



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Љиљана Симоновић Грујић

УТИЦАЈ ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТИ ПОРОДИЦЕ, ИЗАЗВАНЕ
АЛКОХОЛИЗМОМ И НАСИЉЕМ, НА ПСИХОСОЦИЈАЛНИ РАЗВОЈ
МЛАДИХ И ФОРМИРАЊЕ СПЕЦИФИЧНИХ ЦРТА ЛИЧНОСТИ

Докторска дисертација

Ментор: др сци. мед. Драгана Игњатовић Ристић, редовни професор

Крагујевац, 2019. година

ИДЕТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>I Аутор</i>	
Име и презиме: Љиљана Симоновић Грујић	
Датум и место рођења: 8. 8. 1956. Јасика, Крушевац	
Садашње запослење: Гимназија “Бора Станковић“ Врање, стручни сарадник	
<i>II Докторска дисертација</i>	
Наслов: Утицај дисфункционалности породице, изазване алкохолизмом и насиљем, на психосоцијални развој младих и формирање специфичних црта личности	
Број страница: 164	
Број слика: 2, табела 126, графикана 2	
Број библиографских података: 233	
Установа и место где је рад израђен: Клинички центар у Нишу, Гимназија, Центар за социјални рад и Здравствени центар у Врању	
Научна област (УДК): Медицина. Изборно подручје: Неуронауке	
Ментор: Проф. др сци. мед. Драгана Игњатовић Ристић, редовни професор	
<i>III Оцена и одбрана</i>	
Датум пријаве теме: 08.06.2015.	
Број одлуке и датум прихватања теме докторске дисертације: IV-03-32/16 од 03.02. 2016.г.	
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњености услова кандидата: 1. доц. др Владимир Јањић, доцент Факултета медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу, за ужу научну област Психијатрија, председник; 2. проф. др Дарко Хинић, ванредни професор Природно-математичког факултета, Универзитета у Крагујевцу, за ужу научну област Психологија, члан; 3. проф. др Александар Дамјановић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду, за ужу научну област Психијатрија, члан	
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације: 1. Проф. др Владимир Јањић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, председник; 2. Проф. др Дарко Хинић, ванредни професор Природно-математичког факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психологија, члан; 3. Проф. др Срђан Миловановић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду, за ужу научну област Психијатрија, члан	
Датум одбране дисертације:	

САЖЕТАК

Увод/Циљ. Одрастање младих у дисфункционалним породичним системима изазваним насиљем и алкохолизмом, повезана је са тешкоћама у психосоцијалном развоју, укључујући проблеме понашања, екстернализоване и интернализоване симптоме. Циљ истраживања је утврђивање повезаности породичног насиља и алкохолизма са: функционисањем породичног система, психосоцијалним функционисањем и развојем специфичних особина младих. Специфични циљ истраживања је утврђивање ментално - хигијенских и превентивних мера ради смањења негативних последица одрастања у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.

Метод. Истраживање је спроведено на узорку од 387 младих, узраста од 15-19 година, подељених у: групу младих из дисфункционалних породица ($n = 147$), са два поузорка, $n = 114$ младих који су одрастали у породицама са очевим алкохолизмом, који је лечен, и $n = 34$ младих који су одрастали у породицама са партнерским насиљем и изложени партнерском насиљу, које је пријављено и процесуирано, и контролну групу ($n = 240$ младих из породица у којима Упитником CPRS-R није утврђен било који облик насиља, алкохолизма или друге психосоцијалне патологије). Скала Faces III и Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице (ревидирани, CPRS-R) су коришћени за мерење димензија породичног функционисања, Кибернетички модел димензија личности (КОН-6) за конативно функционисање младих, Тест резоновања ликова (ТРЛ) за мерење интелектуалног развоја и Скала латентне зрелости (СЛЗ) утврђивање развоја психичке зрелости. Подаци су обрађени дескриптивним техникама, каноничком дискриминативном и линеарном регресивном анализом.

Резултати. Дисфункционалне породице, изазване насиљем и алкохолизмом, значајно разликују: ниже вредности на димензији кохезивности, одвојеност мајке (32.5%), незапосленост (20.0%), лоше материјално стање (39.5%) и стварање породичних троуглова (67.3%), у поређењу са функционалним породицама. Млади из дисфункционалних породица имају значајно: нижи интелектуални развој ($p < 0.01$, $IQ_{\phi} = 112$, $IQ_{д} = 103$), успех у школи ($AC_{\phi} = 4.34$, $AC_{д} = 3.46$), израженији позитиван став према пијењу алкохола (67.7%), веће искуство са дрогама (11.8% код младих са породичним насиљем) и зависност дувана (29.4%). Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, постижу две категорије нижу латентну зрелост ($p \leq 0.01$, преминација незрелог понашања - категорија 2), у односу на младе са преминацијом зрелог понашања (категорија - 4). Каноничком дискриминативном анализом су установљене две дискриминативне функције на којима се млади који одрастају у породицама са насиљем и алкохолизмом значајно разликују, у односу на младе из функционалних породица. Код прве дискриминационе функције, на којој израженије вредности имају млади из функционалних породица, постоји сложај димензија личности: висока латентна зрелост, сарадња са људима и оријентација ка будућности, низак

ниво дисоцијативних, агресивних, анксиозних, психосоматских реакција, несебичности, социјалне незрелости, средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција. На другој добијеној дискриминативној функцији највећи просек имају млади из продица са насиљем, које граде: висока развијеност дисоцијативних и дезорганизованих реакција, средње изражена способност адаптације, ниска фрустрациона толеранција и оријентација ка будућности. Подаци добијени линеарном регресивном анализом показују да је породични алкохолизам значајни предиктор за поремећаје у функционисању породичног система, где је највиша, значајна повезаност ($\beta = .771$, $p \leq 0.01$), са поремећајима у брачној дијади и бригом младих за породичне односе ($\beta = .863$, $p = .000$). Поремећаји у субсистему родитеља и изражени страхови за односе у породици високо су повезани са развојем латентне зрелости ($\beta = .664$), сарадње са људима ($\beta = .622$), оправданим изостајањем са наставе ($\beta = -.622$) и потребом за стручном помоћи психолога или психијатра ($\beta = -.578$). Породично насиље је значајни предиктор за поремећаје у функционисању породице и поремећаја у брачној дијади ($\beta = -.958$, $p \leq 0.01$), кохезивности ($\beta = .605$, $p = .000$) и не/запослености оца ($\beta = .618$, $p \leq .000$). Поремећаји породичног функционисања изазвани насиљем су значајно и високо повезани са психичким функционисањем младих: бригом за породичне односе ($\beta = -.968$), ноћним страховима ($\beta = -.873$), потребом за стручном помоћи ($\beta = -.8739$), сарадњом са људима ($\beta = .523$), оријентацијом ка будућности ($\beta = .669$), латентном зрелошћу ($\beta = .618$), психосоматским реакцијама ($\beta = -.509$), дисоцијативним реакцијама ($\beta = -.591$), оправданим изостајањем из школе ($\beta = .618$), неоправданим изостајањем ($\beta = -.824$), поремећајима памћења ($\beta = -.541$), ноћним страховима ($\beta = -.722$), бежањем од куће ($\beta = -.569$), кршењем правила и кажњавањем у школи ($\beta = -.569$), сукобима са вршњацима ($\beta = -.460$). У конативном функционисању младих из дисфункционалних породица утврђен је патолошки облик функционисања у дисоцијативним (23.5%), анксиозним (25.2%) реакцијама и социјалној адаптивности (32% код младих из породица са насиљем).

Закључак. Изложеност младих породичној дисфункционалности, изазваној насиљем и алкохолизмом, повезана је са променама психосоцијалног функционисања, развоја специфичних особина личности и ризиком од развоја интернализованих и екстернализованих симптома у социјално-адаптивним, анксиозним и дисоцијативним реакцијама. Медијатор између породичног насиља и алкохолизма и психосоцијалног функционисања и развоја младих јесу породична кохезивност и поремећаји у брачној дијади.

Кључне речи:

дисфункционалност породице, породично насиље, породични алкохолизам, психосоцијални развој младих

ABSTRACT

Introduction/Aim. Growing up of the youth in dysfunctional family systems affected by intimate partner violence and alcoholism is associated with difficulties in psychosocial development, including behavioural disorders, externalized and internalized symptoms. The aim of the research was to determine the association of intimate partner violence and alcoholism with the functioning of the family system, psychosocial functioning and development of specific characteristics of the young. The specific aim of the research was to determine adequate mental-hygienic and preventive measures in order to reduce the negative consequences of growing up in dysfunctional families, intimate partner violence families and families with alcoholism.

Methods. The research was carried out on a sample of 387 youth, aged 15 – 19, divided in a group of youth coming from dysfunctional families ($n = 147$), with two subsamples, $n = 114$ youth growing up in families with paternal alcoholism which was medically treated, and $n = 34$ youth who grew up in intimate partner violence families and were exposed to intimate partner violence, which was reported and processed, and a control group ($n = 240$ youth from families in which according to the CPRS-R Questionnaire there was not found any form of violence, alcoholism or any other psychosocial pathology). FACES III Scale and Questionnaire for the Examination of Psychosocial Characteristics of the Youth and Family (revised, CPRS-R) were used for measuring dimensions of family functioning, Cybernetic model of personality dimensions (CON-6) for conative functioning of the youth, Test for reasoning images (TRI) for measuring intellectual development and the Scale of Latent Maturity (SLM) for determining the level of psychological maturity. The data were processed by using descriptive techniques, canonic discrimination and linear regression analysis.

Results. Dysfunctional families, affected by intimate partner violence and alcoholism, show significantly different results in the following: lower values of the cohesion dimension, separation (32.5), unemployment (20.0%), bad material situation (39.5%) and formation of family triangles (67.3%) as compared to functional families. The youth from dysfunctional families show significantly lower intellectual development ($p < 0,01$, $IQ_f = 112$, $IQ_d = 103$), lower achievement at school ($M_f = 4.34$, $M_d = 3.46$), more pronounced positive attitude towards alcohol abuse (67.7%), greater experience with drug abuse (11.8% of the youth growing up in and exposed to intimate partner violence) and cigarette addiction (29.4%). The youth coming from dysfunctional families, exposed to intimate partner violence and alcoholism, score two category lower latent maturity ($p \leq 0.01$, predominantly immature behaviour- category 2), in comparison with the young with predominantly mature behaviour (category - 4). The canonic discrimination analysis determined two discrimination functions which significantly differentiate the youth growing up in intimate partner violence and alcoholism families from the youth from functional families. The first discrimination function, which showed higher values for the youth coming from functional families, exhibited more complex personality characteristics: high latent maturity, cooperation with other people and orientation towards the future, low level

of dissociative, aggressive, anxious, psychosomatic reactions, selflessness, social immaturity, medium trust in other people and frustration tolerance. The other obtained discrimination function showed that the highest average was scored by the youth coming from families with intimate partner violence which consisted of: highly developed dissociative and disorganized reactions, medium adaptation ability, low frustration tolerance and orientation towards the future. The data obtained by linear regression analysis showed that family alcoholism was a significant predictor for disorders in the functioning of a family system, where there was the highest significant association ($\beta = .771$, $p < 0.01$), with disorders in marital dyad and concern of the youth about family relationships ($\beta = .863$, $p = .000$). Disorders in the parental subsystem and expressed fears for the family relationships were highly associated with the development of latent maturity ($\beta = .664$), cooperation with other people ($\beta = .622$), excused absence from school ($\beta = -.622$) and the need for professional help by the psychologist or psychiatrist ($\beta = -.578$). Intimate partner violence is a significant predictor of disorders in family functioning and: disorders within marital dyad ($\beta = -.958$, $p < 0,01$), cohesion ($\beta = .605$, $p = .000$) and un/employment of the father ($\beta = .618$, $p = .000$). Family functioning disorders caused by intimate partner violence were significantly and highly associated with psychological functioning of the youth: concern about family relationships ($\beta = -.968$), night fears ($\beta = -.873$), need for professional help ($\beta = -.8739$), cooperation with people ($\beta = .523$), orientation towards the future ($\beta = .669$), latent maturity ($\beta = .618$), psychosomatic reactions ($\beta = -.509$), dissociative reactions ($\beta = -.591$), excused absence from school ($\beta = .618$), unexcused absence from school ($\beta = -.824$), memory disorders ($\beta = -.541$), night fears ($\beta = -.722$), running away from home ($\beta = -.569$), breaking rules and getting punished at school ($\beta = -.569$), conflicts with peers ($\beta = -.460$). Conative functioning of the youth coming from dysfunctional families showed a pathological form of functioning in dissociative (23.5%), anxious (25.2%) reactions and social adaptability (32% of the youth coming from intimate partner violence).

