreba/zavisnost od kocke	Klinički uzorak	2	2,041	1	,153
	Kontrolna grupa	0			
Napadi panike sa agorafobijom	Klinički uzorak	2	2,041	1	,153
	Kontrolna grupa	0			

Tabela 47: Značajnost povezanosti varijabli karijes, proširene vene jednjaka, degeneracija jetre, dijabetes i pothranjenost, sa grupnom pripadnošću

Telesne bolesti	Hi kvadrat	df	p	Koeficijent kontigencije
Karijes	33,277	1	,000	,500
Proširene vene jednjaka	4,167	1	,041	,200
Degeneracija jetre	26,582	1	,000	,458
Dijabetes	5,263	1	,022	,224
Gojaznost	5,263	1	,022	,224
Pothranjenost	4,000	1	,046	,196

Tabela 48: Raspodela učestalosti varijabli čir, arteroskleroza i epilepsija, sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Telesne bolesti	grupa	n	Hi kvadrat	df	p
Čir na jednjaku, želucu ili duodenumu	Klinički uzorak	7	1,778	1	,182
	Kontrolna grupa	3			
Arteroskleroza	Klinički uzorak	5	2,837	1	,092
	Kontrolna grupa	1			
Epilepsija	Klinički uzorak	1	1,010	1	,315
	Kontrolna grupa	0			

Tabela 49: Raspodela učestalosti varijable preljuba sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	n	Hi kvadrat	df	p
Klinički uzorak	1	1,010	1	,315
Kontrolna grupa	0			

Tabela 50: značajnost povezanosti varijabli iz domena porodičnih posledicasa grupnom pripadnošću

Bračni i porodični problemi	Hi kvadrat	df	p	Koeficijent kontigencije
Tajne, dogovori "iza leđa"	25,000	1	,000	,447
Ne zna se ko šta radi, ko odlučuje, ko odgovara...	14,620	1	,000	,357
Supruga "glava kuće"	14,918	1	,000	,360
Udaljavanje braćih partnera	32,190	1	,000	,493
"Crni fondovi"	12,250	1	,000	,330
Verbalni sukobi	40,935	1	,000	,536
Fizički sukobi	10,698	1	,001	,311

Tabela 51: Značajnost povezanosti varijabli apsentizam, pad produktivnosti sa profesionalnim greškama i materijalnim gubicima, verbalni sukobi i fizički sukobi, i mere asocijacije sa grupnom pripadnošću

Profesionalni problemi očeva	Hi kvadrat	df	p	Koeficijent kontigencije
Apsentizam	21,951	1	,000	,424
Pad produktivnosti, profesionalne greške, materijalni gubici	12,250	1	,000	,330
Verbalni sukobi	13,562	1	,000	,346
Fizički sukobi	5,263	1	,022	,224

Tabela 52: Raspodela učestalosti varijabli povrede na radu, nezaposlenost, rad na manje kvalifikovanoj poziciji i disciplinske mere sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Profesionalni problemi očeva	Grupa	n	Hi kvadrat	df	p
Povrede na radu	Klinički uzorak	7	3,053	1	,081
	Kontrolna grupa	2			
Nezaposlenost	Klinički uzorak	5	,122	1	,727
	Kontrolna grupa	4			
Manje kvalifikovana pozicija	Klinički uzorak	7	,088	1	,766
	Kontrolna grupa	6			
Disciplinske mere	Klinički uzorak	1	,000	1	1,000
	Kontrolna grupa	1			

Tabela 53: značajnost povezanosti varijabli saobraćajne nesreće, verbalni i fizički sukobi i dužništvo, i mere asocijacije sa grupnom pripadnošću

Teškoće u socijalnom funkcionisanju	Hi kvadrat	df	p	Koeficijent kontigencije
Saobraćajne nesreće	10,698	1	,001	,311
Verbalni sukobi	16,000	1	,000	,371
Fizički sukobi	3,840	1	,050	,192
Dužništvo	4,762	1	,029	,213

Tabela 54: Raspodela učestalosti varijable vožnja u alkoholisanom stanjsa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	n	Hi kvadrat	df	p
Klinički uzorak	1	1,010	1	,315
Kontrolna grupa	0			

Tabela 55: Deskriptivni pokazatelji poteškoća adaptacije dece uz značajnost razlika između dve grupe

Adaptivne poteškoće dece	Grupa	AS	SD	SE	t	df	p
Premećaji ponašanja	Klinički uzorak	0,18	0,482	0,068	1,198	98	,234
	Kontrolna grupa	0,08	0,340	0,048			
Poremećaj govora	Klinički uzorak	0,12	0,385	0,054	,934	98	,352
	Kontrolna grupa	0,06	0,240	0,034			
Poremećaj hranjenja	Klinički uzorak	0,12	0,435	0,062	,000	98	1,000
	Kontrolna grupa	0,12	0,385	0,054			
Grickanje noktiju	Klinički uzorak	0,32	0,587	0,083	1,191	98	,237
	Kontrolna grupa	0,20	0,404	0,057			
Poremećaj vezivanja	Klinički uzorak	0,08	0,340	0,048	,340	98	,735
	Kontrolna grupa	0,06	0,240	0,034			
Spektar OKP	Klinički uzorak	0,08	0,274	0,039	-,310	98	,757
	Kontrolna grupa	0,10	0,364	0,052			
Fobije	Klinički uzorak	0,16	0,468	0,066	1,043	98	,299
	Kontrolna grupa	0,08	0,274	0,039			
Ataci panike	Klinički uzorak	0,06	0,240	0,034	1,016	98	,312
	Kontrolna grupa	0,02	0,141	0,020			
Astma	Klinički uzorak	0,12	0,385	0,054	,577	99	,565
	Kontrolna grupa	0,08	0,337	0,047			
Zloupotreba interneta	Klinički uzorak	0,12	0,328	0,046	1,476	98	,143
	Kontrolna grupa	0,04	0,198	0,028			

Tabela 56: Raspodela učestalosti varijabli telesnih bolesti supruga koje nisu pokazale značajnu asocijaciju sa grupnom pripadnošću

Telesne bolesti supruga	Grupa	n	Hi kvadrat	df	p
HBI	Klinički uzorak	3	1,085	1	,298
	Kontrolna grupa	1			
HOBP	Klinički uzorak	1	1,031	1	,310
	Kontrolna grupa	0			
Hepatitis	Klinički uzorak	2	2,083	1	,242
	Kontrolna grupa	0			
Gastritis	Klinički uzorak	1	,000	1	,988
	Kontrolna grupa	1			
Hipertenzija	Klinički uzorak	3	3,157	1	,076
	Kontrolna grupa	0			
Dijabet	Klinički uzorak	3	1,085	1	,298
	Kontrolna grupa	1			
Astma	Klinički uzorak	1	,000	1	,988
	Kontrolna grupa	1			

Tabela 57: Raspodela učestalosti varijable glavobolja sa značajnošću povezanosti sa grupnom pripadnošću

Grupa	n	Hi kvadrat	df	p
Klinički uzorak	3	3,157	1	,076
Kontrolna grupa	0			

Tabela 58: Deskriptivni pokazatelji za skale vaspitnih stilova za obe grupe sa značajnošću razlika

Grupa	Vaspitni stil	AS	SD	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Klinički uzorak	demokratski	2.8286	2.45226	.998	.606	1	283	.437
Kontrolna grupa		3.0552	2.46018					
Klinički uzorak	autoritatski	1.1786	1.31547	.993	2.087	1	283	.150
Kontrolna grupa		.9724	1.08618					
Klinički uzorak	laissez-faire	.3429	.69708	1.000	.004	1	283	.952
Kontrolna grupa		.3379	.67926					
Klinički uzorak	odbacujući	.1857	.50302	.999	.244	1	283	.621
Kontrolna grupa		.1586	.41959					

Tabela 59: Značajnost razlika između dve grupe na skalama instrumenta FACES IV

Dimenzija	Grupa	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Kohezivnost	Klinički uzorak	.938	17.682	1	268	.000
	Kontrolna grupa					
Fleksibilnost	Klinički uzorak	.932	19.666	1	268	.000
	Kontrolna grupa					
Neuključenost	Klinički uzorak	.919	23.497	1	268	.000
	Kontrolna grupa					
Umreženost	Klinički uzorak	.971	7.892	1	268	.005
	Kontrolna grupa					
Rigidnost	Klinički uzorak	.952	13.640	1	268	.000
	Kontrolna grupa					
Haotičnost	Klinički uzorak	.962	10.543	1	268	.001
	Kontrolna grupa					
Komunikacija	Klinički uzorak	.854	45.948	1	268	.000
	Kontrolna grupa					
Zadovoljstvo	Klinički uzorak	.813	61.569	1	268	.000
	Kontrolna grupa					

Tabela 60: Deskriptivni pokazatelji za skale kohezije i vođstva instrumenta SFI II za obe grupe sa značajnošću razlika između njih

Dimenzija	Grupa	AS	SD	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Kohezija	Klinički uzorak	12.08	4.155	.987	3.125	1	238	.078
	Kontrolna grupa	11.23	3.236					
Vođstvo	Klinički uzorak	9.62	2.171	1.000	.021	1	238	.885
	Kontrolna grupa	9.58	2.244					

Tabela 61: Značajnost razlika između dve grupe na dimenzijama izvođenja uloga, kontrole i vrednosti i normi sa individualne FAM-III skale

Dimenzija	Grupa	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Izvođenje uloga	Klinički uzorak	.934	19.773	1	280	.000
	Kontrolna grupa					
Kontrola	Klinički uzorak	.970	8.542	1	280	.004
	Kontrolna grupa					
Vrednosti i norme	Klinički uzorak	.982	5.017	1	280	.026
	Kontrolna grupa					

Tabela 62: Deskriptivni pokazatelji dimenzija dostizanja ciljeva, komunikacije, emocionalne ekspresije i uključenosti sa individualne FAM-III skale sa značajnošću razlika između dve grupe

Dimenzija	Grupa	AS	SD	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Dostizanje ciljeva	Klinički uzorak	8.1594	1.86495	.995	1.452	1	280	.229
	Kontrolna grupa	8.4097	1.61900					
Komunikacija	Klinički uzorak	8.3986	2.02733	.989	3.127	1	280	.078
	Kontrolna grupa	8.7708	1.47577					
Emocionalna ekspresija	Klinički uzorak	8.6884	2.02106	.997	.751	1	280	.387
	Kontrolna grupa	8.8889	1.86282					
Uključenost	Klinički uzorak	7.9638	1.86950	1.000	.133	1	280	.716
	Kontrolna grupa	8.0347	1.37110					

Tabela 63: Značajnost razlika između dve grupe na dimenzijama komunikacije, i vrednosti i normi sa dijadne FAM-III skale

Dimenzija	Grupa	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Komunikacija	Klinički uzorak	.973	7.886	1	279	.005
	Kontrolna grupa					
Vrednosti i norme	Klinički uzorak	.978	6.198	1	279	.013
	Kontrolna grupa					

Tabela 64: Deskriptivni pokazatelji dimenzija dostizanja ciljeva, izvođenja uloga, emocionalne ekspresije, uključenosti i kontrole sa dijadne FAM-III skale sa značajnošću razlika između dve grupe

Dimenzija	Grupa	AS	SD	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Dostizanje ciljeva	Klinički uzorak	7.7591	1.56959	.997	.929	1	279	.336
	Kontrolna grupa	7.9514	1.76338					
Izvođenje uloga	Klinički uzorak	8.9562	1.85055	1.000	.036	1	279	.849
	Kontrolna grupa	8.9167	1.63656					
Emocionalna ekspresija	Klinički uzorak	7.3066	2.36569	1.000	.011	1	279	.917
	Kontrolna grupa	8.8399	1.55126					
Uključenost	Klinički uzorak	6.8248	2.21259	.998	.655	1	279	.419
	Kontrolna grupa	6.6389	1.60249					
Kontrola	Klinički uzorak	8.8613	2.12195	.995	1.426	1	279	.233
	Kontrolna grupa	9.1181	1.43140					

Tabela 65: Značajnost razlika između dve grupe na izvođenja uloga, emocionalnoj ekspresiji i kontroli sa opšte porodične skale FAM-III skale

Dimenzija	Grupa	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Izvođenje uloga	Klinički uzorak	.952	14.123	1	280	.000
	Kontrolna grupa					
Emocionalna ekspresija	Klinički uzorak	.967	9.426	1	280	.002
	Kontrolna grupa					
Kontrola	Klinički uzorak	.912	27.089	1	280	.000
	Kontrolna grupa					

Tabela 66: Deskriptivni pokazatelji dimenzija dostizanja ciljeva, komunikacije, uključenosti, vrednosti i norme, socijalne poželjnosti i defanzivnosti sa opšte porodične FAM-III skale sa značajnošću razlika između dve grupe

Dimenzija	Grupa	AS	SD	Wilks' Lambd	F	df1	df2	Sig.
Dostizanje ciljeva	Klinički uzorak	6.7609	1.60998	.999	.420	1	280	.517
	Kontrolna grupa	6.6389	1.54924					
Komunikacija	Klinički uzorak	7.0942	1.50371	.998	.442	1	280	.507
	Kontrolna grupa	6.9722	1.57313					
Uključenost	Klinički uzorak	7.9638	1.62287	.991	2.461	1	280	.118
	Kontrolna grupa	8.2431	1.36000					
Vrednosti i norme	Klinički uzorak	7.5725	1.79573	.994	1.724	1	280	.190
	Kontrolna grupa	7.8403	1.62869					
Socijalna poželjnost	Klinički uzorak	8.7536	2.32351	.999	.213	1	280	.645
	Kontrolna grupa	8.8750	2.09520					
Defanzivnost	Klinički uzorak	12.710	2.70496	.997	.968	1	280	.326
	Kontrolna grupa	13.020	2.59766					



Tabela 67: Deskriptivni pokazatelji za skale svih instrumenata i vaspitnih stilova za obe grupe

Grupa	Dimenzija	AS	SD
Klinički uzorak	Zdravlje (SFI II)	46.2547	12.12323
	Konflikti (SFI II)	25.9340	8.30177
	Kohezivnost (SFI II)	11.9811	4.20426
	Vodstvo (SFI II)	9.6415	2.11205
	Izražajnost (SFI II)	11.0377	4.61246
	Kohezivnost (FACES IV)	27.7736	7.30985
	Fleksibilnost (FACES IV)	23.4811	4.56536
	Neuključenost (FACES IV)	16.5377	5.64366
	Umreženost (FACES IV)	16.6981	4.77328
	Rigidnost (FACES IV)	20.1321	3.88912
	Haotičnost (FACES IV)	18.0283	5.89181
	Komunikacija (FACES IV)	38.2925	9.10988
	Zadovoljstvo (FACES IV)	33.4151	8.83809
	Demokratski vaspitni stil	2.6887	2.46640
	Autoritatski vaspitni stil	1.1132	1.28227
	Laissez-faire vaspitni stil	.3774	.73618
	Odbacujući vaspitni stil	.1604	.48081
	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	8.2358	1.90514
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	7.7925	2.27499
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	8.5755	1.86674
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	8.6038	2.04091
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	7.9528	1.81728
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	8.1698	1.96867
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	9.2075	2.10540
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	7.8302	1.55821
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	8.8396	1.90306
	Komunikacija (FAM-III dijada)	8.5943	1.80359
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	7.2830	2.30012
	Uključenost (FAM-III dijada)	7.0566	2.29214
	Kontrola (FAM-III dijada)	8.9623	2.18185
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	8.4717	1.96254
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	6.7170	1.61985
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	7.9340	1.78496
	Komunikacija (FAM-III porodica)	7.0943	1.55244
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	8.4528	2.01958
	Uključenost (FAM-III porodica)	8.0000	1.65040
	Kontrola (FAM-III porodica)	9.5189	2.30623
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	7.5755	1.83068
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	8.7642	2.18894
	Defanzivnost (FAM-III)	12.6792	2.83699

Grupa	Dimenzija	AS	SD
Kontrolna grupa	Zdravlje (SFI II)	37.7154	6.74904
	Konflikti (SFI II)	20.5366	4.72748
	Kohezivnost (SFI II)	11.1951	3.23317
	Vodstvo (SFI II)	9.5691	2.25825
	Izražajnost (SFI II)	7.8293	3.31590
	Kohezivnost (FACES IV)	30.8211	3.63731
	Fleksibilnost (FACES IV)	25.7480	3.11683
	Neuključenost (FACES IV)	13.6016	3.29366
	Umreženost (FACES IV)	14.7886	3.94273
	Rigidnost (FACES IV)	18.1057	3.91469
	Haotičnost (FACES IV)	16.0976	4.82720
	Komunikacija (FACES IV)	45.2114	5.61796
	Zadovoljstvo (FACES IV)	41.6504	6.06655
	Demokratski vaspitni stil	3.0650	2.46862
	Autoritatski vaspitni stil	.9756	1.07477
	Laissez-faire vaspitni stil	.3496	.70110
	Odbacujući vaspitni stil	.1545	.42528
	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	8.3740	1.64665
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	8.8049	1.91910
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	8.9106	1.47108
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	8.9512	1.79642
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	7.9187	1.34648
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	9.1301	1.97093
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	9.7317	1.73240
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	8.0000	1.75088
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	8.9350	1.52434
	Komunikacija (FAM-III dijada)	9.0976	1.25067
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	7.4228	1.92910
	Uključenost (FAM-III dijada)	6.7805	1.54992
	Kontrola (FAM-III dijada)	9.1545	1.40276
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	9.1220	1.70623
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	6.6423	1.56880
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	8.5447	1.63091
	Komunikacija (FAM-III porodica)	7.0163	1.59396
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	9.1545	1.59421
	Uključenost (FAM-III porodica)	8.2033	1.33649
	Kontrola (FAM-III porodica)	10.9431	2.09723
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	7.7886	1.60558
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	8.8049	2.13733
	Defanzivnost (FAM-III)	12.8862	2.64018

Tabela 68: Značajnost razlika između dve grupe na skalama svih instrumenata i vaspitnih stilova

Dimenzija	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Zdravlje (SFI II)	.835	44.900	1	227	.000
Konflikti (SFI II)	.857	37.790	1	227	.000
Kohezivnost (SFI II)	.989	2.550	1	227	.112
Vođstvo (SFI II)	1.000	.062	1	227	.803
Izražajnost (SFI II)	.859	37.212	1	227	.000
Kohezivnost (FACES IV)	.932	16.615	1	227	.000
Fleksibilnost (FACES IV)	.920	19.685	1	227	.000
Neuključenost (FACES IV)	.905	23.869	1	227	.000
Umreženost (FACES IV)	.954	10.987	1	227	.001
Rigidnost (FACES IV)	.937	15.348	1	227	.000
Haotičnost (FACES IV)	.968	7.426	1	227	.007
Komunikacija (FACES IV)	.822	49.242	1	227	.000
Zadovoljstvo (FACES IV)	.767	69.062	1	227	.000
Demokratski vaspitni stil	.994	1.324	1	227	.251
Autoritatski vaspitni stil	.997	.780	1	227	.378
Laissez-faire vaspitni stil	1.000	.085	1	227	.771
Odbacujući vaspitni stil	1.000	.010	1	227	.922
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	.998	.346	1	227	.557
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	.944	13.344	1	227	.000
Komunikacija (FAM-III pojedinac)	.990	2.304	1	227	.130
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	.992	1.877	1	227	.172
Uključenost (FAM-III pojedinac)	1.000	.027	1	227	.871
Kontrola (FAM-III pojedinac)	.944	13.529	1	227	.000
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	.982	4.270	1	227	.040
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	.997	.593	1	227	.442
Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	.999	.177	1	227	.674
Komunikacija (FAM-III dijada)	.974	6.147	1	227	.014
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	.999	.250	1	227	.618
Uključenost (FAM-III dijada)	.995	1.166	1	227	.281
Kontrola (FAM-III dijada)	.997	.645	1	227	.423
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	.969	7.194	1	227	.008
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	.999	.125	1	227	.724
Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	.969	7.315	1	227	.007
Komunikacija (FAM-III porodica)	.999	.140	1	227	.709
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	.963	8.618	1	227	.004
Uključenost (FAM-III porodica)	.995	1.060	1	227	.304
Kontrola (FAM-III porodica)	.905	23.940	1	227	.000
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	.996	.881	1	227	.349
Socijalna poželjnost (FAM-III)	1.000	.020	1	227	.887
Defanzivnost (FAM-III)	.999	.326	1	227	.568

Tabela 69: Deskriptivni pokazatelji za skale svih instrumenata i nekoliko socio-demografskih varijabli za obe grupe, kada su uzeti zajedno

Grupa	Varijabla	AS	SD
Klinički uzorak	Broj članova porodice	3.7830	.83955
	Mesečni prihod porodice	1.7642	.76285
	Broj dece u porodici	2.7736	.62157
	Zdravlje (SFI II)	46.2547	12.12323
	Konflikti (SFI II)	25.9340	8.30177
	Kohezivnost (SFI II)	11.9811	4.20426
	Vođstvo (SFI II)	9.6415	2.11205
	Izražajnost (SFI II)	11.0377	4.61246
	Kohezivnost (FACES IV)	27.7736	7.30985
	Fleksibilnost (FACES IV)	23.4811	4.56536
	Neuključenost (FACES IV)	16.5377	5.64366
	Umreženost (FACES IV)	16.6981	4.77328
	Rigidnost (FACES IV)	20.1321	3.88912
	Haotičnost (FACES IV)	18.0283	5.89181
	Komunikacija (FACES IV)	38.2925	9.10988
	Zadovoljstvo (FACES IV)	33.4151	8.83809
	Demokratski vaspitni stil	2.6887	2.46640
	Autoritatski vaspitni stil	1.1132	1.28227
	Laissez-faire vaspitni stil	.3774	.73618
	Odbacujući vaspitni stil	.1604	.48081
	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	8.2358	1.90514
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	7.7925	2.27499
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	8.5755	1.86674
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	8.6038	2.04091
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	7.9528	1.81728
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	8.1698	1.96867
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	9.2075	2.10540
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	7.8302	1.55821
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	8.8396	1.90306
	Komunikacija (FAM-III dijada)	8.5943	1.80359
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	7.2830	2.30012
	Uključenost (FAM-III dijada)	7.0566	2.29214
	Kontrola (FAM-III dijada)	8.9623	2.18185
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	8.4717	1.96254
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	6.7170	1.61985
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	7.9340	1.78496
	Komunikacija (FAM-III porodica)	7.0943	1.55244
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	8.4528	2.01958
	Uključenost (FAM-III porodica)	8.0000	1.65040
	Kontrola (FAM-III porodica)	9.5189	2.30623
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	7.5755	1.83068
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	8.7642	2.18894
	Defanzivnost (FAM-III)	12.6792	2.83699