Conclusion. Exposure of the youth to family dysfunctionality, caused by violence and alcoholism, is associated with the changes in psychosocial functioning, development of specific personality characteristics and risk of developing internalized and externalized symptoms when it comes to social-adaptation, anxious and dissociative reactions. The mediator between intimate partner violence and alcoholism and psychosocial functioning and development of the youth is family cohesion and disorders within the marital dyad.

Key words:

dysfunctional family, intimate partner violence, family alcoholism, psychosocial development of the youth

ЗАХВАЛНИЦА

Захваљујем се свим људима који су учествовали у изради ове студије. Велику захвалност за израду овог истраживања изражавам ученицима-испитаницима Гимназије „Бора Станковић“ и других средњих школа у Врању. Помоћ у избору и тестирању испитаника дугујем стручњацима Клиничког центра у Нишу, Здравственом центру и Центру за социјални рад у Врању.

Посебну захвалност за несебичну подршку и стручне савете дугујем свом ментору проф. др сци. мед. Драгани Игњатовић Ристић.

САДРЖАЈ

1. УВОД	5
1.1. ПОРОДИЦА У СИСТЕМСКОЈ ПОРОДИЧНОЈ ТЕОРИЈИ.....	5
1.1.1. Породична структура.....	5
1.1.2. Динамика породичних односа	6
1.1.3. Дисфункционални породични систем	8
1.1.4. Улога психопатолошких симптома деце и младих у дисфункционалном породичном систему.....	10
1.1.5. Трансгенерацијски модел преношења породичне дисфункционалности	11
1.1.6. Симптоми деце и младих у дисфункционалним породицама.....	13
1.2. Дисфункционалност породиц иезазвана насиљем.....	15
1.2.1. Дефиниција породичног насиља	15
1.2.2. Фактори који утичу на настајанак породичног насиља.....	16
1.2.3. Структура породице са насиљем.....	17
1.2.4. Односи у породици са насиљем	17
1.2.5. Психопатологија родитеља у породицама са насиљем.....	18
1.2.6. Последице породичног насиља на развој деце и младих.....	19
1.2.7. Психопатологија младих који одрастају у породици са насиљем	19
1.2.8. Органска обољења младих из породица са насиљем	22
1.2.9. Сексуални проблеми младих из породица са насиљем.....	22
1.2.10. Трансгенерацијско преношење насиља	22
1.3. Дисфункционалност породице изазван алкохолизмом.....	23
1.3.1. Дефиниција и врсте алкохоличарских породица.....	23
1.3.2. Насиље у алкохоличарским породицама.....	24
1.3.3. Психосоцијални развој деце и младих у алкохоличарским породицама	25
1.3.4. Психопатологија младих из алкохоличарских породица.....	27
1.3.5. Специфичне особине младих из алкохоличарских породица	29
1.3.6. Трансгенерацијски модел преношења алкохолизма	33
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ.....	34
2.1. ЦИЉЕВИ.....	34
2.2. ХИПОТЕЗЕ.....	35
3. МЕТОДОЛОГИЈА.....	36
3.1. ВРСТА СТУДИЈЕ.....	36
3.2. Испитаници.....	36
3.3. Метод.....	37
3.3.1. Варијабле које се мере у истраживању.....	37
3.3.1.1. Независне варијабле.....	37

3.3.1.2. Зависне варијабле:	38
3.3.1.3. Збуњ ујуће варијабле:	39
3.4. Упитници	39
3.4.1. Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице	39
3.4.2. Тест ФАЦЕС- 3 (FACES–3-Family adaptive, cohesions Scales 3)	39
3.4.3. Скала латентне зрелости (СЛЗ)	40
3.4.4. Тест резоновања ликова (ТРЛ)	41
3.3.5. Тест конативних димензија личности– КОН-6	41
3.5. Статистичка обрада података	42
4. РЕЗУЛТАТИ	43
4.1. Дескриптивна статистика	43
4.1.1. Полна и старосна структура испитаника	43
4.1.2. Приказ узорка по похађању разреда средње школе	44
4.1.3. Приказ узорка према реду рођења	44
4.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица	45
4.2.1. Карактеристике породица према образовном статусу родитеља	45
4.2.2. Радни и економски статус породица	46
4.2.3. Карактеристике породица према материјалном стању	47
4.2.4. Карактеристике породичних интеракција	47
4.2.4.1. Квалитет емоционалних односа мајка-дете	47
4.2.4.2. Квалитет емоционалних односа између деце (sibling-односи)	48
4.2.4.3. Квалитет емоционалних односа између мајке и деце (породично угроугљавање)	48
4.2.4.4. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце	49
4.2.4.5. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце)	49
4.2.4.6. Квалитет емоционалних односа у брачној дијади (између родитеља)	50
4.2.5. Последице породичног алкохолизма и насиља	51
4.2.6. Улоге и дистрибуције ауторитета	52
4.2.6.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица у остваривању улоге образовања деце (адаптабилност)	52
4.2.6.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица у дистрибуцији ауторитета (одлучивање у породици)	52
4.2.7. Границе породичних система (отвореност/затвореност) функционалних и дисфункционалних породица	53
4.2.8. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке	54
4.2.9. Укључивање стручњака ради успостављања личне хомеостазе	55

4.2.10. Присутност породичне психопатологије у функционалним и дисфункционалним породицама.....	56
4.3. Породичне димензије: кохезивност и адаптабилност у функционалним и дисфункционалним (са насиљем и алкохолизмом) породицама.....	56
4.3.1. Кохезивност у функционалним и дисфункционалним породицама.....	57
4.3.2. Адаптабилност у функционалним и дисфункционалним породицама.....	57
4.4. Успех и проблеми у учењу младих из функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица	60
4.4.1. Проблеми у учењу младих.....	62
4.5. Психосоцијални развој младих из функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица.....	67
4.5.1. Конативне димензије личности младих.....	67
4.5.2. Категорије Регулатора активитета (Епсилон) - димензија: екстраверзија - интроверзија младих.....	69
4.5.3. Категорије органских функција (Хи)-димензија: психосоматских реакција младих.....	69
4.5.4. Категорије Регулатора реакција одбране (Алфа)-димензија: анксиозност младих	70
4.5.5. Категорије Регулатора реакција напада (Сигма) - димензија: агресивост - неагресивност младих.....	70
4.5.6. Категорије Система за координацију регулативних функција-(Делта): дисоцијативне реакције младих.....	71
4.5.7. Категорије Система за интеграцију регулативних функција (Ета)-димензија: асоцијалност - социјална адаптација младих.....	71
4.6. Интелектуални развој младих у функционалним и дисфункционалним (са насиљем и алкохолизмом) породицама.....	76
4.6.1. Општа интелигенција младих.....	76
4.7. Поремећаји психосоцијалног развоја младих из функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица.....	80
4.7.2. Поремећаји у понашању младих.....	81
4.8. Психичка зрелост младих из функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица	83
4.8.1. Психичка зрелост младих.....	83
4.8.2. Категорије латентне зрелости младих.....	85
4.8.3. Сарадња са људима.....	86
4.8.5. Поверење у људе.....	87
4.8.7. Оријентација ка будућности младих.....	88
4.9. Повезаност развијености интелектуалних способности и степена постигнуте латентне зрелости младих из породица са насиљем и алкохолизмом.....	93
4.10. Став према употреби алкохола младих из функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица.....	95

4.11. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица употреби психоактивних супстанци.....	97
4.11.1. Став младих према употреби дрога.....	97
4.11.2. Став младих према пушењу цигарета (никотинизам).....	98
4.12. Структура личности младих из функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица.....	98
4.13. Повезаност породичног функционисања и психосоцијалног развоја младих из функционалних и дисфункционалних (са насиљем и алкохолизмом) породица.....	103
5. ДИСКУСИЈА.....	106
6. ЛИТЕРАТУРА.....	135
7. ПРИЛОЗИ.....	158

1. УВОД

Породица представља најважнију примарну групу за правилан психосоцијални развој. Поремећаји породичних односа значајно утичу на отежан развој и постизање јединствене, самосталне, зреле личности. Један од узрока у настанку поремећаја породичног система је и алкохолизам и насиље родитеља. Породични алкохолизам и насиље условљавају поремећаје породичне структуре и динамике, измењене односе између њених субсистема, стварају сукобе у брачној дијади, ремете односе између деце, изазивају настанак породичних троуглова, отежавају односе породице и осталих супра-система. Одрастање у дисфункционалној породици, са насиљем и алкохолизмом, значајно утиче на стварање психолошке структуре личности, која се у стручној литератури назива „деца ризика“. Деца из дисфункционалних породица имају ризик за развој различитих облика неприлагођеног понашања. У којој мери дисфункционалност породичног система, изазвана алкохолизмом и насиљем, утиче на специфичне психолошке особине или профил личности младих, у односу на младе из функционалних породица, предмет је овог истраживања.

1.1. ПОРОДИЦА У СИСТЕМСКОЈ ПОРОДИЧНОЈ ТЕОРИЈИ

1.1.1. Породична структура

Породица у системској теорији одређује се као систем или склоп елемената (субсистема) у међусобним односима (1). Системи и подсистеми имају два аспекта: структуру и процес (диманику). *Структура* је скуп подсистема и компоненти у тродимензионално датом тренутку времена. Породичну структуру граде компоненте (субсистеми) које представљају чланови породичног система од којих се он састоји. Субсистеми или чланови успостављају међусобне односе или релације који могу да граде различите облике: специфичне дијаде, тријаде (породични троуглови). Породица је део виших нивоа живог система организације или супрасистема (суперсистеми). Структуру породице одређује њен начин организовања у односу на генерацијску хијерархију. Постоји различита структура, у односу на носиоце ауторитета и његове расподеле, културно и национално порекло, образовање и начин становања. Успостављање веза са другим *супрасистемима* породица остварује отварањем *граница* свог система. *Границе* представљају способност самог система да се отвара и затвара, и тако врши размену информација и енергије у својој средини и са другим системима (2, 3).

1.1.2. Динамика породичних односа

Целина (свеобухватност) је важна особина породичног система, која значи да промена ма ког дела / члана породице, аутоматски ствара промену другог дела система или члана породице. Динамика породичног система остварује се *хијерархијским односима* и *диференцијацијом система* различитих нивоа. *Варијабле* су процеси у подсистемима, који се могу мењати у одређеним границама и могу се мерити.

Диференцијација породичног система представља изградњу властитог начина функционисања једног система, у односу на друге системе унутар породице. Централни концепт теорије породичног система је стварање аутономне личности, коју одликују способност да буде слободна од спољних утицаја и да се адекватно ангажује у свим областима животног функционисања (4).

Стабилна стања породичног система (*равнотеже, еквилибријума*), настају када су супротне варијабле система у равнотежи. Породични системи теже да одрже стабилно стање или *хомеостазу* многих варијабли, одржавајући *баланс* међу субсистемима унутар система и *хомеостазу/ равнотежу* са својом околином и супрасистемима, да би се заштитили од угрожавајућих утицаја.

Породичним функционисањем чланови породице остварују одређене задатке. Тиме се ствара подела *породичних улога*. Сваки члан породице мора да испуни очекивања других чланова и да изврши своју обавезу према сваком другом члану у задовољавању, не само сопствених потреба, него и потреба осталих чланова породице. То је услов за здраво функционисање породице. Одржање равнотеже се назива *морфостаза*, али сви системи имају потребу да се мењају у разноврсним адаптационим процесима, што подразумева и мењање дотадашње равнотеже. *Повратна спрега* је механизам за одржавање хомеостазе. Многи процеси прилагођавања су повратне спреге. Повратна спрега може бити негативна и позитивна и њен значај је у одржавању стабилности или промене живог система (*хомеостаза-морфогенеза*).

Процес прилагођавања одликује живе системе који одржавају стабилна стања између субсистема. За теоретичаре система овај израз замењује «механизме одбране». Процес прилагођавања мења неке значајне варијабле система и доводи до промена у самом систему или његовој околини, чинећи основу појаве одржавања система.

Функционалност породице зависи од: степена испуњавања потреба деце, брачног партнера и осталих чланова породице. Понашања у породици могу бити функционална и дисфункционална, како за члана породице, тако и за целу породицу (3, 5, 6, 7).

За разумевање породичног функционисања системска теорија користи три димензије (8).

1. *Кохезивност (заједништво)* дефинише се као емоционална повезаност између чланова породице, која се мери преко следећих варијабли: емоционална везаност, границе, коалиције, време, простор, пријатељи, доношење одлука, интересовања и рекреација. Кохезивност се може изразити са четири степена: *разједињеност* (веома ниска), *издвојеност* (ниска до умерене), *повезаност* (умерена до висока) и *испреплетаност* (веома висока). Уравнотеженост породичног система је присутна када су његови чланови способни да доживе и уравнотеже екстреме, да буду независни али и везани за своју породицу. У испреплетаним породичним системима постоји превише слагања, а премало независности, док у разједињеним системима чланови породице су одвојени („свако за себе“).

2. Породична *флексибилност (адаптабилност)* се одређује као квалитет за: изражавање лидерства, организацију, остваривање улога, доношење правила у односима и договарање између чланова породице. Флексибилност/адаптабилност се изражава количином промена, које породични систем може да издржи у вођству, улогама и правилима. Брачним паровима и породицама потребни су стабилност и промена и зато су избалансирани породични системи (структурирани и флексибилни) функционалнији. У таквим породицама постоји демократско вођство и доношење одлука, отворено договарање са укључивањем деце. Уколико је породица изразито ригидна и хаотична, доношење одлука је везано за једну особу, која контролише остале чланове, вођење је круто, импулсивно и честе су промене улога (8).

3. *Комуникација* се дефинише као скуп позитивних вештина, које користе породични субсистеми у међусобним односима. Изражава се кроз способност породице у вештинама слушања, говорења, јасноће говора, могућностима праћења тока говора, уважавање и поштовање других наспрам истицања себе. Негативни обрасци комуникације су двоструке поруке и критицизам. Они умањују способност породице за блискошћу и прилагођавањем. Димензија комуникација се одређује као поспешујућа димензија, која помаже породици у остваривању кохезивности и флексибилности (9, 10).

Нормалност, или функционалност, породице у *стратешко системском приступу* одликују (11, 12):

- повезаност чланова у заједницу, узајамни однос, међусобна брига и подршка,
- поштовање за индивидуалне разлике и аутономију,
- нега, социјализација деце и брига о осталим рањивим члановима,

- организациона стабилност,
- адаптабилност, односно флексибилност у односу на унутрашње и спољашње захтеве за променом и ефикасно превладавање стреса,
- отворена комуникација,
- отворено решавање проблема и разрешење конфликта,
- општеприхваћен систем веровања, који омогућава поверење и повезаност са прошлим и будућим генерацијама,
- етичке вредности и уважавање шире друштвене заједнице и
- одговарајуће снаге за основну економску сигурност и психосоцијалну подршку, преко мреже проширене породице и пријатеља, заједнице и ширих социјалних система.

Нормалност породице у стратешко системском приступу одликује (13, 14):

1. флексибилност породице и
2. широки обим понашања за:
 - а) решавања проблема и
 - б) прекретнице у животном циклусу.

Породични систем има три *функције* или улоге у развоју личности деце (15):

1. *материјалну* (остваривање услова за задовољавање материјалних и психолошких потреба њених чланова),
2. *инструменталну* (ефикасно постављање граница понашања њених чланова, поштовање породичних правила, јасно одређивање улога) и
3. *експресивну* (нега, изражавање емоција, блискости и топлине између чланова).

1.1.3. Дисфункционални породични систем

Дефинисање дисфункционалности породичног система у системској теорији, одређен је дескриптивним приступом појма дисфункционалности где се описује начин испољавања, а не њена природа. На тај начин се избегавају етиолошке импликације њеног настанка или последица (16). Системски теоретичари дисфункционалност породице, почевши од њене кризе до патологије, етиолошки посматрају улогу поремећаја или симптома у породичном систему, пре него њихов узрок.

Симптом у породици не може се посматрати изоловано од породичне психодинамике. Сваки симптом је последица неприхватљивих породичних односа, али и узрок других поремећених односа. Болест се посматра као део породичног система, који има улогу очувања породице. *Породична дисфункционалност* може настати због наследних основа,

које изазивају болести и доводе до стварања карактерних и персоналних девијантности. Наследност болести у породици, утиче на емоционално-мотивационо стање њених субсистема и могућност њеног опстанка (17, 18).

Теоријски концепт Минучина (*Minuchin*) функционалност и дисфункционалност породице објашњава се одређеним одликама (12, 19).

1. Породична структура је скуп делова трансакције, вербалне и невербалне. Функционалне породице имају одговарајућу структуру, у односу на хијерархију моћи и остваривање брачних и породичних очекиваних улога. Функционална породица је добро структурирана, флексибилна и кохезивна, у односу на дисфункционалну коју одликују нефлексибилност и смањена кохезивност.

2. Породица је састављена из више хијерархијских субсистема и њено функционисање се заснива на подели рада и остварењу планова и задатака, у односу на дисфункционалну код које долази до нејасне поделе улога, неостварених задатака и конфликта између субсистема.

3. Границе субсистема се односе на правила учествовања у породичном животу. Функционална породица има јасна правила, која омогућавају спонтаност комуникације и међусобну привлачност, за разлику од дисфункционалних код којих су границе или превише затворене или пропустљиве укључивањем других супрасистема у њено функционисање.

4. Функционалне породице су добро адаптиране, како споља, тако и изнутра, у односу на дисфункционалне код којих је нејасно одређено руковођење, организација, остваривање улога, доношење правила у односима и договарање између чланова породице.

Настанак и трансгенерацијску трансмисију породичне дисфункционалности објашњава Бовенова (*Bowen*) концепција о емоционалним односима и степену анксиозности у систему, које сматра важнијим од невербалног и вербалног језика и основу за формирање емоционалног система нуклеарне породице (3). Породични конфликт у брачној дијади праћен је испреплетаним емоционалним односима између чланова у дисфункционалној породици, где се хармонија у једном односу одржава на рачун конфликта у другом. Са порастом степена анксиозности и напетости, која превазилази границе подношљивости дијаде, настаје утругљавање или укључивање треће особе, да би се смањила напетост. Повећана породична оријентација на одржавање целовитости система и заједништва, праћена је порастом анксиозности и повећане могућности стварања троугла. Са повећањем анксиозности, код једног члана или целе

породице, расте и број троуглова да би се створила стабилизација. Успостављање равнотеже у брачном односу постиже се променом породичне структуре умрежавањем мајке и детета; односно прерастањем породичне дијаде у тријаду, код које се успоставља виши степен стабилности. Најчешћи облици породичних троуглова су две блиске особе и аутсајдер и две дистанциране особе и трећа која је мост за њихову комуникацију (20, 21). Увођењем детета у породични троугао настаје фузија која инхибира његов процес диференцијације емоција и интелекта. Раст, који би омогућио детету да изађе из троугла, угрожава хомеостазу система и зато диференција Ја заостаје и подчињава се потреби система да одржи постојећи ниво функционисања. У зависности од начина остваривања породичних улога, варијетета утругљавања и неких животних догађаја, деца и млади у дисфункционалним породицама постижу разне степене диференцијације Ја. Процес диференцијације Ја је представљен као континуум, на чијем је једном крају чврста фузија са емоционалном климом породице, а на супротном добра диференцијација са флексибилним релацијама (22).

Развој индивидуалне дисфункције у нефункционалним породицама може се схватити и као последица мултигенерацијске трансмисије слабе диференцијације Ја, а затим триангулације и породичне пројекције. Кључни троуглови у систему и понављање образаца утругљавања из генерације у генерацију представљају основу трансгенерацијског преношења породичне дисфункционалности (23).

1.1.4. Улога психопатолошких симптома деце и младих у дисфункционалном породичном систему

Психопатолошки симптом детета у дисфункционалном породичном систему настаје као последица немогућности смањења анксиозности и настанка породичног утругљавања.

Разрешавање високог степена фузије у породици одраз је ниске диференцијације, јер се висок степен напетости и зависности покушава смањити прекидом емоционалних односа (емоционални *cut-off*), најчешће појавом симптома, а не правим решењем. Прекидањем емоционалних односа појединац негира постојање неразјашњеног односа и привремено редукује анксиозност. Међутим, став изолације и отуђености се преноси и на друге емоционалне односе изван породице. Висока породична и брачна анксиозност се центрира на дете. Резултат је дисфункција детета које је у фокусу (24, 25).

Стварање психопатолошких симптома има две улоге (11):
да одржи поремећени образац функционисања породице,

симптомом дете протестује против фокусирања.

Фокусирањем родитеља на своју *инструменталну улогу* (ефикасно постављања граница, поштовање породичних правила, јасно одређивање улога) настају пасивни облици симптома: претерана осетљивост, стидљивост, страхови.

Активни облици симптома: агресивност, бунтовништво, поремећаји у понашању, су последица фокусирања родитеља на своју *експресивну улогу* (нега, изражавање емоција и топлине) (12, 14, 26).

Минучин (11) одређује четири начина на које дете може бити умешано у родитељски конфликт:

1. триангулација - сваки родитељ тражи лојалност детета и тако онемогућава детету да се приближи било ком родитељу, дете је разапето и не припада никоме,
2. стабилна коалиција - дете је везано за једног родитеља, најчешће мајку:
 - а) отац упорно тражи оданост - дете одбија,
 - б) отац одустаје од детета и повлачи се из ситуације,
3. заобилазни напад - брачни проблем се решава уједињавањем родитеља против детета које означе као лоше и једини породични проблем,
4. заобилазно подржавање - родитељи се уједине око детета, смире конфликт, дете презаштићују и оно се проглашава слабим и болесним.

Триангулација (утроугљавање) продукује симптоме анксиозности и њене еквиваленте: хипохондрију, осетљивост и фобију. Заобилазни напад изазива: поремећаје понашања, делинквенцију и тешкоће у учењу. Заобилазно подржавање продукује несигурну, стидљиву децу и децу са психосоматским поремећајима (18, 19, 26, 27).