Grupa	Varijabla	AS	SD
Kontrolna grupa	Broj članova porodice	4.1463	.95542
	Mesečni prihod porodice	2.0976	.92696
	Broj dece u porodici	2.9350	.52385
	Zdravlje (SFI)	37.7154	6.74904
	Konflikti (SFI)	20.5366	4.72748
	Kohezivnost (SFI)	11.1951	3.23317
	Vođstvo (SFI)	9.5691	2.25825
	Izražajnost (SFI)	7.8293	3.31590
	Kohezivnost (FACES IV)	30.8211	3.63731
	Fleksibilnost (FACES IV)	25.7480	3.11683
	Neuključenost (FACES IV)	13.6016	3.29366
	Umreženost (FACES IV)	14.7886	3.94273
	Rigidnost (FACES IV)	18.1057	3.91469
	Haotičnost (FACES IV)	16.0976	4.82720
	Komunikacija (FACES IV)	45.2114	5.61796
	Zadovoljstvo (FACES IV)	41.6504	6.06655
	Demokratski vaspitni stil	3.0650	2.46862
	Autoritatski vaspitni stil	.9756	1.07477
	Laissez-faire vaspitni stil	.3496	.70110
	Odbacujući vaspitni stil	.1545	.42528
	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	8.3740	1.64665
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	8.8049	1.91910
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	8.9106	1.47108
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	8.9512	1.79642
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	7.9187	1.34648
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	9.1301	1.97093
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	9.7317	1.73240
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	8.0000	1.75088
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	8.9350	1.52434
	Komunikacija (FAM-III dijada)	9.0976	1.25067
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	7.4228	1.92910
	Uključenost (FAM-III dijada)	6.7805	1.54992
	Kontrola (FAM-III dijada)	9.1545	1.40276
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	9.1220	1.70623
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	6.6423	1.56880
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	8.5447	1.63091
	Komunikacija (FAM-III porodica)	7.0163	1.59396
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	9.1545	1.59421
	Uključenost (FAM-III porodica)	8.2033	1.33649
	Kontrola (FAM-III porodica)	10.9431	2.09723
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	7.7886	1.60558
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	8.8049	2.13733
	Defanzivnost (FAM-III)	12.8862	2.64018

Tabela 70: Značajnost razlika između dve grupe na skalama svih instrumenata i nekoliko socio-demografskih varijabli, kada su uzeti zajedno

Varijable	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Broj članova porodice	.961	9.203	1	227	.003
Mesečni prihod porodice	.963	8.658	1	227	.004
Broj dece u porodici	.980	4.545	1	227	.034
Zdravlje (SFI)	.835	44.900	1	227	.000
Konflikti (SFI)	.857	37.790	1	227	.000
Kohezivnost (SFI)	.989	2.550	1	227	.112
Vođstvo (SFI)	1.000	.062	1	227	.803
Izražajnost (SFI)	.859	37.212	1	227	.000
Kohezivnost (FACES IV)	.932	16.615	1	227	.000
Fleksibilnost (FACES IV)	.920	19.685	1	227	.000
Neuključenost (FACES IV)	.905	23.869	1	227	.000
Umreženost (FACES IV)	.954	10.987	1	227	.001
Rigidnost (FACES IV)	.937	15.348	1	227	.000
Haotičnost (FACES IV)	.968	7.426	1	227	.007
Komunikacija (FACES IV)	.822	49.242	1	227	.000
Zadovoljstvo (FACES IV)	.767	69.062	1	227	.000
Demokratski vaspitni stil	.994	1.324	1	227	.251
Autoritatski vaspitni stil	.997	.780	1	227	.378
Laissez-faire vaspitni stil	1.000	.085	1	227	.771
Odbacujući vaspitni stil	1.000	.010	1	227	.922
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	.998	.346	1	227	.557
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	.944	13.344	1	227	.000
Komunikacija (FAM-III pojedinac)	.990	2.304	1	227	.130
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	.992	1.877	1	227	.172
Uključenost (FAM-III pojedinac)	1.000	.027	1	227	.871
Kontrola (FAM-III pojedinac)	.944	13.529	1	227	.000
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	.982	4.270	1	227	.040
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	.997	.593	1	227	.442
Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	.999	.177	1	227	.674
Komunikacija (FAM-III dijada)	.974	6.147	1	227	.014
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	.999	.250	1	227	.618
Uključenost (FAM-III dijada)	.995	1.166	1	227	.281
Kontrola (FAM-III dijada)	.997	.645	1	227	.423
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	.969	7.194	1	227	.008
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	.999	.125	1	227	.724
Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	.969	7.315	1	227	.007
Komunikacija (FAM-III porodica)	.999	.140	1	227	.709
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	.963	8.618	1	227	.004
Uključenost (FAM-III porodica)	.995	1.060	1	227	.304
Kontrola (FAM-III porodica)	.905	23.940	1	227	.000
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	.996	.881	1	227	.349
Socijalna poželjnost (FAM-III)	1.000	.020	1	227	.887
Defanzivnost (FAM-III)	.999	.326	1	227	.568

Tabela 71: Značajnost kanoničke funkcije za sve instrumente zajedno i nekoliko socio-demografskih varijabli

Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.498	143.471	43	.000	.709

Tabela 72: Matrica koeficijenata i matrica strukture za sve instrumente zajedno i nekoliko socio-demografskih varijabli

Varijabla	Matrica koeficijenata	Matrica strukture
Broj članova porodice	.334	.200
Mesečni prihod porodice	.212	.194
Broj dece u porodici	.070	.141
Zdravlje (SFI II)	-1.285	-.443
Konflikti (SFI II)	.408	-.406
Kohezivnost (SFI II)	.779	-.105
Vođstvo (SFI II)	.100	-.016
Izražajnost (SFI II)	.119	-.403
Kohezivnost (FACES IV)	-.257	.269
Fleksibilnost (FACES IV)	.170	.293
Neuključenost (FACES IV)	-.085	-.323
Umreženost (FACES IV)	-.104	-.219
Rigidnost (FACES IV)	-.237	-.259
Haotičnost (FACES IV)	.111	-.180
Komunikacija (FACES IV)	.130	.463
Zadovoljstvo (FACES IV)	.403	.549
Demokratski vaspitni stil	-.044	.076
Autoritatski vaspitni stil	-.057	-.058
Laissez-faire vaspitni stil	.063	-.019
Odbacujući vaspitni stil	.062	-.007
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	.029	.039
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	.143	.241
Komunikacija (FAM-III pojedinac)	.060	.100
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	.200	.090
Uključenost (FAM-III pojedinac)	.008	-.011
Kontrola (FAM-III pojedinac)	.207	.243
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	.126	.136
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	.022	.051
Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	-.142	.028
Komunikacija (FAM-III dijada)	.276	.164
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	-.077	.033
Uključenost (FAM-III dijada)	-.114	-.071
Kontrola (FAM-III dijada)	.025	.053
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	.139	.177
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	-.162	-.023
Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	.030	.179
Komunikacija (FAM-III porodica)	.149	-.025
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	.140	.194
Uključenost (FAM-III porodica)	-.227	.068
Kontrola (FAM-III porodica)	.162	.323

Varijabla	Matrica koeficijenata	Matrica strukture
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	-.099	.062
Socijalna poželjnost (FAM-III)	-.020	.009
Defanzivnost (FAM-III)	-.154	.038

Tabela 73: Centroidi grupa za sve instrumente zajedno i nekoliko socio-demografskih varijabli

Grupa	Funkcija
Klinički uzorak	-1.078
Kontrolna grupa	.929

Tabela 74: Uspešnost klasifikacije za sve instrumente zajedno i nekoliko socio-demografskih varijabli

grupa			Predviđena grupna pripadnost		Total
			Klinički uzorak	Kontrolna grupa	
Original	Učestalost	Klinički uzorak	86	20	106
		Kontrolna grupa	15	108	123
	%	Klinički uzorak	81.1	18.9	100.0
		Kontrolna grupa	12.2	87.8	100.0

a. 84.7% slučajeva je tačno klasifikovano

Tabela 75: Deskriptivni pokazatelji za skale svih instrumenata za obe grupe i školskog uspeha dece

Grupa	Varijabla	AS	SD
Klinički uzorak	Školski uspeh	4.4038	.48494
	Zdravlje (SFI II)	49.8387	13.57963
	Konflikti (SFI II)	27.1613	8.06266
	Kohezivnost (SFI II)	13.0645	4.76750
	Vođstvo (SFI II)	9.5806	2.34910
	Izražajnost (SFI II)	12.4839	5.10471
	Kohezivnost (FACES IV)	27.5161	10.54789
	Fleksibilnost (FACES IV)	23.1613	5.30469
	Neuključenost (FACES IV)	18.3871	5.48135
	Umreženost (FACES IV)	16.1935	4.13456
	Rigidnost (FACES IV)	19.1290	3.87936
	Haotičnost (FACES IV)	18.8710	5.46956



Grupa	Varijabla	AS	SD
Klinički uzorak	Komunikacija (FACES IV)	36.2581	10.60493
	Zadovoljstvo (FACES IV)	33.1613	9.70943
	Demokratski vaspitni stil	.0000	.00000
	Autoritatski vaspitni stil	.0000	.00000
	Laissez-faire vaspitni stil	.0000	.00000
	Odbacujući vaspitni stil	.0000	.00000
	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	8.7419	1.71207
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	8.9032	2.48133
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	8.8387	1.93385
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	8.7097	2.13219
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	8.4194	1.33602
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	8.3548	1.58216
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	9.6452	2.00912
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	7.8065	1.04624
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	8.8065	1.85147
	Komunikacija (FAM-III dijada)	8.8065	1.85147
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	7.5806	2.33487
	Uključenost (FAM-III dijada)	6.6452	2.24423
	Kontrola (FAM-III dijada)	9.5484	2.36416
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	8.2903	1.73577
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	6.8710	1.91036
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	7.9677	1.95762
	Komunikacija (FAM-III porodica)	6.7419	1.52682
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	8.5484	1.99731
	Uključenost (FAM-III porodica)	8.0968	1.64022
	Kontrola (FAM-III porodica)	9.3871	2.43143
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	7.0968	1.97239
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	8.5806	2.77818
	Defanzivnost (FAM-III)	12.7742	3.24253
	Skolski uspeh	4.6598	.29253
Kontrolna grupa	Zdravlje (SFI II)	38.0811	7.81870
	Konflikti (SFI II)	20.3784	5.05718
	Kohezivnost (SFI II)	11.2703	3.26300
	Vodstvo (SFI II)	9.1892	2.15816
	Izražajnost (SFI II)	8.1622	3.27035
	Kohezivnost (FACES IV)	29.7838	3.91674
	Fleksibilnost (FACES IV)	25.7568	3.20074
	Neuključenost (FACES IV)	14.1622	3.03236
	Umreženost (FACES IV)	15.5676	4.01760
	Rigidnost (FACES IV)	17.8108	3.81399
	Haotičnost (FACES IV)	15.4595	4.56797
	Komunikacija (FACES IV)	44.6486	6.03332
	Zadovoljstvo (FACES IV)	41.4595	6.92658
	Demokratski vaspitni stil	.0000	.00000
	Autoritatski vaspitni stil	.0000	.00000
	Laissez-faire vaspitni stil	.0000	.00000

Grupa	Varijabla	AS	SD
Kontrolna grupa	Odbacujući vaspitni stil	.0000	.00000
	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	9.3784	1.67251
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	8.3514	2.27567
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	8.9459	1.68236
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	8.8919	2.10533
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	7.9459	1.45193
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	9.1892	1.79254
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	9.8649	1.90266
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	7.5405	1.81956
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	9.1351	1.78204
	Komunikacija (FAM-III dijada)	8.7838	.97568
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	7.5405	1.75744
	Uključenost (FAM-III dijada)	6.5405	1.67655
	Kontrola (FAM-III dijada)	8.9459	1.66577
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	9.0270	1.64125
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	6.5676	1.50075
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	8.0811	2.04638
	Komunikacija (FAM-III porodica)	6.9730	1.67476
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	9.0811	1.76978
	Uključenost (FAM-III porodica)	8.2703	1.46531
	Kontrola (FAM-III porodica)	10.5676	2.23035
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	7.4054	1.86279
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	8.5946	1.99248
Defanzivnost (FAM-III)	12.7297	2.99674	

Tabela 76: Značajnost razlika između dve grupe na skalama svih instrumenata i školskog uspeha dece

Varijabla	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Školski uspeh	.902	7.197	1	66	.009
Zdravlje (SFI II)	.768	19.902	1	66	.000
Konflikti (SFI II)	.787	17.841	1	66	.000
Kohezivnost (SFI II)	.951	3.365	1	66	.071
Vodstvo (SFI II)	.992	.512	1	66	.477
Izražajnost (SFI II)	.787	17.821	1	66	.000
Kohezivnost (FACES IV)	.978	1.472	1	66	.229
Fleksibilnost (FACES IV)	.914	6.183	1	66	.015
Neuključenost (FACES IV)	.804	16.125	1	66	.000
Umreženost (FACES IV)	.994	.399	1	66	.530
Rigidnost (FACES IV)	.971	1.984	1	66	.164
Haotičnost (FACES IV)	.894	7.859	1	66	.007
Komunikacija (FACES IV)	.798	16.731	1	66	.000
Zadovoljstvo (FACES IV)	.797	16.828	1	66	.000
Demokratski vaspitni stil	. <sup>a</sup>				
Autoritatski vaspitni stil	. <sup>a</sup>				
Laissez-faire vaspitni stil	. <sup>a</sup>				
Odbacujući vaspitni stil	. <sup>a</sup>				
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	.965	2.390	1	66	.127
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	.986	.914	1	66	.343
Komunikacija (FAM-III pojedinac)	.999	.060	1	66	.808
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	.998	.125	1	66	.725
Uključenost (FAM-III pojedinac)	.972	1.928	1	66	.170
Kontrola (FAM-III pojedinac)	.942	4.062	1	66	.048
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	.997	.214	1	66	.645
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	.992	.518	1	66	.474
Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	.992	.554	1	66	.459
Komunikacija (FAM-III dijada)	1.000	.004	1	66	.949
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	1.000	.007	1	66	.936
Uključenost (FAM-III dijada)	.999	.048	1	66	.827
Kontrola (FAM-III dijada)	.978	1.510	1	66	.223
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	.953	3.225	1	66	.077
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	.992	.538	1	66	.466
Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	.999	.054	1	66	.817
Komunikacija (FAM-III porodica)	.995	.348	1	66	.557
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	.980	1.359	1	66	.248
Uključenost (FAM-III porodica)	.997	.212	1	66	.647
Kontrola (FAM-III porodica)	.938	4.352	1	66	.041
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	.993	.439	1	66	.510
Socijalna poželjnost (FAM-III)	1.000	.001	1	66	.981
Defanzivnost (FAM-III)	1.000	.003	1	66	.953

Tabela 77: Značajnost kanoničke funkcije za sve instrumente zajedno i školski uspeh dece

Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.284	59.828	37	.010	.846

Tabela 78: matrica koeficijenata i matrica strukture za sve instrumente zajedno i školskog uspeha dece

Varijabla	Matrica koeficijenata	Matrica strukture
Školski uspeh	-.556	-.208
Zdravlje (SFI II)	3.056	.346
Konflikti (SFI II)	.053	.327
Kohezivnost (SFI II)	-2.289	.142
Vođstvo (SFI II)	-.413	.055
Izražajnost (SFI II)	-.114	.327
Kohezivnost (FACES IV)	.725	-.094
Fleksibilnost (FACES IV)	-.182	-.193
Neuključenost (FACES IV)	.454	.311
Umreženost (FACES IV)	-.577	.049
Rigidnost (FACES IV)	-.041	.109
Haotičnost (FACES IV)	.129	.217
Komunikacija (FACES IV)	.898	-.317
Zadovoljstvo (FACES IV)	.121	-.318
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	.104	-.120
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	-.083	.074
Komunikacija (FAM-III pojedinac)	-.291	-.019
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	.152	-.027
Uključenost (FAM-III pojedinac)	.604	.108
Kontrola (FAM-III pojedinac)	.128	-.156
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	-.748	-.036
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	.213	.056
Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	.213	-.058
Komunikacija (FAM-III dijada)	-.877	.005
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	-.814	.006
Uključenost (FAM-III dijada)	.897	.017
Kontrola (FAM-III dijada)	-.039	.095
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	-.179	-.139
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	-.340	.057
Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	.137	-.018
Komunikacija (FAM-III porodica)	.069	-.046
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	.216	-.090
Uključenost (FAM-III porodica)	.258	-.036
Kontrola (FAM-III porodica)	-.162	-.162
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	.099	-.051
Socijalna poželjnost (FAM-III)	.020	.005
Defanzivnost (FAM-III)	.154	-.002

Tabela 79: Centroidi grupa za sve instrumente zajedno i školskog uspeha dece

Grupa	Funkcija
Klinički uzorak	1.710
Kontrolna grupa	-1.433

Tabela 80: Uspešnost klasifikacije za sve instrumente zajedno i školskog uspeha dece

grupa			Predviđena grupna pripadnost		Total
			Klinički uzorak	Kontrolna grupa	
Original	Učestalost	Klinički uzorak	27	4	31
		Kontrolna grupa	1	36	37
	%	Klinički uzorak	87.1	12.9	100.0
		Kontrolna grupa	2.7	97.3	100.0
a. 92.6% slučajeva je tačno klasifikovano					

Tabela 81: Višestruka regresiona analiza - povezanost varijabli porodičnog funkcionisanja i sklonosti ka davanju socijalno poželjnih odgovora

R	R <sup>2</sup>	prilagođeni R <sup>2</sup>	df	F	p
.581	.338	.197	40; 188	2.399	.000

Tabela 82: Varijabla sklonost ka davanju socijalno poželjnih odgovora - model prediktora

Dimenzija	Beta	t	p
Zdravlje (SFI II)	-.102	-.460	.646
Konflikti (SFI II)	-.042	-.301	.764
Kohezivnost (SFI II)	-.046	-.390	.697
Vodstvo (SFI II)	-.058	-.791	.430
Izražajnost (SFI II)	-.029	-.263	.793
Kohezivnost (FACES IV)	-.050	-.517	.606
Fleksibilnost (FACES IV)	.076	.848	.398
Neuključenost (FACES IV)	.006	.062	.951
Umreženost (FACES IV)	.017	.232	.817
Rigidnost (FACES IV)	.069	.960	.338
Haotičnost (FACES IV)	.089	.995	.321
Komunikacija (FACES IV)	.034	.232	.817
Zadovoljstvo (FACES IV)	.250	1.925	.056
<b>Demokratski vaspitni stil</b>	<b>.198</b>	<b>2.602</b>	<b>.010</b>
Autoritatski vaspitni stil	-.026	-.378	.706
Laissez-faire vaspitni stil	.048	.688	.492
Odbacujući vaspitni stil	-.001	-.021	.983
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	.021	.277	.782
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	-.103	-1.335	.184
Komunikacija (FAM-III pojedinac)	-.092	-1.253	.212
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	.057	.787	.432
Uključenost (FAM-III pojedinac)	-.021	-.295	.769
Kontrola (FAM-III pojedinac)	.077	1.054	.293
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	-.047	-.679	.498
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	-.117	-1.673	.096
Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	-.056	-.763	.447
Komunikacija (FAM-III dijada)	.111	1.579	.116
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	-.044	-.595	.553
Uključenost (FAM-III dijada)	-.110	-1.536	.126
Kontrola (FAM-III dijada)	.082	1.094	.275
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	-.027	-.381	.703
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	.020	.263	.793
Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	.002	.021	.984
Komunikacija (FAM-III porodica)	-.008	-.118	.906
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	.117	1.456	.147
Uključenost (FAM-III porodica)	.113	1.477	.141
Kontrola (FAM-III porodica)	-.066	-.732	.465
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	.032	.414	.679
Socijalna poželjnost (FAM-III)	.092	1.345	.180
Defanzivnost (FAM-III)	-.022	-.296	.767

TABELA 83: Deskriptivne mere na varijablama instrumenta FACES IV za različite pozicije u porodici

Dimenzija	Pozicija ispitanika u porodici	Grupa	AS	SD	N
Kohezivnost (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	27.8667	5.35809	45
		Kontrolna grupa	31.2041	3.54718	49
	majka	Klinički uzorak	28.4255	5.48415	47
		Kontrolna grupa	31.3125	3.69679	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	27.6111	10.06913	36
		Kontrolna grupa	29.8889	3.76118	45
Fleksibilnost (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	23.6000	4.41279	45
		Kontrolna grupa	25.8571	3.17543	49
	majka	Klinički uzorak	23.7872	3.67090	47
		Kontrolna grupa	25.7708	2.99105	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	23.7222	5.54262	36
		Kontrolna grupa	25.6667	3.20511	45
Neuključenost (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	16.0667	5.48718	45
		Kontrolna grupa	13.3061	3.73722	49
	majka	Klinički uzorak	15.5957	5.43203	47
		Kontrolna grupa	13.8542	3.47017	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	18.0833	5.35790	36
		Kontrolna grupa	14.2000	3.23756	45
Umreženost (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	17.3556	5.07738	45
		Kontrolna grupa	15.0000	4.07226	49
	majka	Klinički uzorak	15.8723	4.89728	47
		Kontrolna grupa	14.7292	4.23129	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	16.4444	4.12272	36
		Kontrolna grupa	15.4222	3.98000	45
Rigidnost (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	20.8889	4.31816	45
		Kontrolna grupa	19.0204	4.17078	49
	majka	Klinički uzorak	20.0426	4.25266	47
		Kontrolna grupa	17.8750	3.58261	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	19.0556	3.60115	36
		Kontrolna grupa	17.8667	3.71484	45
Haotičnost (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	18.1333	6.21801	45
		Kontrolna grupa	15.7755	4.87026	49
	majka	Klinički uzorak	18.0851	5.39255	47
		Kontrolna grupa	17.3958	4.96687	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	18.7778	5.60669	36
		Kontrolna grupa	15.4444	4.37220	45
Komunikacija (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	40.0667	8.68750	45
		Kontrolna grupa	45.5714	6.09986	49
	majka	Klinički uzorak	39.4255	8.58144	47
		Kontrolna grupa	45.4792	4.31223	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	37.1944	10.60948	36
		Kontrolna grupa	44.5111	5.80604	45
Zadovoljstvo (FACES IV)	otac	Klinički uzorak	35.0444	9.02762	45
		Kontrolna grupa	42.3673	5.96411	49
	majka	Klinički uzorak	33.6809	8.92507	47
		Kontrolna grupa	40.6458	5.36533	48
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	33.0556	9.64200	36
		Kontrolna grupa	40.9556	6.93134	45

TABELA 84: Efekti grupe (klinički uzorak i kontrolna grupa) i pozicije (otac, majka, dete) na skalama instrumenata FACES IV

Izvor	Dimenzija	df	F	Sig.	Partial Eta Squared
Pozicija	Kohezivnost (FACES IV)	2; 264	.922	.399	.007
	Fleksibilnost (FACES IV)	2; 264	.011	.989	.000
	Neuključenost (FACES IV)	<b>2; 264</b>	<b>2.842</b>	<b>.060</b>	<b>.021</b>
	Umreženost (FACES IV)	2; 264	.983	.376	.007
	Rigidnost (FACES IV)	<b>2; 264</b>	<b>3.248</b>	<b>.040</b>	<b>.024</b>
	Haotičnost (FACES IV)	2; 264	.587	.557	.004
	Komunikacija (FACES IV)	2; 264	1.649	.194	.012
	Zadovoljstvo (FACES IV)	2; 264	1.350	.261	.010
Grupa	Kohezivnost (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>17.564</b>	<b>.000</b>	<b>.062</b>
	Fleksibilnost (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>19.179</b>	<b>.000</b>	<b>.068</b>
	Neuključenost (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>25.587</b>	<b>.000</b>	<b>.088</b>
	Umreženost (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>7.751</b>	<b>.006</b>	<b>.029</b>
	Rigidnost (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>12.884</b>	<b>.000</b>	<b>.047</b>
	Haotičnost (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>10.959</b>	<b>.001</b>	<b>.040</b>
	Komunikacija (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>47.193</b>	<b>.000</b>	<b>.152</b>
	Zadovoljstvo (FACES IV)	<b>1; 264</b>	<b>61.523</b>	<b>.000</b>	<b>.189</b>
Pozicija * grupa	Kohezivnost (FACES IV)	2; 264	.199	.820	.002
	Fleksibilnost (FACES IV)	2; 264	.044	.957	.000
	Neuključenost (FACES IV)	2; 264	1.221	.296	.009
	Umreženost (FACES IV)	2; 264	.631	.533	.005
	Rigidnost (FACES IV)	2; 264	.341	.711	.003
	Haotičnost (FACES IV)	2; 264	1.435	.240	.011
	Komunikacija (FACES IV)	2; 264	.327	.721	.002
	Zadovoljstvo (FACES IV)	2; 264	.081	.923	.001