1.1.5. Трансгенерацијски модел преношења породичне дисфункционалности

Основни циљеви породице су да преживи и да се репродукује. Међутим, породице репродукују и неадаптивне, патолошке обрасце породичног живота. Трансгенера-цијска анализа представља приказ преношења породичне културе: систем веровања, вербалне и невербалне шеме реаговања (комуницирања), практично понашање, стандарде емоционалне експресивности, конфликте, митове, тајне, етичке ставове, све оно што одређује јединственост дате породице. Породица понавља саму себе. Претпоставља се да ће обрасци понашања у претходној генерацији обезбедити имплицитни модел за функционисање у следећој. Мултигенерацијски процес трансмисије проистиче из тога што људи истог степена селф-диференцијације ступају у брак, а начин да стабилизују брачну фузију је пројекција сопствене недиференцираности на дете, које са нижим

степеном селф-диференцијације, улази у брак и процес се наставља. Алкохолизам и насиље је »*out-put*« из интензивне прогресије емоционалне, интелектуалне фузије и силе заједништва кроз више генерација једне породице (28, 29).

Савремена истраживања дисфункционалних породица усмерена су на појашњавање појединих аспеката дисфункционалности, њене структуре, динамике, последица одрастања у таквим породицама и развој психопатологије (30).

Родитељство има централну улогу за психофизичко здравље деце и њихов емоционално-бихевиорални развој. Лоше родитељске вештине и стилови понашања, начини опхођења са децом су веза између поремећаја родитељства и дисфункционалности деце (31). Дисфункционална породица доводи до клиничких последица, ниског степена опоравка, лошег животног стила повећаниог ризика од напуштања лечења и рецидива код различитих болести (32).

Поремећаји породичних димензија, нарочито дисфункционална комуникација значајан су предиктор за породично насиље (33). Постоји директна веза између физичког и емоционалног насиља и понашања родитеља, или степена дисфункционалности породице, и квалитета интерперсоналних односа. Карактеристике дисфункционалне комуникације: низак ниво вербалне експресије и емоционалних реакција, ниска толеранција на критику и погрешно тумачење блискости, утиче на повећану анксиозност и повећава аргументе за насиље. Сложена веза између родитељске личности и породичних облика понашања води ка поремећеној комуникацији која даље одређује карактеристике породичне динамике и евентуално ескалира у насиље. Поремећени облици комуникације се трансгенерацијски преносе на децу која су жртве насиља повећавајући услове за насиље и над другима, ван породице.

Породичне димензије адаптабилност и кохезивност повезане су са интернализованим и екстернализованим симптомима. Родитељска прилагођеност, чврстина, дисциплина, домаћа задужења, узраст и пол деце значајно утичу на предвиђање сиптоматологије (32). Пронађена је позитивна повезаност између родитељске и дечје прилагођености и проблема у прилагођавању (34). Квалитет односа отац-адолесцент и животно искуство одређује статус менталног здравља адолесцента. Највеће негативне последице по ментално здравље адолесцената је када су оба фактора истовремена (35, 36). Агресивност, импулсивност и физико кажњавање деце у породици изазива физичко насиље адолесцената према другима. Физичка агресија се учи у дисфункционалној породици као модел понашања (37).

Прекомерно изражене негативне емоције у дисфункционалним породичним системима могу довести до прекида у односима у брачној дијади и одвајање деце од родитеља, нарочито мајке, што доводи до сепарационе и социјалне анксиозности, фобичног понашања и избегавања (38). Поремећени односи у брачној дијади изазивају појаву емоционалних поремећаја код мајке. Мајка деце са ниским степеном самоефикасности, задовољства и анксиозним поремећајима изазива код деце анксиозне поремећаје (39).

Породично функционисање, као основно окружење детета, предвиђа отпорност у настанку психопатолошких симптома у адолесцентном добу. Укљученост родитеља у одрастање детета, правилно родитељство и непостојање емоционалних и бихевиоралних проблема, представљају заштиту од зависности од супстанци. Породична укљученост смањује ефекте за високе интернализоване и екстернализоване проблеме и даље за зависност од алкохола и дувана, али не и за настанак зависности од марихуане (40).

1.1.6. Симптоми деце и младих у дисфункционалним породицама

Рани предшколски интернализирани и екстернализирани проблеми деце и младих из дисфункционалних породица, изазвани стресним животним догађајима, су значајни за настанак ДСМ-4 дијагноза у преадолесценцији и адолесценцији. Предшколски физички проблеми независно предвиђају заједно и интернализоване и екстернализоване дијагнозе у преадолесценцији (41).

Дисфункционалне породичне системе често одликује присуство психопатолошких симптома родитеља. Психијатријска дијагноза родитеља, родитељска зависност од алкохола и рани интернализирани и екстернализирани проблеми код деце повезани су са појавом криминалног понашања и зависности од супстанци, нарочито код мушкараца (42). Код женског пола, зависност од канабиса и алкохола, представља ризик за настанак интернализираних проблема у одраслом добу (42).

Интерпородични конфликт дисфункционалних система, мањак топлине, дуготрајна изложеност високом степену породичног стреса и родитељског злостављања и насиља повезани су са интернализираним проблемима деце и младих: депресијом, анксиозношћу и посттрауматским симптомима (43).

Дисфункционална породица доводи до суицидалног понашања код деце и младих преко поремећаја породичних димензија комуникације, интеракције и мајчине психопатологије. Суицидално понашање деце значајно је повезано са ниско израженом топлином,

подршком, психичком контролом, навикавањем на дисциплину, задовољством родитељства, високо израженом мајчином депресијом и анксиозношћу (44).

Несигурност и психопатологија родитеља утичу да је одрастање у дисфункционалним породичним системима повезано са појавом екстернализованих проблема: младалачком делинквенцијом (45), зависностима од супстанци и преношење психопатологије кроз три генерације (46). Дисфункционалност породице значајно утиче на сексуалну оријентацију деце и младих који одрастају у њима. Однос родитељ-дете, поремећена блискост, љутња, непријатељство, изазивају интерперсоналне проблеме код детета, нарочито у испољавању интимности, задовољства у романтичним везама, емоционалну усамљеност, негативна осећања и ставове према емоционалним партнерима и девијацији у сексуалном понашању (47). У породицама са насиљем дисфункционално понашање родитеља изазива осећање опште неадекватности, ниже вредности, социјалну несигурност и лоше социјалне вештине (47).

Породично функционисање утиче на интелектуални развој. Ниска родитељска самоефикасност изазива поремећаје пажње код адолесцената, психопатологију као одраз породичне дисфункционалности (48). Родитељска самоефикасност, породична психопатологија и дисфункционални процеси утичу на депресију и ниско школско постигнуће (48).

Повећани сукоб чланова у брачној дијади, промене у односима између родитеља и деце и саме деце (sibling-дијада), доводи до преузимања улога у дијадама или између њих, што представља специфичност дисфункционалног породичног система (49). Замена улога у дисфункционалном систему повезане су са неуспешним задовољавањем потреба за опстанком, сигурношћу, љубављу и припадањем, поштовањем и самопоштовањем, развојем самосталног функционисања једног или више својих чланова (диференцијација субсистема) (50). Измењено понашање родитеља, има за последицу целовитост дисфункционалне породице, ланчане промене у осталим системима и њиховим међуодносима кроз неумереност, непредвидивост, прекид или емоционалну дистанцу у испољавању емоција, доживљај неостварености својих и улога других чланова породице. Дуготрајно неостваривање очекиване улоге доводи до: незадовољства, сукоба и различитих облика менталних и физичких поремећаја здравља и граница породичног система (51). Границе дисфункционалног породичног система су затворене за комуникацију са осталим супрасистемима, јер изолованост породице има за циљ дуго скривање породичних проблема. Затварање граница дисфункционалног породичног система према супрасистемима из ширег окружења, праћено је отварањем граница према

члановима примарне породице супружника, ради остваривања улога и функција породице (51).

1.2. ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТ ПОРОДИЦЕ ИЗАЗВАНА НАСИЉЕМ

1.2.1. Дефиниција породичног насиља

Породично или интерпартнерско насиље је присутно у свим социоекономским, религиозним и културалним групама и постаје глобални проблем.

У дефинисању породичног насиља истиче се злоупотреба извршене силе најчешће, али не једино од стране мушкараца, према женама када су заједно у вези или после одвајања. Облици испољавања партнерског или породичног насиља су физичка или психичка доминација над другим. Најуобичајенија позната форма је физичко и сексуално насиље, претње, застрашивање, емоционално и социјално злостављање, економско лишавање (52). Насиље у породици представља поремећај који је у америчкој класификацији менталних поремећаја (DSM-IV) сврстан у поремећаје породице са брачним-партнерским конфликтом (53). Велики број земаља породично насиље дефинише као кривично дело које санкционише Кривични закон (54).

Пораст породичног насиља је изражен и у Републици Србији (РС). Надлежне службе РС бележе све већи број пријављених случајева породичног насиља. У периоду од јануара 2004. до јула 2006. године, било је 50127 случајева породичног насиља у којима је полиција интервенисала, са очекиваним закључком да је укупан број са непријављеним случајевима породичног насиља већи (55). Према подацима центара за социјални рад, приметно је повећање индекса раста броја жртава насиља. Од 2005. године до 2009. број одраслих жртава насиља је повећан 11 пута. У истом периоду је индекс раста броја деце и омладине жртава насиља од 100.0 порастао на 145.9. Пораст породичног насиља и бројне негативне последице које су повезане са њим довели су до доношења Националне стратегије за спречавање и сузбијање насиља над женама у породицама и партнерским односима владе Републике Србије. Према Националној стратегији насиље над женама у Србији прати основне глобалне карактеристике феномена. Свака друга жена у Србији је доживела неки облик насиља (46.1%), свака трећа је доживела физички напад од неког члана породице (30.6%), свака друга психолошко насиље (46%) и 9% сексуално насиље (55).

У истраживању присуства породичног насиља према женама у Централној Србији 37.5% жена је у задњој години доживело неки облик насиља и 54.2% у току свог живота, од чега: психичком насиљу 31.8% у задњој години и 48.7% током целог живота, физичком

10.1%-21.6%, економском 11.4-15.6% и сексуалном 1.2-3.8%. Према наведеном истраживању 40% деце трпи насиље у породицама (56).

Резултати Мултикултуралне студије СЗО (Светске Здравствене Организације) показују да је 13-61% жена у свету изложено психичком насиљу у току живота: 4-49% је доживело јаче облике физичког насиља од свог партнера, 6-59% сексуално насиље од свог партнера и 20-75% емоционално занемаривање од свог партнера током живота (57, 58).

Породично насиље је присутно и у најразвијенијим земљама света. У САД -у 19.3% жена и 1.7% мушкараца су жртве породичног насиља, од чега, 43.9% жена доживи неки облик сексуалног насиља у току живота (59).

1.2.2. Фактори који утичу на настајак породичног насиља

Кључни фактори који утичу на изложеност жена насиљу у породици повезани су са њиховим породичним, стамбеним и материјалним приликама, као и са економским улогама које у породици имају жртва и насилник. Ризик изложености жене насиљу у породици је повећан када жена живи у многочланој, проширеној породици, лошим стамбеним и материјалним условима и неповезаношћу са другим особама (55, 60). Фактори који повећавају породично насиље су: нижи образовни ниво, формални брак, заједнички живот, младалачко доба, злостављање у детињству, став да се жене могу да туку, веза са другим сексуалним партнером, злостављање и занемаривање деце, извршавање других облика насиља у одраслом добу (61). Фактори ризика за настајак интимног партнерског насиља су већи уколико су присутни код оба партнера (61).

Без обзира на врсту насиља, оно никада није изоловани инцидент, већ образац понашања који се понавља, усложњава и траје годинама. Жртве насиља у породици су увек особе које су најрањивије. То су најчешће жене (10:1, у односу на мушкарце), деца и старе особе (62). Насилна особа у породици може бити због алкохолисаности. Подаци показују да је 70% насиља извршено под утицајем алкохола. Насиље је последица: менталних болести, културолошког система вредности да је мушкарац доминантан и да има сва права над женом, одрастања у породици са насиљем, или трансгенерацијско пореношење насиља (мушкарац који је одрастао у породици са насиљем седам пута чешће постаје насилан), конфликтних односа међу партнерима, немогућности контроле беса (62).