Tabela 85: Deskriptivne mere na varijablama instrumenta SFI II za različite pozicije u porodici

Dimenzija	Pozicija ispitanika u porodici	Grupa	AS	SD	N
Zdravlje (SFI II)	otac	Klinički uzorak	44.97	10.505	38
		Kontrolna grupa	37.12	6.821	40
	majka	Klinički uzorak	45.18	12.202	39
		Kontrolna grupa	38.02	5.701	47
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	49.29	13.067	38
		Kontrolna grupa	37.92	7.775	38
Konflikti (SFI II)	otac	Klinički uzorak	25.74	7.500	38
		Kontrolna grupa	21.08	5.645	40
	majka	Klinički uzorak	25.67	9.126	39
		Kontrolna grupa	20.15	3.458	47
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	26.95	8.243	38
		Kontrolna grupa	20.26	5.039	38
Kohezivnost (SFI II)	otac	Klinički uzorak	11.50	3.711	38
		Kontrolna grupa	11.03	3.512	40
	majka	Klinički uzorak	11.64	4.145	39
		Kontrolna grupa	11.45	3.020	47
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	13.11	4.489	38
		Kontrolna grupa	11.18	3.262	38
Vođstvo (SFI II)	otac	Klinički uzorak	9.66	2.197	38
		Kontrolna grupa	9.33	2.280	40
	majka	Klinički uzorak	9.51	2.163	39
		Kontrolna grupa	10.06	2.250	47
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	9.68	2.207	38
		Kontrolna grupa	9.24	2.149	38
Izražajnost (SFI II)	otac	Klinički uzorak	10.45	4.341	38
		Kontrolna grupa	7.55	3.029	40
	majka	Klinički uzorak	10.51	4.116	39
		Kontrolna grupa	7.85	3.575	47
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	12.32	4.844	38
		Kontrolna grupa	8.08	3.266	38

Tabela 86: Efekti grupe (klinički uzorak i kontrolna grupa) i pozicije (otac, majka, dete) na skalama instrumenta SFI II

Izvor	Dimenzija	df	F	Sig.	Eta Squared
Pozicija	Zdravlje (SFI II)	2; 234	1.511	.223	.013
	Konflikti (SFI II)	2; 234	.235	.791	.002
	Kohezivnost (SFI II)	2; 234	1.142	.321	.010
	Vodstvo (SFI II)	2; 234	.551	.577	.005
	Izražajnost (SFI II)	2; 234	2.124	.122	.018
Grupa	Zdravlje (SFI II)	<b>1; 234</b>	<b>49.943</b>	<b>.000</b>	<b>.176</b>
	Konflikti (SFI II)	<b>1; 234</b>	<b>42.041</b>	<b>.000</b>	<b>.152</b>
	Kohezivnost (SFI II)	1; 234	3.250	.073	.014
	Vodstvo (SFI II)	1; 234	.071	.790	.000
	Izražajnost (SFI II)	<b>1; 234</b>	<b>41.927</b>	<b>.000</b>	<b>.152</b>
Pozicija * grupa	Zdravlje (SFI II)	2; 234	1.083	.340	.009
	Konflikti (SFI II)	2; 234	.442	.643	.004
	Kohezivnost (SFI II)	2; 234	1.231	.294	.010
	Vodstvo (SFI II)	2; 234	1.255	.287	.011
	Izražajnost (SFI II)	2; 234	.933	.395	.008

TABELA 87: Deskriptivne mere na varijablama instrumenta FAM-III za različite pozicije u porodici

Dimenzija	Pozicija ispitanika u porodici	Grupa	AS	SD	N
Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	otac	Klinički uzorak	8.0612	1.72492	49
		Kontrolna grupa	7.9400	1.34635	50
	majka	Klinički uzorak	7.8750	2.08974	48
		Kontrolna grupa	8.0400	1.53809	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.6250	1.71998	40
		Kontrolna grupa	9.3636	1.61520	44
Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	otac	Klinički uzorak	7.2857	2.16987	49
		Kontrolna grupa	8.7800	1.58166	50
	majka	Klinički uzorak	7.5417	1.92363	48
		Kontrolna grupa	9.2200	1.79898	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.5750	2.60067	40
		Kontrolna grupa	8.4773	2.20453	44

Komunikacija (FAM-III pojedinac)	otac	Klinički uzorak	8.1633	2.07512	49
		Kontrolna grupa	8.8000	1.37024	50
	majka	Klinički uzorak	8.2708	2.07046	48
		Kontrolna grupa	8.7400	1.42585	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.8500	1.91552	40
		Kontrolna grupa	8.7727	1.66864	44
Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	otac	Klinički uzorak	8.5102	1.70932	49
		Kontrolna grupa	8.8200	1.73429	50
	majka	Klinički uzorak	8.8750	2.32127	48
		Kontrolna grupa	8.9600	1.92682	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.7250	2.02532	40
		Kontrolna grupa	8.8864	1.96736	44
Uključenost (FAM-III pojedinac)	otac	Klinički uzorak	7.7959	1.96829	49
		Kontrolna grupa	7.9800	1.43555	50
	majka	Klinički uzorak	7.7708	1.87071	48
		Kontrolna grupa	8.0800	1.22624	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.4250	1.72296	40
		Kontrolna grupa	8.0455	1.47781	44
Kontrola pojedinac (FAM-III)	otac	Klinički uzorak	8.3265	2.14464	49
		Kontrolna grupa	9.1600	2.31552	50
	majka	Klinički uzorak	8.1042	2.02369	48
		Kontrolna grupa	8.9000	1.65677	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.9250	2.01771	40
		Kontrolna grupa	9.3182	1.77545	44
Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	otac	Klinički uzorak	9.0408	2.12092	49
		Kontrolna grupa	9.8000	1.95876	50
	majka	Klinički uzorak	9.3125	2.21365	48
		Kontrolna grupa	9.6000	1.30931	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	9.5500	2.13578	40
		Kontrolna grupa	10.0227	1.81067	44
Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	otac	Klinički uzorak	7.7143	1.55456	49
		Kontrolna grupa	8.4200	1.69139	50
	majka	Klinički uzorak	7.9792	1.71959	48
		Kontrolna grupa	7.8200	1.69862	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	7.5500	1.39505	40
		Kontrolna grupa	7.5682	1.83503	44

Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	otac	Klinički uzorak	8.9184	2.16830	49
		Kontrolna grupa	8.7600	1.68499	50
	majka	Klinički uzorak	9.0417	1.52927	48
		Kontrolna grupa	8.8200	1.46650	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.9000	1.82293	40
		Kontrolna grupa	9.2045	1.75975	44
Komunikacija (FAM-III dijada)	otac	Klinički uzorak	8.4082	1.65729	49
		Kontrolna grupa	9.0200	1.28556	50
	majka	Klinički uzorak	8.6458	1.88487	48
		Kontrolna grupa	9.3800	1.41263	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.7000	1.72760	40
		Kontrolna grupa	8.8409	1.09848	44
Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	otac	Klinički uzorak	6.9796	2.41945	49
		Kontrolna grupa	7.1800	2.03731	50
	majka	Klinički uzorak	7.4375	2.32385	48
		Kontrolna grupa	7.2800	1.95918	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	7.5500	2.36372	40
		Kontrolna grupa	7.5682	1.77053	44
Uključenost (FAM-III dijada)	otac	Klinički uzorak	6.8980	2.14325	49
		Kontrolna grupa	6.6400	1.50861	50
	majka	Klinički uzorak	7.0833	2.34142	48
		Kontrolna grupa	6.8200	1.61232	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	6.4250	2.13503	40
		Kontrolna grupa	6.4318	1.70359	44
Kontrola (FAM-III dijada)	otac	Klinički uzorak	7.9796	1.87628	49
		Kontrolna grupa	9.2200	1.40393	50
	majka	Klinički uzorak	9.3542	1.95143	48
		Kontrolna grupa	9.2200	1.32926	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	9.3500	2.29325	40
		Kontrolna grupa	8.8864	1.57326	44
Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	otac	Klinički uzorak	8.5714	1.80278	49
		Kontrolna grupa	8.9600	1.85120	50
	majka	Klinički uzorak	8.5000	2.11378	48
		Kontrolna grupa	9.2800	1.91706	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.4750	2.02532	40
		Kontrolna grupa	9.0000	1.75208	44
Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	otac	Klinički uzorak	6.6327	1.49574	49
		Kontrolna grupa	6.6200	1.65233	50
	majka	Klinički uzorak	6.7917	1.58394	48
		Kontrolna grupa	6.6400	1.54867	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	6.8500	1.80526	40
		Kontrolna grupa	6.6591	1.46181	44

Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	otac	Klinički uzorak	7.3265	1.72467	49
		Kontrolna grupa	8.5600	1.28031	50
	majka	Klinički uzorak	8.1042	1.69153	48
		Kontrolna grupa	8.9600	1.48407	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.0750	1.87271	40
		Kontrolna grupa	8.1364	1.95996	44
Komunikacija (FAM-III porodica)	otac	Klinički uzorak	7.4082	1.61914	49
		Kontrolna grupa	7.0000	1.66599	50
	majka	Klinički uzorak	7.0208	1.43645	48
		Kontrolna grupa	7.0200	1.40683	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	6.8250	1.41217	40
		Kontrolna grupa	6.8864	1.67354	44
Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	otac	Klinički uzorak	8.4082	1.63195	49
		Kontrolna grupa	9.2800	1.56544	50
	majka	Klinički uzorak	8.3125	2.28926	48
		Kontrolna grupa	8.9400	1.55721	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.6000	2.08536	40
		Kontrolna grupa	9.0682	1.74406	44
Uključenost (FAM-III porodica)	otac	Klinički uzorak	7.6327	1.57710	49
		Kontrolna grupa	8.2400	1.33340	50
	majka	Klinički uzorak	8.2083	1.58394	48
		Kontrolna grupa	8.2400	1.39328	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.0750	1.71550	40
		Kontrolna grupa	8.2500	1.38304	44
Kontrola porodica (FAM-III porodica)	otac	Klinički uzorak	9.6327	2.16693	49
		Kontrolna grupa	11.1400	2.09966	50
	majka	Klinički uzorak	9.4167	2.40419	48
		Kontrolna grupa	10.8400	1.92046	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	9.4000	2.55001	40
		Kontrolna grupa	10.5455	2.19359	44
Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	otac	Klinički uzorak	7.8980	1.67388	49
		Kontrolna grupa	8.2600	1.53610	50
	majka	Klinički uzorak	7.6250	1.59287	48
		Kontrolna grupa	7.7800	1.54246	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	7.1250	2.11451	40
		Kontrolna grupa	7.4318	1.74406	44

Socijalna poželjnost (FAM-III)	otac	Klinički uzorak	8.9796	2.18413	49
		Kontrolna grupa	9.2200	2.09265	50
	majka	Klinički uzorak	8.5208	2.07302	48
		Kontrolna grupa	8.8000	2.26779	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	8.7000	2.76610	40
		Kontrolna grupa	8.5682	1.87266	44
Defanzivnost (FAM-III)	otac	Klinički uzorak	12.8571	2.38048	49
		Kontrolna grupa	13.2600	2.24799	50
	majka	Klinički uzorak	12.5833	2.80450	48
		Kontrolna grupa	12.9000	2.63609	50
	prvorodjeno dete	Klinički uzorak	12.6250	3.01013	40
		Kontrolna grupa	12.8864	2.94299	44

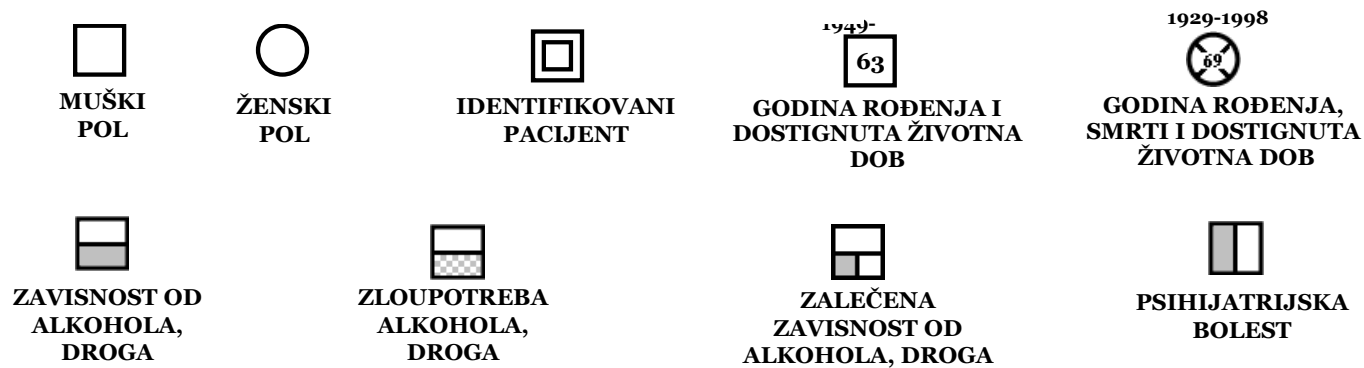
TABELA 88: Efekti grupe (klinički uzorak i kontrolna grupa) i pozicije (otac, majka, dete) na skalama instrumenta FAM-III

Pozicija	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	<b>2; 275</b>	<b>10.691</b>	<b>.000</b>	<b>.072</b>
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	2; 275	1.429	.241	.010
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	2; 275	.952	.387	.007
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	2; 275	.413	.662	.003
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	2; 275	1.201	.302	.009
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	2; 275	2.173	.116	.016
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	2; 275	.953	.387	.007
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	2; 275	2.177	.115	.016
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	2; 275	.337	.715	.002
	Komunikacija (FAM-III dijada)	2; 275	1.043	.354	.008
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	2; 275	1.145	.320	.008
	Uključenost (FAM-III dijada)	2; 275	1.697	.185	.012
	Kontrola (FAM-III dijada)	<b>2; 275</b>	<b>4.094</b>	<b>.018</b>	<b>.029</b>
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	2; 275	.169	.845	.001
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	2; 275	.159	.853	.001
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	<b>2; 275</b>	<b>3.238</b>	<b>.041</b>	<b>.023</b>
	Komunikacija (FAM-III porodica)	2; 275	1.166	.313	.008
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	2; 275	.437	.646	.003
	Uključenost (FAM-III porodica)	2; 275	1.000	.369	.007
	Kontrola (FAM-III porodica)	2; 275	.819	.442	.006
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	<b>2; 275</b>	<b>5.057</b>	<b>.007</b>	<b>.035</b>
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	2; 275	1.337	.264	.010
	Defanzivnost (FAM-III)	2; 275	.435	.648	.003
Grupa	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	1; 275	1.673	.197	.006
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	<b>1; 275</b>	<b>17.473</b>	<b>.000</b>	<b>.060</b>
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	1; 275	2.615	.107	.009
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	1; 275	.629	.429	.002
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	1; 275	.038	.847	.000

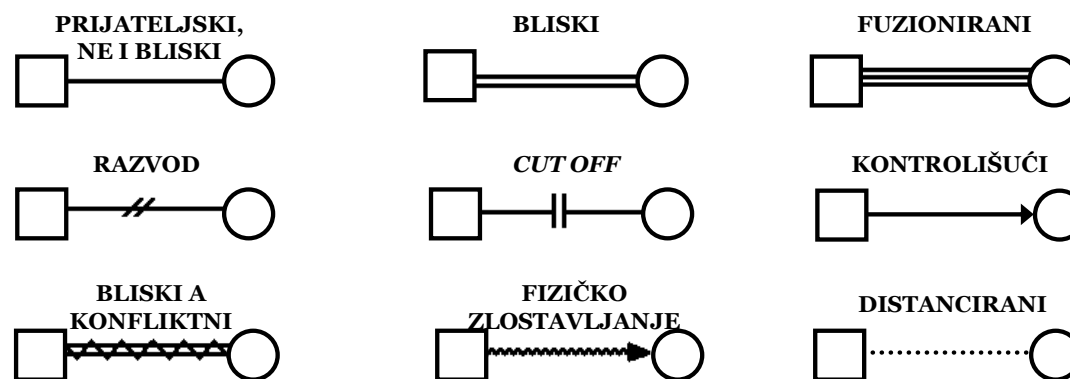
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	<b>1; 275</b>	<b>7.895</b>	<b>.005</b>	<b>.028</b>
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	<b>1; 275</b>	<b>4.747</b>	<b>.030</b>	<b>.017</b>
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	1; 275	.898	.344	.003
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	1; 275	.014	.905	.000
	Komunikacija (FAM-III dijada)	<b>1; 275</b>	<b>7.299</b>	<b>.007</b>	<b>.026</b>
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	1; 275	.006	.937	.000
	Uključenost (FAM-III dijada)	1; 275	.554	.458	.002
	Kontrola (FAM-III dijada)	1; 275	1.045	.308	.004
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	<b>1; 275</b>	<b>6.080</b>	<b>.014</b>	<b>.022</b>
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	1; 275	.387	.534	.001
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	<b>1; 275</b>	<b>12.851</b>	<b>.000</b>	<b>.045</b>
	Komunikacija (FAM-III porodica)	1; 275	.394	.531	.001
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	<b>1; 275</b>	<b>9.037</b>	<b>.003</b>	<b>.032</b>
	Uključenost (FAM-III porodica)	1; 275	2.292	.131	.008
	Kontrola (FAM-III porodica)	<b>1; 275</b>	<b>26.159</b>	<b>.000</b>	<b>.087</b>
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	1; 275	1.829	.177	.007
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	1; 275	.238	.626	.001
	Defanzivnost (FAM-III)	1; 275	1.049	.307	.004
Pozicija * grupa	Dostizanje ciljeva (FAM-III pojedinac)	2; 275	1.511	.223	.011
	Izvođenje uloga (FAM-III pojedinac)	<b>2; 275</b>	<b>5.014</b>	<b>.007</b>	<b>.035</b>
	Komunikacija (FAM-III pojedinac)	2; 275	.987	.374	.007
	Emocionalna ekspresija (FAM-III pojedinac)	2; 275	.084	.919	.001
	Uključenost (FAM-III pojedinac)	2; 275	1.113	.330	.008
	Kontrola (FAM-III pojedinac)	2; 275	.327	.721	.002
	Vrednosti i norme (FAM-III pojedinac)	2; 275	.368	.692	.003
	Dostizanje ciljeva (FAM-III dijada)	2; 275	1.849	.159	.013
	Izvođenje uloga (FAM-III dijada)	2; 275	.594	.553	.004
	Komunikacija (FAM-III dijada)	2; 275	.924	.398	.007
	Emocionalna ekspresija (FAM-III dijada)	2; 275	.170	.844	.001
	Uključenost (FAM-III dijada)	2; 275	.142	.868	.001
	Kontrola (FAM-III dijada)	<b>2; 275</b>	<b>6.292</b>	<b>.002</b>	<b>.044</b>
	Vrednosti i norme (FAM-III dijada)	2; 275	.265	.768	.002
	Dostizanje ciljeva (FAM-III porodica)	2; 275	.082	.922	.001
	Izvođenje uloga (FAM-III porodica)	2; 275	2.866	.059	.020
	Komunikacija (FAM-III porodica)	2; 275	.650	.523	.005
	Emocionalna ekspresija (FAM-III porodica)	2; 275	.287	.751	.002
	Uključenost (FAM-III porodica)	2; 275	.980	.377	.007
	Kontrola (FAM-III porodica)	2; 275	.162	.851	.001
	Vrednosti i norme (FAM-III porodica)	2; 275	.098	.907	.001
	Socijalna poželjnost (FAM-III)	2; 275	.232	.793	.002
	Defanzivnost (FAM-III)	2; 275	.016	.984	.000

## PRILOG 2 - GENOGRAMSKI SIMBOLI UPOTREBLJENI ZA PRIKAZE PORODICA

### OZNAKE OSOBA



### OZNAKE RELACIJA



Grafikon 6: Genogramski simboli upotrebljeni za prikaze porodica (McGoldric et al., 1999)



## PRILOG 3 UPITNICI I INTERVJUI UPOTREBLJENI U ISTRAŽIVANJU<sup>12</sup>

### *Novipristupi u otkrivanju psiholoških faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama*

---

#### UPITNIK ZA PROCENU PORODIČNIH RITUALA

Ovaj upitnik ima za svrhu da utvrdi do koje mere se alkoholizam člana Vaše porodice bio „uvukao” u razne oblasti Vašeg življenja.

U njemu su navedene neke tipične oblasti življenja kojima alkoholizam često upravlja u potpunosti.

Vas molimo da u svakoj grupi situacija zaokružite broj ispred tvrdnje odnosno opisa koji je u najboljoj meri odgovarao stanju u Vašoj porodici pre nego što ste se uključili u lečenje.

Praznici i proslave u Vašoj kući

1. nije mogao da prođe ni jedan događaj, a da se on ne napije;
2. zakazivali smo ih isključivo prateći njegov „ciklus pijenja” u toku dana;
3. na naše molbe uglavnom je bio u stanju da „izgura” neku proslavu u kući bez pijenja i/ili incidenata;
4. kada je pio, nije pravio probleme, tako da nam je bilo svejedno.

Vikendi u Vašoj porodici:

1. bili su u potpunosti podređeni stanju u kome se nalazi – ustajali smo i odlazili na spavanje kada i on ili izlazili iz kuće da mu ne bi smetali.
2. ponašali smo se kao i pre nego je propio – njegovo pijenje bilo je njegov problem.
3. naše insistiranje da ostane trezan bar kada smo svi na okupu obično bi urodilo plodom.

---

<sup>12</sup> Upitnici FACES IV, SFI II i FAM-III nisu priloženi s obzirom na njihovu komercijalizaciju te jasno definisana autorska prava. Za potrebe ovog istraživanja od autora su pribavljene upotrebne dozvole.

#### Donošenje važnih odluka u vašoj kući

1. da bi o nečemu odlučivali, morali smo čekati onaj period u toku dana kada je on obično trezan.
2. za neke bitne stvari novca je moglo i nedostajati, ali za alkohol – nikako!
3. podjednako je učestvovao, kao i pre propijanja;
4. kupovinu sa njim obično smo ostavljali za period dana kad je bio dobrano „pod gasom” – tad deli novac i šakom i kapom!
5. ako bih neko od dece odlučilo da izađe na mesto koje je roditelj koji ne pije smatrao neprikladnim, obično bi čekalo period u toku dana kada je alkoholičar pijan da pita njega za dozvolu – tada mu je bivalo sve svejedno!
6. sve obaveze pale su na nas od kada je počeo sa stalnim pijenjem.