Фактори који одржавају заједницу са насиљем су (63): страх, недостатак економске подршке, због деце, недостатак подршке примарне породице и пријатеља, губитак деце због развода, љубав и нада да ће се партнер променити. Лични фактори код насилника су:

узраст, ниско образовање, доживљено насиље у детињству, последице алкохола и дрога, поремећаји личности, прихватање насиља као права, прошлост партнера. Код жртве насиља: ниско образовање, одрастање у насилним породицама, сексуално злостављање у детињству, прихватање насиља (63).

Незапосленост жена у породицама са насиљем и најчешће власништво породичних материјалних добара у поседу мушкарца, утиче на финансијску, емоционалну и рационалну природу односа у породици. Лоше материјално стање жена њена економска независност у породицама са насиљем представљају узроке емоционалног насиља, контроле њеног понашања и остајање у породици упркос изложености насиљу (64).

1.2.3. Структура породице са насиљем

1.2.3.1. Типови насилника

Бројна истраживања имала су за циљ објашњавање структуре личности насилника у породици и повезаног одговарајућег облика насиља. Издвојена су три субтипа насилника, од којих су два слична: психопатски, непријатељски/контролисан, гранични/завиштан (65). Насилници су лажљиви, агресивни, верују да је коришћење алкохола пожељно, имају смањену способност расуђивања и сами су били жртве насиља у детињству. Понашање злостављања је веће када је уз психичко насилно понашање укључен алкохол (66). Поједина истраживања наводе да код насилника и силеција у породици постоје емоционални и бихевиорални проблеми, али не и специфични профил личности (67).

1.2.3.2. Профил жртве у породичном насиљу

Особине које одређују жртву породичног насиља су (68):

1. психички недостаци
2. степен способности за отпор од насиља које зависи од претходног насиља партнера.

1.2.4. Односи у породици са насиљем

Најизраженије последице дисфункционалног породичног система су промене у породичним димензијама кохезивности и комуникацији између субсистема. Слабљење блискости и комуникације у брачној дијади, утиче на слабљење емоционалне повезаности између мајке и деце (33). Низак ниво вербалне експресије и емоционалних реакција, ниска толеранција на критику и погрешно тумачење блискости, праћено је повећаном анксиозношћу (69), Снижене способности за решавање проблема, или породична адаптабилност, слаба комуникација, представљају механизме који се, заједно са слабом

кохезијом и повећаним сукобима, развијају и преносе на децу. У породицама са насиљем 20-60% деце су и сама изложена неком облику насиља, физичком, психолошком, сексуалном. Дете може бити запостављено, угрожено, изложено потцењивању, увредама, негативним емоцијама, псовкама (70, 71).

Партнерско насиље је значајно повезано са лошим мајчиним менталним здрављем (72). Слабо ментално здравље мајке је повезано са дечјим повећаним агресивним понашањем, сниженом мајчином топлином и чешћим физичким и психичким злостављањем детета. Негативна последица повећане агресивности и дефицита мајчиног менталног здравља и топлине утиче на социјални и бихевиорални развој (73). Физичко насиље у сопственој породици и физичко кажњавање деце изазива физичко насиље адолесцената према другима (74).

Породично насиље значајно утиче на односе између деце у породици (sibling-односи). У детињству и адолесценцији деца или млади проводе значајно време заједно са браћом и сестрама. Карактеристике тог односа и њихова динамика значајно утичу на развојни пут и последице. Дневно дружење деце у детињству и младости целог живота је природна веза која има јаку позитивну или негативну природу, комбинује се са променама у њиховим односима и значају који има у процени психичког развоја и успеха у школовању. Однос деце у породици и однос деца-родитељи, представљају кључ утицаја на психосоцијални развој и ментално здравље. Поремећени однос између деце у породицама са насиљем усмерава процес прилагођавања у породици, шири се на односе са вршњацима и може изазвати низ проблема укључујући интернализоване и екстернализоване проблеме у понашању и зависност од супстанци (75).

1.2.5. Психопатологија родитеља у породицама са насиљем

Породично насиље је често последица изражених проблема у менталном здрављу насилних родитеља. Иако није утврђени тип злостављања и са њим повезан специфични образац психопатологије, врста родитељске психопатологије повезана је са последицама у понашању адолесцената. У структури насилника значајна је емоционална дисрегулација, непријатељство, импулсивност, биполарни поремећај, антисоцијални поремећај личности, алкохолна и друге врсте зависности (76, 77, 78).

Злостављане жене више пате од високог степена депресије, анксиозности, фобија, у односу на незлостављане жене (58, 62, 63). Код физичког и сексуалног насиља жене, поред емоционалних, изражених трауматских и посттрауматских симптома и ниског самопоуздања, имају суицидалне идеје, покушаје самоубиства, аутодеструктивне радње,

алкохолну, никотинску и друге зависности од супстанци, поремећаје спавања и исхране, поремећаје у социјалном функционисању, проблеме понашања и небезбедно сексуално понашање (79, 80).

1.2.6. Последице породичног насиља на развој деце и младих

Специфични одговор, емоционални, когнитивни и бихевиорални, на породично насиље, степен поремећаја родитељске способности у обављању својих улога, однос родитељ-дете, утичу на тешкоће у психосоцијалном развоју и прилагођавању деце и младих. Последице одрастања у породицама са насиљем код младих особа су: емоционални, когнитивни, бихевиорални и здравствени проблеми (81).

Емоционални развој деце и младих из породица са насиљем одликује емоционална дисрегулација: висок степен агресије, љутња, проблеми у темпераменту, непријатељство, супростављајуће понашање, тврдоглавост, непослушност, страхови, анксиозност, ниско самопоштовање, депресија, безвољност, мало пријатеља, лоши односи са браћом и сестрама, ниско самопоштовање, туга, збуњеност, страх, и љутња (62, 72, 82, 83). Дуготрајна изложеност негативном трауматичном стресу одређује процесе који одређују како ће дете или млада особа да интерпретира доживљено искуство, какви ће бити одговори и начин суочавања са непредвидивим спољашњим стимулусима. Деца и младе особе могу доживети страх и телесно узнемирење са хиперактивном пажњом и одговорима који могу изазвати когнитивне проблеме: ниско когнитивно и школско постигнуће, губитак или ограничене развојне вештине решавања проблема и конфликта, прихватање насилних облика понашања и ставова, веровање у ригидне полне стереотипе и мушке привилегије (82, 83, 84). У социјалном развоју млади изложени породичном насиљу имају тешкоће да развију контакте са њиховим друговима, и у израженим случајевима, пате од „недостатка успешности“ (85, 86).

1.2.7. Психопатологија младих који одрастају у породици са насиљем

Одрастање у породици са насиљем праћено је са психопатологијом деце и младих. Утврђена је позитивна повезаност између родитељске и дечје психопатологије (87). Родитељско понашање, родитељска психопатологија, утичу на саморегулацију деце и антисоцијално понашање. Породично насиље утиче на екстернализоване проблеме ако родитељи, поред партнерског насиља имају антисоцијално понашање. Партнерско насиље повећава ризик за ПТСП (посттрауматски стресни поремећај) и алкохолну зависност, чак и две године после доживљавања насиља, али не изазива велику депресију (*major depressive disorder*) (87). Психопатологија мајке, најчешће депресија, је у директној вези са

интернализованим проблемима. Опажање проблема родитељског функционисања посредник је између родитељске психопатологије и екстернализованих проблема (88). Психопатологија деце и младих највише зависи од одлика породице (89):

а) блиски породични односи и социјална подршка су важни за интернализоване симптоме: анксиозност, акутно стање страха, депресију, хиперсензитивност, научену беспомоћност, посттрауматски стресни поремећај (ПТСП);

б) блиски породични односи спречавају екстернализоване симптоме: агресију, поремећаје понашања (лагање, крађе, туче, беспосличење), антисоцијално и делинквентно понашање, зависност од супстанци.

Врсте интернализованих и екстернализованих симптома младих из породица са насиљем значајно су повезане са психопатологијом очева и начином реаговања мајке на дистрес изазван насиљем (41, 90). Екстернализовани симптоми младих су повезани са високом психолошком дисфункцијом и родитељским екстернализованим проблемима. Пол значајно утиче на начин и врсту психопатолошког реаговања на дисфункционалност породичног система (42, 90). Психолошки општи дистрес родитеља је повезан са настанком интернализованих симптома младих више код девојака, него код младића. Младићи из породица са насиљем више су изложени различитим облицима насиља и имају мање подршке од околине, у односу на девојке. У кризним ситуацијама девојке су склоније неуротичном реаговању, док младићи чешће настоје екстернализацији конфликта кроз антидруштвено понашање (90, 91).

Адолесценти чија је мајка изложена физичком партнерском насиљу показују изражене психичке поремећаје са Америчке класификације психичких поремећаја DSM-IV (92). Непосредно посматрање физичког партнерског насиља и физичко кажњавање деце и младих има за последицу повећане интернализоване симптоме: депресију, анксиозност, хиперсензитивност, научену беспомоћност, страх и акутно стање страха (93).

Изложеност младих породичном насиљу повезана је са екстернализованим симптомима: агресијом, импулсивним понашањем, поремећајем пажње (ODD), поремећајем пажње и хиперактивности (ADHD) (94), поремећајем ауторитета (CD), поремећајима навика (сисање палца, ноћни страхови), булимијом и делинквентним понашањем (85, 95).

Одрастање у породицама са насиљем и стална изложеност психичким траумама повезано је са повећаним степеном соматских симптома, који доприносе поремећајима у свакодневном функционисању (96). Преко 95% младих наводе најмање један доживљени соматски симптом. Деца и млади који су доживели сексуално насиље у породици имају

висок степен изражених соматских симптома, љутњу, дисоцијативне реакције и велики број интернализованих симптома (96).

Бројна истраживања наводе да су у 90% случајева породичног насиља деца млади били сведоци насиља (57, 58). Присуство деце у изражавању породичног насиља над њиховим мајкама доводи до њихове виктимизације. У више од трећине случајева (38%), деца су присуствовала последњем случају насиља, док су у готово половини тих случајева и сама била жртве насиља (44%). Према истраживању о присуству 14 облика сексуалног насиља у породици из 1999. године, рађено на 4000 средњошколки у РС, 8-12% девојчица је доживело неки облик сексуалног злостављања у породици (55).

Подаци истраживања СЗО показују да 20-70 % жена бива убијено као жртве насиља својих супруга (60). Млади, који су одрастали у породицама са насиљем, имају изражене симптоме посттрауматског стресног поремећаја, због тога што су присуствовали убиствима, самоубиствима или тучама родитеља, и поремећаје развојне способности (97). Даљи развој посттрауматске симптоматологије младих изазивао је: депресију, суицидалност, анксиозност, зависност од супстанци, делинквенцију и соматске тешкоће (98). Породично насиље значајно утиче на поремећаје исхране и повећану телесну масу, како код младића, код којих је значајни број дебео, тако и код девојака, које имају тежину изнад просека (99).

Изложеност јаким трауматичним сценама, физички напад на дете и посматрање убиства члана породице, повезано је са квалитетом спавања: краћим спавањем, slabим квалитетом спавања и после три месеца од доживљене трауме (100).

Деца и млади чији су родитељи извршили покушај самоубиства у породици са партнерским насиљем имају социјалне, психолошке, физичке и академске последице (69): ПТСП, стрес, тешкоће успостављања блискости, поремећаје апетита и тежине и пад школског постигнућа. Партнерско насиље и покушај самоубиства родитеља утиче на ментално здравље деце (101).