#### Prijatelji i poznanici Vaše porodice:

1. ako nam se najavio nepoželjan gost, mi bismo samo izaberali ono doba dana kada je alkoholičaru „najkraći fitilj” i eto rešenja problema.
2. dragim gostima vrlo pažljivo smo savetovali vreme za posetu nama, već smo znali šta i kada u toku dana od njega i njegovog pijanstva možemo očekivati.
3. kada je neprekidno pio, postajao je gostoprимljiviji nego pre propijanja.
4. na naše insistiranje, mogao je da se uzdrži od pijenja u toku poseta;
5. njegovo pijenje nije uticalo na naša prijateljstva i druženje.

#### Porodični odlazaka na odmor:

1. i oni retki odmori na koje smo odlazili zavisili su od njegovih dnevnih promena raspoloženja.
2. ne mogu reći da je išta bilo drugačije u odnosu na godine pre njegovog propijanja.
3. nekako smo uspevali da ga nagovorimo da bude trezan bar u tom periodu kada možemo da uživamo provodeći vreme zajedno, bez posebnih obaveza.

Dnevne rutine:

1. bliski ljudi su nam govorili da su se naša deca igrala u doba dana koje nije najpodesnije za njih, ali to je bio jedini period kad njemu nije smetala buka.
2. kada je propio, jutarnju „gužvu” u kući zamenila je strepnja svih ukućana od njegovih besnih ispada zbog mamurluka.
3. obično se uzdržavao od pijenja kada bi smo mu ukazali koliko to štetno deluje po nas;
4. čak smo i lomljive i dragocene predmete iz kuće sklanjali od njega.
5. u našem životu ništa se nije promenilo tokom njegovog alkoholizma – on je ionako samo sebi škodio.

U delu upitnika koji sledi navedeni su neki događaji i situacije koje predstavljaju najučestalije porodične posledice alkoholizma.

Ukoliko su neke od njih bile prisutne i u Vašoj porodici za vreme alkoholizma, zaokružite ponuđen odgovor DA pored tvrdnje, i obrnuto.

Da li se dešavalo da novac predviđen za dečiju užinu bude potrošen za kupovinu alkohola?	DA	NE
Da li su Vaša deca bila u mogućnosti emocionalno da dopru do alkoholičara?	DA	NE
Da li su Vaša deca češće bivala prepuštena sama sebi ili ljudima van Vašeg doma?	DA	NE
Da li su Vaša deca imala veću slobodu izlazaka u odnosu na njihove vršnjake?	DA	NE
Da li ste znali gde se Vaše dete kreće?	DA	NE
Da li ste odlazili na roditeljske sastanke?	DA	NE

Fizičko kažnjavanje i/ili sukobi bili su prisutni:

u porodicama iz kojih potičete	DA	NE
u Vašim raspravama sa bračnim partnerom	DA	NE
pri vaspitavanju dece	DA	NE
u dečijim raspravama	DA	NE

Da li je ikada milicija dolazila u Vašu kuću na inicijativu:

komšiluka	DA	NE
supruga	DA	NE
dece	DA	NE
poverenika, „zelenaša“ i sl.	DA	NE

**NAJLEPŠE HVALA NA SARADNJI!**

U daljem tekstu sledi upitnik zadavan očevima u cilju procene njihovih navika u vezi sa pijenjem alkoholnih pića, kao i psihološkog, telesnog, profesionalnog, bračnog i porodičnog, kao i šireg socijalnog funkcionisanja.

***Novi pristupi u otkrivanju psiholoških faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama***

---

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Godina rođenja: \_\_\_\_\_

Pred Vama nalazi se upitnik sa pitanjima u vezi sa Vašim navikama u pogledu pijenja alkoholnih pića, kao i pitanjima koja se tiču određenih zbivanja u funkcionisanju porodica uopšteno.

Ovim upitnikom nastojimo da odredimo:

- mere socijalno dozvoljenog i/ili prihvatljivog pijenja u našoj sredini i
- uobičajene poteškoće u funkcionisanju porodica, koje ne zahtevaju kliničku brigu.

1. Da li ste ikada pili jer bez alkohola niste mogli da podnesete napetost ili Vam je bio neophodan da bi ste bili sigurni u sebe, a pri tome ste zbog pijenja dolazili u sukob sa okolinom?

\_\_\_\_\_

2. Ako pijete alkoholna pića, koliko i kojih pića popijete tokom mesec dana?

\_\_\_\_\_

3. Ukoliko pijete alkoholna pića, makar i u retkim prilikama, da li ste kod sebe primetili nešto od sledećeg:

· Sa manje alkohola postizali ste isti efekat kao nekada sa mnogo većim količinama popijenog pića DA NE

Ukoliko jeste, koliko godina ste imali kada ste to primetili: \_\_\_\_\_ godina

· Nakon što uzmete jedno piće niste više mogli da se zaustavite do potpunog opijanja pića DA NE

Ukoliko jeste, koliko godina ste imali kada ste to primetili: \_\_\_\_\_ godina

· Znake fizičke, a ne samo psihološke krize – drhtanje, znojenje, grčevi u mišićima uz nervozu i razdražljivost DA NE

Ukoliko jeste, koliko godina ste imali kada ste to primetili: \_\_\_\_\_ godina

· Potpuno nesećanje za ono što ste radili u pijanom stanju DA NE

Ukoliko jeste, koliko godina ste imali kada ste to primetili: \_\_\_\_\_ godina

4. Da li je neko u Vašoj užoj i široj (tetke, stričevi, ujaci) porodici bolovao od neke psihološke ili telesne bolesti, ako jeste – od koje?

---

5. U narednom delu uputnika navedena su neka od zbivanja koja su prisutna i u porodicama koje odlikuje optimalno, šta više, i veoma uspešno funkcionisanje kako nje u celini, tako i njenih članova ponaosob.

Ukoliko u ste Vašoj porodici zapazili neko od takvih dešavanja, molimo da upišite krstić na liniji ispred njega:

Porodica

- \_\_\_\_\_ postojanje brojnih tajni i dogovora „iza leđa“
- \_\_\_\_\_ nije se znalo ko šta radi, ko o čemu odlučuje i ko za šta odgovara
- \_\_\_\_\_ supruga je bila „glava kuće“
- \_\_\_\_\_ supruga i ja smo se udaljili u intimnom pogledu
- \_\_\_\_\_ ko je mogao pravio je svoj „crni fond“

Nešto što nije navedeno:

---

Posao

- \_\_\_\_\_ povrede u napitom stanju
- \_\_\_\_\_ izostajanje sa posla usled mamurluka ili bolesti uzrokovanih pijenjem
- \_\_\_\_\_ nezaposlenost
- \_\_\_\_\_ rad na nekvalifikovanoj ili manje kvalifikovanoj poziciji
- \_\_\_\_\_ umanjena produktivnost, greške u radu, materijalni troškovi

Nešto što nije navedeno:

---

Društveno okruženje

- \_\_\_\_\_ saobraćajne nezgode
- \_\_\_\_\_ verbalni sukobi u porodici
- \_\_\_\_\_ fizički sukobi u porodici

- \_\_\_\_\_ verbalni sukobi na radnom mestu
- \_\_\_\_\_ fizički sukobi na radnom mestu
- \_\_\_\_\_ verbalni sukobi u širem socijalnom okruženju (prijatelji, poznanici, nepoznata lica)
- \_\_\_\_\_ fizički sukobi u širem socijalnom okruženju (prijatelji, poznanici, nepoznata lica)
- \_\_\_\_\_ zaduživanje

Nešto što nije navedeno:

---

#### Zdravstveno stanje

##### Telesno:

- \_\_\_\_\_ kvarni zubi
- \_\_\_\_\_ vraćanje hrane nakon obroka
- \_\_\_\_\_ proširene vene jednjaka
- \_\_\_\_\_ ciroza jetre ili „masna“, „alkoholičarska“ jetra
- \_\_\_\_\_ čir na želucu ili dvanaestopalačnom crevu
- \_\_\_\_\_ šećerna bolest
- \_\_\_\_\_ arteroskleroza – zakrečavanje krvnih sudova
- \_\_\_\_\_ pothranjenost

##### Psihološko:

- \_\_\_\_\_ depresivnost
- \_\_\_\_\_ stalna napetost
- \_\_\_\_\_ zloupotreba droga
- \_\_\_\_\_ kockanje
- \_\_\_\_\_ teškoće sa snom – teško uspavljivanje, često buđenje, rano jutarnje buđenje



- \_\_\_\_\_ emocionalna i socijalna nezrelost
- \_\_\_\_\_ nedostatak samodiscipline
- \_\_\_\_\_ negativan i kolebljiv stav prema autoritetima (teranje inata šefovima, ocu ili i otvoreni sukobi sa njima)
- \_\_\_\_\_ egocentričnost – sopstveni interesi i potrebe bili su na prvom mestu
- \_\_\_\_\_ površnost u odnosu sa drugim ljudima
- \_\_\_\_\_ umanjenje interesovanja za sve osim za pijeње
- \_\_\_\_\_ pasivnost i zavisnost od drugih ljudi
- \_\_\_\_\_ “kratak fitilj“
- \_\_\_\_\_ nesigurnost

Nešto što nije navedeno:

---

**NAJLEPŠE HVALA NA SARADNJI!**

U daljem tekstu sledi lista pitanja koja su zadavana majkama sa ciljem registrovanja izabranih aspekata funkcionisanja njih i dece.

*Novi pristupi u otkrivanju psiholoških faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama*

---

## **FUNKCIONISANJE ČLANOVA PORODICA**

Ovaj upitnik sadrži pitanja u vezi sa važnim oblastima funkcionisanja, kao i mogućim tegobama i teškoćama bračnog partnera (supruga) i dece.

### **PODACI O SUPRUZI**

Ukoliko bolujete od nekih telesnih bolesti, molimo da navedete koje su:

---

---

Navedite da li ste imali neke psihološke tegobe i teškoće i da li ste se obraćali stručnjacima za pomoć:

---

---

### **PODACI O DECI**

#### **Prvorođeno dete**

Da li se obraćalo školskom psihologu ili pedagogu za pomoć i ako jeste zbog čega?

---

Da li je dete upućivano na razgovor kod školskog pedagoga i psihologa i ako jeste zbog čega?

---

Da li su roditelji pozivani u školu na razgovor na inicijativu školskog osoblja i ukoliko jesu, zbog čega?

---

## PSIHOLOŠKE TEGOBE, TEŠKOĆE I MANIFESTACIJE KOD DECE

U tabeli koja sledi navedena je većina psiholoških tegoba i teškoća ili njihovih manifestacija koja deca mogu da dožive ili ispolje uopšteno.

Vas molimo da za svako dete u porodici, ukoliko je ispoljilo nešto od navedenog, upišite krstić o odgovarajuće polje. Odgovarajuće polje tabele je ono na kome se ukršta red u kome je navedena neka tegoba, teškoća ili manifestacija, i kolona koja označava dete u zavisnosti od redosleda njegovog rođenja.

Red rođenja deteta	prvorodeno dete	drugorođen o dete	trećerodeno dete	četvrtorođe no dete
problemi sa spavanjem (obredi pri uspavlivanju, nesanica, noćni strahovi, prekomerno spavanje, mesečarenje)				
mucanje				
grickanje noktiju				
tikovi (trzaji delova tela)				
povlačenje iz kontakta sa drugima ili prekomerna „lepljivost“				
prekomerna urednost i ljutnja kada se poremeti njegov ustaljen red				
prolazna stanja u kome nije znalo šta radi i govori				
napadi napetosti				
intenzivan strah od nekih objekata ili situacija				
napadi panike				
astma				
zloupotreba droga				
problematično korišćenje Interneta				

red rođenja deteta	prvorodeno dete	drugorođeno dete	trećerodeno dete	četvrtorođeno dete
dramatične emocionalne reakcije pri odvajanju od roditelja				
depresija				
nevoljno mokrenje				
nevoljno puštane stolice				
poremećaji hranjenja (anoreksija, bulimija, neuobičajeni zahtevi u pogledu vrste jela ili odbijanja pojedinih vrsta hrane)				
odbijalo je da govori				

Nešto drugo, šta:

---

**NAJLEPŠE HVALA NA SARADNJI**

Pitanja postavljena deci u cilju registrovanja izabranih aspekata njihovog funkcionisanja.