1.2.7.1. Суицидалност младих из породица са насиљем

Приближно 32-38% младих, изложено вербалном насиљу, 60% код злостављања и занемаривања, 43% код физичког насиља, изражава суицидалне идеје (102). Депресија и делинквенција се јављају заједно са суицидалним идејама. Даљи развој посттрауматске симптоматологије код младих изазива развој депресије, анксиозност (92, 103), зависност од супстанци (цигарета и марихуане), делинквенцију и трансгенерацијско преношење насиља (104). Зависност од супстанци, алкохолна, дуванска или канабис, израженија код

младих који су директно изложени насиљу у породици, праћена је повећаним ризиком за настанак алкохолизма и других дрога у одраслом добу (105, 106).

1.2.8. Органска обољења младих из породица са насиљем

Недовољно испуњавање родитељске улоге неге узрокује високу учесталост органских обољења код деце и младих из породица са насиљем. Најчешће навођене органске болести деце су: бронхијална, асмаична, кожна обољења поремећаји варења, проблеми у раду срца и крвних судова, неуролошки поремећаји (54, 90, 107).

1.2.9. Сексуални проблеми младих из породица са насиљем

Проблем емоционалног везивања и стварање личног идентитета је изражен код деце алкохоличара и насилних родитеља. Девојчице, услед јаког везивања за оца, често касније бирају брачног партнера, по узору на њега, очекујући од мужа претеране емоционалне гратификације. Дечаци су више изложени поремећајима психосоцијалног развоја, јер због неадекватних идентификационих модела, готово увек имају великих тешкоћа у изграђивању своје сексуалне улоге (108).

1.2.10. Трансгенерацијско преношење насиља

Одрастање у породици са насиљем код деце и младих има за последицу учење образаца решавања проблема и конфликта од родитеља који су модели понашања. Насиље, као научени начин понашања преноси се на понашање деце и младих не само у адолесцентном, бећ и у одраслом добу. Изложеност животном стресу до 23. године, малтретирање, дужина и време изложености насиљу води ка интергенерацијском преношењу насиља (109). Подаци о последицама насиља у детињству на изложеност насиља у одраслом добу, „трансгенерацијско преношење насиља“, показују да: 36% жена - жртва физичког насиља (наспрот 15% оних које нису биле жртве насиља) имале су очеве насилнике; 41% жртва насиља (наспрот 19% оних које то нису) и саме су биле изложене физичком насиљу у детињству. Утврђена је и значајна повезаност насиља у примарним породицама мушкараца и њиховог каснијег насилничког понашања: 32% учинилаца насиља потиче из породица у којим асу очеви били насилни према њиховим мајкама, а 32% њих су били непосредне жртве насиља у детињству (55). Нефункционално родитељство, ниско задовољство дететом, значајно је повезано са породичним насиљем и екстернализованим проблемима. Изражени екстернализовани проблеми предвиђају висок степен емоционалне експресивности, агресије, непријатељске реакције, депресију и

нерасположење као последице код младих који одрастају у породицама са насиљем и трансгенерацијско преношење насиља (110).

Иако бројна истраживања указују на негативне последице у психосоцијалном развоју деце и младих из породица са насиљем, уколико је у породици присутна кохезивност и способност обављања породичних улога, више од 50% деце на раном узрасту, показује позитивну адаптацију (81,111).

1.3. ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТ ПОРОДИЦЕ ИЗАЗВАНА АЛКОХОЛИЗМОМ

1.3.1. Дефиниција и врсте алкохоличарских породица

Према класификацији Светске здравствене организације (ICD X, 2016.) алкохолизам је дефинисан као зависност и злоупотреба алкохола (F 10). У општој популацији 1-5% жена и 3-10% мушкараца припада категорији зависности и 10% жена и 20% мушкараца категорији злоупотребе алкохола (112). Алкохолизам се испољава и са психотичним манифестацијама: патолошко акутно стање, делиријум тременс, патолошка љубомора, Корсаковљева психоза и алкохолна деменција (F 10.4, F 10.5). Чест је коморбитет, истовремено постојање и другог психопатолошког поремећаја поред алкохолизма: антисоцијални поремећај личности, поремећаји анксиозности и депресија (112). Поремећаји изазвани одрастањем у дисфункционалним породицама је дефинисан у категорију емоционалних и бихевиоралних поремећаја у детињству и адолесценцији (F - 90: F90 - F98) (112).

Породице алкохоличара представљају хетерогене групе. Њихове заједничке одлике су: низак ниво кохезије, изражавање емоција кроз афекте, независност, посебна интелектуална оријентација, висок ниво сукоба, агресивна комуникација, недостатак способности за решавање проблема, когнитивне, емоционалне и бихевиоралне последице у понашању алкохоличара (113, 114). Према Ригеру (*Riger*) је 37% људи са дијагнозом алкохолизма или злоупотребом алкохола има још неку психијатријску дијагнозу: антисоцијални поремећај личности, биполарни поремећај, шизофренију, анксиозни и афективни поремећај, покушај самоубиства (115). Алкохолизам се често завршава самоубиствима. Према подацима, од 2.7 до 21% алкохоличара извршава самоубиство, док је међу самоубицама проценат алкохоличара од 6-30% (116). Петина алкохоличара (21%) има антисоцијално понашање и зависност од других дрога (117). Жене алкохоличара често имају неки психијатријски поремећај. Према Кеслеру (*Kessler*) 50% жена алкохоличара има дијагнозу, најчешће депресију (118).

Присуство друге патологије, поред алкохолизма, одређује функционисање породичног система и критеријум за одређивање врсте алкохоличарских породица.

Најчешћа подела алкохоличарских породица је на (29):

- а) алкохол-специфичне (поред алкохолизма постоји и нека друга психопатологија) и
- б) алкохол-неспецифичне породице (без друге психопатологије).

Алкохол-специфичне породице доводе до девијантног понашања код деце, укључујући и проблеме са алкохолом. Алкохол-специфичне породице се, даље могу делити према израженој патологији алкохоличара, на:

- породице са изразито антисоцијалним обликом понашања алкохоличара, зависностима од канабиса, никотина и поремећајим ауторитета (CD-поремећај) и
- породице са израженом анксиозном и депресивном симптоматологијом алкохоличара.

Депресија повећава ризик за настанак алкохолизма. Код алкохоличара је нађено два пута више афективних поремећаја, него у општој популацији (119). Алкохолизам младих је чешће настаје у примарним алкохоличарским групама, депресија у депресивним и социопатија код социопатских алкохоличарских група (120). Код 40% пацијената са дијагнозом гранични случај један родитељ је алкохоличар. Другим речима, здруженост или коморбидност алкохолизма са другом психопатологијом омогућава предвиђање настанка психопатолошких последица код наследника, односно деце. Подтипови дечје психопатологије су различито повезани са родитељском психопатологијом, породичним окружењем, односима са браћом и сестрама и вршњацима. Утврђено је да проблеми деце алкохоличара повећавају развој менталних поремећаја, екстернализованих и интернализованих симптома, не само у детињству, већ у адолесцентном и одраслом добу (121, 122).

1.3.2. Насиље у алкохоличарским породицама

Динамика односа функционисања чланова или субсистема алкохоличарских породица често је изражена различитим облицима насиља. Истраживања указују на присуство великог броја физичког, емоционалног и сексуалног злостављања у алкохоличарским породицама, због честог коморбидног јављања алкохолизма, граничних случајева (borderline) и социопатске структуре личности алкохоличара, чија је значајна одлика испољавање различитих облика бруталне и примитивне агресивности (76, 113, 123). Алкохолизам је, маска за теже облике менталних поремећаја. Према истраживањима *Ишпановић* (124) у 0.7% породица алкохоличара су туче врло честе, у 7.3% су повремене, а деца по правилу присуствују

сценама породичног насиља. У алкохоличарским породицама 58.1% младих је изложено физичком злостављању и 61.3% менталном повређивању (124).

Амерички подаци указују да је од укупног породичног насиља, 55% насиља присутно у алкохоличарским породицама (70). Насилно понашање и преступништво се често јављају у стању алкохолисаности. Алкохол, као кључни фактор, присутан је у 68% убистава из нехата, 62% напада, 54% убистава и покушаја убистава, 48% пљачки и 48% пљачки са обијањем. Инцест је два пута присутнији код кћерки алкохоличара, него код њихових вршњакиња (80, 125).

Истраживања показују да је насиље у породици повезано са високим степеном конфликта и ниским нивоом кохезивности у њима. Лоши односи између родитеља са физичким насиљем и дисфункционалност породице присутна је код 48.4% злостављане деце, док је код 29% злостављане деце породица имала сукобе без физичког насиља у брачној дијади. Злостављани и занемаривани адолесценти имају изражену конверзивност, психотицизам, анксиозност, депресивност и социјалну неинтегрисаност. Код злостављаних младића повећана је склоност ка већој: анксиозности/депресивности, соматским тешкоћама и тешкоћама пажње, док злостављане девојке имају поред ових и социјалне проблеме, делинквентно понашање, агресивност и ниско самопоштовање (126, 127).

1.3.3. Психосоцијални развој деце и младих у алкохоличарским породицама

Очев алкохолизам, комбинован са другим факторима ризика, доводи до кумулације неповољних услова који представљају негативни потенцијал за психосоцијални развој деце и младих. Алкохолна зависност изражена је негативним родитељским стиловима, променом расположења и недоследним родитељским понашањем. Родитељи могу да постану стални контролори, кажњавају и буду ауторитарни у неким околностима, или попустљиви и занемарују децу у другим. Често могу бити љути или незаинтересовани, дозвољавају деци неодговорност, неостварују родитељске улоге, због чега деца и млади преузимају одговорност и замењују оца у породичним улогама када су пијани (128).

Према *Бромфилду (Bromfield) и сар.* ризични фактори, који отежавају психосоцијални развој деце и младих у алкохоличарским породицама, укључују бројне поремећаје у структури, динамици и димензијама алкохоличарског породичног система. Неостваривање материјалне, емоционалне и васпитне улоге родитеља, родитељска патологија и хронична изложеност негативном стресу представљају кључне факторе ризика за психопатологију деце и младих у алкохоличарским породицама (Табела 1) (129).

Табела 1. Фактори ризика за настанак психопатологије деце и младих у алкохоличарским породицама (Бромфилд и сар.)

<i>ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА НАСТАНАК ПСИХОПАТОЛОГИЈЕ КОД ДЕЦЕ И МЛАДИХ У АЛКОХОЛИЧАРСКИМ ПОРОДИЦАМА</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • стресни односи или прекид везе • очева зависност од других дрога • родитељски ментални проблеми (депресија, биполарни поремећај, посттрауматски стресни поремећај, схизофренија) • родитељско претходно искуство и виктимизација 	<ul style="list-style-type: none"> • породично насиље • нерешено стамбено питање • ниско образовање • социјална изолација и • непостојање породичне или подршке из заједнице • сиромаштво/незапосленост

Дисфункционалност алкохоличарске породице утиче на смањено присуство интелектуалне стимулације за когнитивни развој деце и младих, што условљава сиромашнији речник, мање развијене интелектуалне вештине у предшколском узрасту и слабији успех током школовања (130). Тешкоће у школовању младих из алкохоличарских породица настају као последице хиперактивности, лаке дистракције или уским опсегом пажње. Школске проблеме деце и младих из алкохоличарских породица појачавају изражене неуротичне тешкоће, изражене код 55% деце алкохоличара, често присуство поремећаја ауторитета, емоционалних и бихевиоралних проблема (131). Деца алкохоличара, са нормалном интелигенцијом, на школском узрасту, имају мању способност да одрже пажњу, тешкоће у праћењу захтева и испуњавање утврђених правила понашања (132).

На ниже школско постигнуће деце и младих из алкохоличарских породица утичу: негативна слика о себи, несигурност, слабији успех у читању и писању, лоша усмереност на задатак, у односу на вршњаке из функционалних породица (133). Усмереност пажње на породичне проблеме младих из алкохоличарских породица утиче на снижене способности учења, логичког памћења, сложенијих облика учења и мишљења, незаинтересованости за учење и постављање високих циљева аспирације у академском развоју. Деца алкохоличара имају ниско школско постигнуће, девет пута више него деца неалкохоличара. Смањена породична кохезивност и изражени психијатријски поремећаји у алкохоличарским породицама значајно су повезани са ниским академским и когнитивним способностима њихове деце (57, 134).

Тешкоће у процесу социјализације и проблеми адаптације на социјалне захтеве деце и младих из алкохоличарских, представљају значајну одлику њиховог психосоцијалног развоја. У формирању личног идентитета, млади из алкохоличарских породица имају нижи степен самопоштовања, осећање неадекватности, ниже вредности, нижи степен социјализације, индивидуализације, диференцијације селфа, саморегулације, формирања личног и социјалног идентитета, емоционалне и конативне зрелости (135).

Недостатак одговарајућих идентификационих модела код младића из алкохоличарских породица, узрокује тешкоће у остваривању и избору сексуалних улога и проблеме у односима у емоционалним и брачним везама (136).

1.3.4. Психопатологија младих из алкохоличарских породица

Удруженост зависности од алкохола и психопатологија родитеља повећавају ризик за настанак интернализованих и екстернализованих симптома њихове деце. Психопатологија родитеља, нарочито са израженим рецидивима, је кључна за настанак дечје симптоматологије (121, 137).

Деца алкохоличара имају два пута више субклиничке симптоме и четири пута више утврђену дијагнозу менталних поремећаја, у односу на децу и младе из функционалних породица. Значајно већи ризик код деце алкохоличара је настанак поремећаја пажње/хиперактивност, депресија, фобија, енурезе, тикова и генерализованог анксиозног поремећаја (122, 138).

Најчешће дијагнозе деце алкохоличара су зависност од алкохола и фобични поремећаји. Патологија родитеља, развојна историја и породичне варијабле одређују врсту адаптивног функционисања и развоја пет субтипова деце и младих из алкохоличарских породица (139):

- интернализовани / избегавање;
- психопатски;
- емоционални поремећаји;
- параноидно / агресивни;
- отпорни.

Развој једног или више симптома код деце и младих из алкохоличарских породица представља начин суочавања са стресом насталим због очеве зависности. Симптоми из детињства и младалачког доба могу продужити своје постојање и у одраслом добу, уколико породица не прихвати ефикасно лечење. На дисфункционалност породичног

алкохолизма деца и млади могу реаговати формирањем активних, екстернализованих, и пасивних, интернализованих, симптома (140).

Екстернализовани симптоми су примарни «acting out» тип понашања, који се одликују кршењем правила, агресијом, импулсивношћу, хиперактивношћу, непажњом, уништавајућим понашањем, супростављањем, делинквенцијом (119, 141, 142), поремећајима навика (сисање прста, ноћни страхови), булимијом и делинквентним понашањем (143, 144). Ови симптоми се у DSM-IV означавају као: ADHD-поремећај пажње и поремећај у понашању (поремећај пажње/хиперактивни поремећај), ODD-поремећај понашања са супростављањем и CD-проблем ауторитета-вође. Висока повезаност између поремећаја пажње и хиперактивности и поремећаја ауторитета ствара тешкоће у одређивању природе екстернализованих психопатолошких симптома деце алкохоличара. Деца алкохоличара, као група, показују многе одлике које су повезане са овом класом поремећаја. Поремећај ауторитета се појављује као значајан интергенерацијски преносилац злоупотребе алкохола. ADHD поремећај је важан фактор ризика за поремећај ауторитета. Повезаност родитељског алкохолизма и екстернализованих поремећаја деце остварује се ефектима алкохола на разарање породице и антисоцијалним поремећајем личности (145, 146).

Неиспуњавање родитељске улоге неге и слабљење кохезивности између родитеља и деце повезани са интернализованим симптомима деце и младих из алкохоличарских породица. Депресија, анксиозност, хиперсензитивност, осећање беспомоћности, и акутно стање страха представљају интернализоване симптоме деце и младих из алкохоличарских породица (147, 148).

Одрастање у алкохоличарским породицама је повезано са различитим облицима насиља који развијају изражене симптоме посттрауматског стресног поремећаја, као последице посматрања убиства, покушаје самоубиства и самоубиства родитеља. Даљи развој посттрауматске симптоматологије (149), младих води ка појави: депресије, суицидалности (150), анксиозности, зависности од супстанци, делинквенцији и соматским проблемима (151). Симптоми посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП) укључују непрестане проблеме са прекидањем спавања, избегавање било које сличне ситуације (људе, места), повезане са траумом. Честа последица физичког и сексуалног злостављања особа женског пола изазива симптоме повећане будности и хипервигилности (152).

1.3.4.1. Суицидално понашање деце и младих из алкохоличарских породица

Очево самоубилачко понашање је веома повезано са очевим алкохолизмом. Код 46% одрасле деце алкохоличара, чији су родитељи били лечени алкохоличари, забележено је присуство покушаја или потпуног суицидалног понашања у детињству, док се 13% лечило од суицида и 15% је покушало да се убије. Подаци показују да 54% деце алкохоличара, који су имали покушај самоубиства, пре тога нису лечени од суицида. Значајна је повезаност између самоубилачког понашања деце алкохоличара и самоубилачког понашања родитеља у детињству (150, 153).

1.3.5. Специфичне особине младих из алкохоличарских породица

Велики број истраживања о последицама одрастања у алкохоличарским породицама везивао се за утврђивање развоја специфичних особина, профила личности или субтипа деце и младих, не само у детињству и адолесценцији, већ и у одраслом добу, у односу на младе из функционалних породица.

Очева зависност од алкохола повезује се са негативним последицама и психопатологијом њихове деце и младих, али класификовање субтипова је ретко нађено. Тип последица у психосоцијалном развоју деце и младих из алкохоличарских породица (154):

- без последица
- алкохолна зависност
- алкохолна зависност удружена са анксиозношћу и депресијом
- алкохолна и никотинска зависност удружене са поремећајем ауторитета, одређују бројне варијабле: недоследност родитељског понашања, физичко и сексуално злостављање деце, квалитет односа са браћом и вршњацима.

Хетерогеност алкохоличарских породица доводи до хетерогености популације деце и младих из ових породица. Иако нема сагласности о специфичном типу личности младих из алкохоличарских породица, значајна сагласност података постоји у когнитивним, емоционалним и бихевиоралним тешкоћама у њиховом психосоцијалном функционисању, у односу на младе из функционалних породица (Табела 2).

У емоционалном функционисању младих из алкохоличарских породица наглашене су негативне емоционалне реакције (агресивност, анксиозност, кривица, импулсивност), недостатак контроле у изражавању емоција, тешкоће у изражавању позитивних емоција према себи и другима, ниска толеранција на фрустрације.

Когнитивне тешкоће се изражавају у поремећајима пажње, које отежавају усмереност код тежих задатака.

Проблеми понашања су последице ниске самоконтроле, незрелости и манипулативности. У развоју идеалног ја, дела самосвести, ниско самопоштовање, неодговорност и песимизам доводе до поремећених способности планирања будућности.

Социјални развој, однос са људима, отежавају негативне емоције према себи и другима, лагање, тешкоће у сарадњи и одржавању позитивних ставова, повлачење, претерана осетљивост на критику и незрелост.

Бихевиорални и социјални проблеми могу довести до поремећаја у понашању: различитих зависности од супстанци, суицида, криминала и делинквенције. Значајно је да одређене особине: перфекционизам, мудрост, пркос, самокритичност, могу довести до превеликих постигнућа (153, 155).

Табела 2. Тешкоће у психосоцијалном функционисању младих из алкохоличарских породица према Брауну (*Brown*) и сар.

<i>ЕМОЦИОНАЛНЕ, КОГНИТИВНЕ И БИХЕВИОРАЛНЕ ТЕШКОЋЕ У ФУНКЦИОНИСАЊУ МЛАДИХ ИЗ АЛКОХОЛИЧАРСКИХ ПОРОДИЦА</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Агресивност, непријатељство и насилност • Алкохолна или друга зависност од супстанци • Анксиозност • Хронично лагање • Стална потреба за одобравањем • Криминал и делинквенција • Пркос • Тешкоће у концентрисању на сложене задатке • Тешкоће у изражавању личних осећања • Тешкоће у стварању и одржавању блиских веза • Тешкоће у одржавању позитивних ставова • Тешкоће у игрању или шалама • Тешкоће у опуштању • Тешкоће у сарадњи са другима, заједничком раду • Осећање срамоте 	<ul style="list-style-type: none"> • Претерана осетљивост на хумор • Осећања кривице • Хиперактивност • Незрелост • Поремећена способност планирања будућности • Неконтролисаност-импулсивност • Неодговорност • Ниско самопоштовање • Ниска толеранција на фрустрацију • Манипулативно понашање • Мудрост • Превелика достигнућа или ниска достигнућа • Перфекционизам • Песимизам • Самосажањење • Самокритичност • Суицидалне мисли, поступци или покушаји • Отсутност • Повлачење

Најкомплетнија истраживања психичких особина карактеристичних за одраслу децу алкохоличара потичу од истраживања Воитиц (Woitiz) које су приказане у Табели 3.

Према наведеном аутору, одрасла деца алкохоличара имају трајне последице у емоционално-социјалном развоју, нарочито у осећању блискости са другима, контроли несигурности, стварању реалне слике о себи и другима.

Когнитивно функционисање је отежано неспособностима одржавања пажње у процесу рада (156).

Табела 3: Психичке особине одрасле деце алкохоличара према Воитиц (Woitiz)

<i>ПСИХИЧКЕ ОСОБИНЕ ОДРАСЛЕ ДЕЦЕ АЛКОХОЛИЧАРА</i>
<ul style="list-style-type: none">• Одрасла деца алкохоличара нагађају, претпостављају шта је нормално понашање.• Одрасла деца алкохоличара имају тешкоће да прате процес од почетка до краја.• Одрасла деца алкохоличара лажу и када је лако рећи истину.• Одрасла деца алкохоличара суде себи без милости.• Одрасла деца алкохоличара имају тешкоће у прављењу шала.• Одрасла деца алкохоличара узимају себе сувише озбиљно.• Одрасла деца алкохоличара имају тешкоће у стварању блиских веза.• Одрасла деца алкохоличара се претерано мењају када нису у стању да имају контролу.• Одрасла деца алкохоличара стално траже одобравање и доказивање.• Одрасла деца алкохоличара се често осећају другачији од других људи.• Одрасла деца алкохоличара су или превише одговорна или превише неодговорна.• Одрасла деца алкохоличара су претерано одана, чак и када су свесна да је лојалност бескорисна.• Одрасла деца алкохоличара су импулсивна. Они себе блокирају у току акције без давања посебног услова за друго решење или друге последице. Ова импулсивност води ка конфузији, омаловажавању и губљењу контроле над средином.

Полазећи од особина одрасле деце алкохоличара, које је утврдила Воитиц (Woitiz), Тони (Tony) је установио познату Лаундри (Laundry) листу четрнаест особина одрасле деце алкохоличара и дисфункционалних породица (Табела 4).

Лаундри листа укључује не само особине деце алкохоличара, већ деце и младих из дисфункционалних породица уопште. Проблеми лошег идентификационог узора у оцу алкохоличару, пројектују се на проблеме у односу према ауторитетима, нерелане слике о себи и другима, што отежава стварње личног идентитета.