*Novi pristupi u otkrivanju psiholoških faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama*

**ŠKOLSKI USPEH**

red rođenja deteta	prvorodeno dete	drugorođeno dete	trećerođeno dete	četvrtorođeno dete
razred	prosečna ocena	prosečna ocena	prosečna ocena	prosečna ocena
osnovna škola				
I				
II				
III				
IV				
V				
VI				
VII				
VIII				
srednja škola				
I				
II				
III				
IV				
fakultet – prosek položenih ispita				

1. Da li si ponavljao-la neki razred i ako jesi koji:

\_\_\_\_\_

2. Da li si se obraćao-la školskom psihologu ili pedagogu za pomoć i ako jesi zbog čega?

\_\_\_\_\_

3. Da li te je neko slao na razgovor kod školskog pedagoga i psihologa i ako jeste zbog čega?

\_\_\_\_\_

4. Da li su tvoji roditelji pozivani u školu na razgovor na inicijativu školskog osoblja i ukoliko jesu, zbog čega?

\_\_\_\_\_

## VASPITNI STIL

**Interesuje nas koje postupke primenjujete u odgajanju deteta, pa vas zato molimo da odgovorite na sledeća pitanja, tako što ćete zaokružiti odgovor koji najbolje opisuje ili je najpribližniji vašem ponašanju.**

### **I. KAKO NAJČEŠĆE POSTUPATE KADA DETE URADI NEŠTO LEPO/ DOBRO?**

1. Pohvalim dete, nagradim ga nečim
2. Ne preterujem sa pohvalom, uvek može bolje
3. Oduševljen/a sam, hvalim dete i onda kad nije bilo uspešno
4. Ne obraćam posebno pažnju

### **II. KAKO POSTUPATE U SLUČAJU ISPOLJAVANJA LOŠEG, NEPOŽELJNOG, PONAŠANJA DETETA?**

1. Raspravljam to sa detetom i objašnjavam mu posledice
2. Popustljiva sam prema detetu, dozvoljavam mu da se provuče, ima vremena, naučiće će.
3. Ne obazirem se na to.
4. Grdim ga ili ga kaznim.

### **III. KAD SE DOGODI DA STE POGREŠILI U POSTUPANJU PREMA DETETU, ŠTA ONDA RADITE ?**

1. Ništa.
2. Smatram da nema potrebe da dete to zna, zna se gde je mesto detetu, a gde odraslom.
3. Izvinem se detetu i kažem da sam pogrešila ili to pokažem na neki način.
4. Izvinem se detetu i kažem da je ono u većini slučajeva u pravu, jer sam često preopterećena.

**IV. KAD ŽELITE DA DETETU POMOGNETE U SAVLADAVANJU NEKE RADNJE/VEŠTINE, KAKO OBIČNO POSTUPATE?**

1. Pokažem kako se to radi; hvalim svaki detetov uspešan pokušaj; vežbam sa detetom i onda tražim da to uradi samostalno
2. Kažem ili pokažem jednom kako se to radi i tražim od deteta da to uradi onako kako sam ja uradila
3. Obično nemam vremena za to.
4. Pustim da dete samo to pokušava/radi hrabreći ga, mislim da će dete to već jednom naučiti.

**V. KOLIKO VREMENA DNEVNO PROVODITE U NEOBAVEZNOJ IGRI SA DETETOM? \_\_\_\_\_**

**ŠTA OBIČNO TADA RADITE? KAKO SE PONAŠATE?**

1. Korigujem njegove pogrešne korake, kad god procenim da je neophodno.
2. Radim sve što mi ono kaže, povlađujem mu čak i kad se neprikladno ponaša.
3. Uključujem se u njegovu igru, nastojim da budem *na njegovom nivou/u njegovim cipelama*, ali mu pomažem svojim sposobnostima odraslog.
4. Igra me ne interesuje, postoje korisne stvari koje bi dete moglo da uradi.

**VI. KAKVA SU VAŠA OČEKIVANJA OD DETETA?**

1. Šta očekivati od deteta; biće kako bude ili kako Bog da.
2. Nemam posebna očekivanja od deteta, ne bi bilo fer da mu postavljam zahteve.
3. Moja očekivanja se menjaju sa promenama koje se dešavaju kod deteta, ali su uvek nešto iznad postignutog.
4. Imam vrlo određena očekivanja u odnosu na dete: da sluša, uči, bude vredno i pošteno, i u tome sam uporna.

## **VII. DA LI TREBA DECU UKLJUČITI U DONOŠENJE ODLUKA?**

1. Zna se gde je deci mesto, neka sami odlučuju kad odrastu a do tada ih treba kontrolisati.
2. Pošto su moji roditelji bili suviše strogi prema meni, trudim se da ovom detetu pružim slobodu u odlučivanju.
3. Oko toga se sa njima ne bakćem.
4. Važno je slušati dete, poštovati njegove želje i uključiti ga u proces donošenja odluka, iako je odgovornost na odraslom.

**NAJLEPŠE HVALA NA SARADNJI!**



**RBR** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

## INVENTAR LIČNIH REAKCIJA

Ime i prezime \_\_\_\_\_ Datum popunjavanja \_\_\_\_\_

Pred Vama je izvestan broj tvrdnji koje se odnose na lične stavove i osobine. Pročitajte svaku od njih i ocenite da li se ta tvrdnja odnosi na Vas ili se ne odnosi na Vas, tj. da li je 'Tačna' ili 'Nije tačna' kada ste Vi u pitanju. Ako je tvrdnja tačna kada ste Vi u pitanju zaokružite sa desne strane pored te tvrdnje slovo **T**, a ako nije tačna zaokružite slovo **N**

1. Nikada nisam osetila (osetio) snažnu odbojnost prema nekome.	T	N
2. Uvek vodim računa o tome kako sam obučen(a).	T	N
3. I kad sam kod kuće, za stolom se ponašam kao da sam u restoranu.	T	N
4. Kad bih mogao (mogla) da se prošvercujem u bioskop a da me ne uhvate, verovatno bih to i učinio (učinila).	T	N
5. Ponekad volim da ogovaram.	T	N
6. Bilo je situacija kada sam želela (želeo) da se pobunim protiv autoriteta iako sam znala (znao) da je u pravu.	T	N
7. Bez obzira sa kim razgovaram, uvek sam dobar slušalac.	T	N
8. Bilo je situacija u kojima sam iskorišćavao (iskorišćavala) ljude.	T	N
9. Uvek sam spremna (spreman) da priznam kad pogrešim.	T	N
10. Uvek nastojim da i na delu budem onakva kakva (onakav kakav)	T	N

sam na rečima.		
11. Ponekad nastojim da uzvratim istom merom umesto da zaboravim i oprostim.	T	N
12. Uvek sam učitiv/a, čak i sa onima koji su izrazito neprijatni.	T	N
13. Nisam ni pomislio (pomislila) da dozvolim da neko drugi bude kažnjen zbog onoga što sam ja skrivio (skrivila).	T	N
14. Nikada mi nije bilo zamorno da saslušam tuđe mišljenje, ma koliko se razlikovalo od moga.	T	N
15. Bilo je situacija kada sam osetila (osetio) zavist zbog toga što drugima dobro ide.	T	N
16. Gotovo nikada nisam osetio (osetila) potrebu da nekom bilo šta prebacim.	T	N
17. Ponekad me nerviraju ljudi koji mi traže usluge.	T	N
18. Nikada nisam smatrala (smatrao) da sam kažnjen/a bez razloga.	T	N
19. Ponekad pomislim da su ljudi koji zapadnu u nevolje u stvari dobili ono što su sami tražili.	T	N
20. Nikada nisam namerno rekao (rekla) nešto što bi drugoga povredilo.	T	N

**MOLIMO VAS, PROVERITE DA LI STE ODGOVORILI NA SVA  
PITANJA!!!!!!**

## 9. BIOGRAFIJA KANDIDATA

### CURRICULUM VITAE

---

---

IME I PREZIME:

SNEŽANA SVETOZAREVIĆ

ROĐENA:

18.06.1973. godine u Somboru

OBRAZOVANJE:

2012/2013

u toku je završna godina specijalizacije iz Medicinske psihologije pri Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu;

2009

stečeno zvanje magistra psihologije na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Beogradu; Naslov teze: „Odnos između bazične strukture ličnosti i poremećaja ličnosti“;

2003

diplomirala na Odeljenju psihologije Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu;

USAVRŠAVANJE:

2003-2012

Kursevi, edukativni seminari i specijalizovani treninzi iz oblasti: neuropsihološke dijagnostike, forenzičke psihologije, primene pojedinih metoda i tehnika psihodijagnostikovanja (Rorschach test – Eksnerov integrativni sistem; Malounov klinički inventari za adolescente i odrasle), kao i sistemske porodične terapije – strateškog pristupa;

PROFESIONALNI  
ANGAŽMAN

2010-

zaposlena na neodređeno vreme na Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu;

specifične aktivnosti - psihološko dijagnostikovanje, individualna i grupna psihoterapija, istraživačka delatnost; edukativni kursevi i seminarima (bolesti zavisnosti – uopšteno, podtipovi, specifičnosti subpopulacija – odrasli, žene, adolescenti); predavač u okviru edukacije iz sistemske porodične terapije alkoholizma;

2003-2010

volonterski angažmani i angažmani na određeno vreme- Klinika za psihijatriju „Dr V. Vujić“ Kliničkog centra Srbije, Institut za mentalno zdravlje u Beogradu i VIII beogradska gimnazija;

PROJEKTI:

2008

Sekretar Nacionalnog programa za prevenciju zloupotrebe droga i alkoholizma - Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i Institut za mentalno zdravlje u Beogradu

PREZENTACIJE:

2008-2012

8 poster prezentacija, 6 usmenih saopštenja i 2 učešća u okruglim stolovima na nacionalnim i internacionalnim stručnim skupovima, seminarima i kongresima;

RADOVI:

2008-2012

jedan autorski i četiri koautorska rada u stručnim časopisima i zbornicima

U Beogradu, septembra 2012. godine.

## Изјава о ауторству

Потписани-а СНЕЖАНА СВЕТОЗАРЕВИЋ

број индекса \_\_\_\_\_

### Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

**НОВИ ПРИСТУПИ У ОТКРИВАЊУ ПСИХОЛОШКИХ ФАКТОРА РИЗИКА**  
**ЖИВЉЕЊА У АЛКОХОЛИЧАРСКИМ ПОРОДИЦАМА**

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 11.09.2012. године

Снежана Светозаревић

**Изјава о истоветности штампане и електронске  
верзије докторског рада**

Име и презиме аутора СНЕЖАНА СВЕТОЗАРЕВИЋ

Број индекса \_\_\_\_\_

Студијски програм \_\_\_\_\_

Наслов рада НОВИ ПРИСТУПИ У ОТКРИВАЊУ ПСИХОЛОШКИХ ФАКТОРА  
РИЗИКА ЖИВЉЕЊА У АЛКОХОЛИЧАРСКИМ ПОРОДИЦАМА

Ментор ПРОФ. ДР МАРИЈА МИТИЋ

Потписани/а СНЕЖАНА СВЕТОЗАРЕВИЋ

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

**Потпис докторанда**

У Београду, 11.09.2012. године

Снежана Светозаревић

## Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

**НОВИ ПРИСТУПИ У ОТКРИВАЊУ ПСИХОЛОШКИХ ФАКТОРА РИЗИКА  
ЖИВЉЕЊА У АЛКОХОЛИЧАРСКИМ ПОРОДИЦАМА**

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 11.09.2012. године

*Снежана Светозарскић*