Наглашена је улога учења по моделу која омогућава стварање позитивног односа према употреби алкохола као образац решавања проблема. Одрастање у породици са трауматским доживљајима ремети емоционалну и социјалну зрелост. Преузимање родитељских улога у породици преноси се на пожртвованост и одговорност према другима током живота (157).

Табела 4. Лаундри листа одрасле деце из алкохоличарских и дисфункционалних породица

<i>Лаундри листа (Тони) Laundry List (Tony)-14 ОСОБИНА ДЕЦЕ ИЗ АЛКОХОЛИЧАРСКИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Изолованост и страх од ауторитета. 2. Тражење одобравања и изгубљениог идентитета 3. Свађање и љутња на сваку критику 4. Постају и сами алкохоличари, венчавају се са њима, или и једно и друго, траже особе које су радохоличари да би испунили ненормалне потребе. 5. Живе животом жртве и привлаче љубав и пријатељство као слабе особе. 6. Имају претерано развијено осећање одговорности и то олакшава концепцију да су радије усмерени на друге него на себе, тако да не могу да увиде своје грешке. 7. Имају осећање кривице кад су усмерени на себе уместо да помажу другима. 8. Постају зависни од узбуђења. 9. Воле конфузно и теже да воле људе и када имају сопствену штету и спасавају их. 10. Пате због трауматског детињства и губе способност да осећају или изражавају осећања, јер их то много боли. 11. О себи суде строго и имају ниско самопоштовање. 12. Они су зависне особе које су преплашене од напуштања и не раде ништа држећи се повезаности за друге не показујући страх од напуштања, које прихватају да живе тражећи људе који емоционално никада неће бити за њих. 13. Пара-алкохоличар (дете алкохоличара) је више реактиван него активан. 14. Алкохолизам је породична болест и човек постаје пара-алкохоличар и преузима његове болесне особине чак и када није узео пиће.

Иако нема општеприхваћених ставова о специфичном профилу личности одрасле деце алкохоличара, постоје нека истраживања која издвајају специфичну структуру личности одраслих особа које су биле изложене породичном алкохолизму.

Одрасла деца алкохоличара су хетерогена група у којој се разликују пет субтипова (158):

- екстернализован
- инхибициони
- емоционални
- дисрегулациони
- високофункционални.

Утврђивање специфичног профила младих људи из алкохоличарских породица, код неких истраживача представља поребу за утврђивањем концепта „деце ризика“, зато што је могуће предвидети емоционалне, интелектуалне и социјалне проблеме у детињству, младалачком и зрелом добу (159).

1.3.6. Трансгенерацијски модел преношења алкохолизма

Породице репродукују и неадаптабилне, патолошке образце породичног живота. Трансгенерацијска анализа представља преношење породичних образаца понашања из претходне генерације као имплицитне моделе за функционисање у следећој. Постоје два потенцијална посредника у интергенерацијском настављању позитивног родитељства: родитељску ефикасност, активне стратегије решавања проблема, и идентификације (160).

Деца и млади из породица алкохоличара имају два пута више развијену зависност од алкохола и канабиса (23.1% : 9.6%), бивају чешће пијани (44.0% : 35.7%) и очекују да ће пити у наредне две недеље (18.2% : 11.1%), у односу на младе из функционалних породица (161).

Млади из алкохоличарских породица имају, од 2 до 10 пута, већи ризик за настанак алкохолизма и других облика зависности, у односу на младе из функционалних породица (162). Најчешће зависности одрасле деце алкохоличара, поред алкохолне, су: зависност од дувана и марихуане (163, 164).

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ

2.1. ЦИЉЕВИ

1. Испитати разлику у степену породичног функционисања (карактеристике породичних интеракција, улоге и дистрибуције ауторитета у породици, границе породичног система, континуирану и дисконтинуирану одвојеност детета од мајке, карактеристике родитељске породице), између функционалних и дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем).
2. Испитати постојање разлика развијености породичних димензија кохезивности и адаптабилности између функционалних и дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем).
3. Испитати постојање разлика између младих из дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем), и функционалних породица у проблемима у учењу и успеха у школи.
4. Испитати постојање разлика између младих из дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем), и функционалних породица у степену психосоцијалног развоја (когнитивног, емоционалног, социјалног и конативног).
5. Испитати постојање разлика између младих из дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем), и функционалних породица у степену развијене психичке зрелости (сарадња са људима, толеранција на фрустрацију, поверење у људе, несебичност, оријентација ка будућности).
6. Испитати постојање разлика између развијености интелектуалних способности и степена психичке зрелости младих из дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем).
7. Испитати постојање разлика између младих из дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем) и функционалних породица у ставу према употреби алкохола.
8. Испитати постојање разлика између младих из дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем) и функционалних породица у ставу према употреби психоактивних супстанци.
9. Проверити оправданост увођења посебног клиничког ентитета „деце ризика“ или постојања „психолошког модела“ особе одрасле у дисфункционалној породици породици са алкохолизмом и насиљем.

2.2. ХИПОТЕЗЕ

1. Постоји разлика у степену породичног функционисања (карактеристике породичних интеракција, улога и дистрибуција ауторитета у породици, границе породичног система, континуирана и дисконтинуирана одвојеност детета од мајке, карактеристике родитељске породице) између функционалних и дисфункционалних породица (породица са алкохолизмом и насиљем).
2. Породична димензије кохезивност и адаптабилност су мање развијене у дисфункционалним породицама (са алкохолизмом и насиљем), у односу на функционалне породице.
3. Млади из дисфункционалних породица (са алкохолизмом и насиљем), имају више проблема у учењу и нижи ниво школског постигнућа, у односу на младе из функционалних породица.
4. Млади из дисфункционалних породица (породице са алкохолизмом и насиљем), имају различити степен психосоцијалног развоја (когнитивног, емоционалног, социјалног и конативног), у односу на младе из функционалних породица.
5. Младих из дисфункционалних породица (са алкохолизмом и насиљем), имају спорији развој психичке зрелости, (сарадња са људима, толеранција на фрустрацију, поверење у људе, несебичност, планирање будућности), у односу на младе из функционалних породица.
6. Млади из дисфункционалних породица, породице са алкохолизмом и насиљем, са вишим интелектуалним способностима, развијају виши ниво психичке зрелости, у односу на младе са нижим интелектуалним способностима из истих породица.
7. Млади из дисфункционалних породица (породице са алкохолизмом и насиљем), имају позитивнији став према употреби алкохола, у односу на младе из функционалних породица.
8. Млади из дисфункционалних породица, породице са алкохолизмом и насиљем, имају позитивнији став према употреби психоактивних супстанци, у односу на младе из функционалних породица.
9. Млади из дисфункционалних породица, породице са алкохолизмом и насиљем, формирају специфичне црте личности, у односу на младе из функционалних породица.

3. МЕТОДОЛОГИЈА

3.1. ВРСТА СТУДИЈЕ

Истраживање је спроведено, као опсервациона студија, и то студија пресека. На основу добијених сагласности за обављање истраживања Етичког одбора Клиничког центра Ниш бр.31714/34 од 2.10.2014., Гимназије „Бора Станковић“ 310/1 од 10.06.2014. Дома здравља Врање од 10.06.2014., Центра за социјални рад у Врању од 25.12.2014. Наставно научно веће Факултета медицинских наука у Крагујевцу одобрило је нацрт истраживања, број 01-9476/3-3 од 30.09.2015. Истраживање је обављено у наведеним установама у периоду од новембра 2015- децембра 2016.

3.2. ИСПИТАНИЦИ

Истраживање је рађено на испитаницима младалачког доба, узраста од 15-19 година. Испитаници су подељени у два подузорка:

1. Млади из дисфункционалних породица је састављена од две подгрупе.

1.1. Критеријум за укључивање у прву подгрупу био је да испитаници потичу из породица са насиљем које је пријављено и процесуирано у Центру за социјални рад у Врању.

1.2. Критеријум за укључивање у другу подгрупу био је да млади потичу из породица са леченим очевим алкохолизмом у здравственим установама Врања и Ниша.

2. Контролну групу чинили су млади из функционалних породица.

Критеријум за укључивање био је да потичу из породица у којима нема пријављеног насиља у породици, као и очевог алкохолизма. Подузорак младих из функционалних породица је добијен на основу анализе попуњених Упитника за испитивање односа у породици и психосоцијалног развоја (ревидирани CPRS-R), којим није утврђен било који облик насиља или психолошке и социјалне патологије. Подузорак младих из функционалних породица коначно је формиран након формирања експерименталне групе због уједначавања група. Узорак је уједначен по узрасту, полу ученика и социо-економском статусу, образовању родитеља и реду рођења младих.

3.3. МЕТОД

Истраживање је спроведено тако што су испитаници, најпре упознати са одобрењем Етичког комитета Факултета медицинских наука у Крагујевцу за спровођење истраживања и добијених сагласности Клиничког центра у Нишу, Центра за социјални рад у Врању, Дома здравља у Врању и Гимназије „Бора Станковић“ у Врању. Након представљања циљева и самог тока истраживања, испитаници су писменим изјашњавањем дали информисани пристанак за учествовање у истраживању.

Тестирање су обављали психолози и специјални педагози, који су учествовали у терапијском раду са родитељима или самим испитаницима. Истраживање је рађено анонимно.

Према унапред утврђеном упутству аутора примењених техника, време трајања тестирања износило је: опште интелигенције 30 минута, Кибернетичког модела личности (КОН-6) 45 минута, Скале латентне зрелости 30 минута, теста породичних димензија (FACES3) 10 минута и Упитника за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице 10-15 минута. Укупно време тестирања испитаника тестним материјалом трајало је око 2-3 сата са потребним паузама.

3.3.1. ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ МЕРЕ У ИСТРАЖИВАЊУ

3.3.1.1. Независне варијабле

1. Социодемографске и социоекономске карактеристике испитаника: пол, са ким живи, занимање родитеља, радни однос родитеља, материјални статус породице, ред рођености, као и податак да ли је у детињству испитаника породица била потпуна, непотпуна због смрти родитеља или су родитељи били растављени. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице.
2. Лечени алкохолизам оца – податак је добијен на основу увида у медицинску документацију здравствених установа, конкретно Дневних болница у којима се укључује рад са децом.
3. Породично насиље – податак је добијен на основу евиденције Центра за социјални рад, на основу пријава и процесуираних случајева. Избор испитаника одредио је психолог Центра за социјални рад.

3.3.1.2. Зависне варијабле:

1. Карактеристике породичних интеракција. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психо-социјалних карактеристика младих и породице.
2. Улога и дистрибуција ауторитета у породици. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психо-социјалних карактеристика младих и породице.
3. Границе породичног система. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психо-социјалних карактеристика младих и породице.
4. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност детета од мајке-објектални однос. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице.
5. Карактеристике родитељске породице. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психо-социјалних карактеристика младих и породице.
6. Искуство младих са алкохолом-став према пијењу. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психо-социјалних карактеристика младих и породице.
7. Понашање младих у школи, успех у школи и проблеми у учењу. Подаци су добијени на основу социодемографског упитника који је део Упитника за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице.
8. Број изостанака из школе. Подаци су добијени из школске евиденције.
9. Кохезивност и адаптабилност породице представљају нумеричке вредности добијене на тесту ФАЦЕС–3 (FACES–3).
10. Латентна зрелост – представља процену добијених нумеричких вредности на Скали латентне зрелости СЛЗ и њеним субскалама (СП 2,5 - сарадња са људима, М- толеранција на фрустрацију, СП, 3,4- поверење у људе, СП 6 - несебичност, ПОФ - планирање будућности).
11. Општа интелектуална способност. Развијеност опште интелигенције, способности увиђања односа и апстрактног мишљења, утврђена је нумеричким вредностима на стандардизованом Тесту резоновања ликова (ТРЛ) .

12. Конативне особине личности. Ове варијабле представљају процену добијених нумеричких вредности на стандардизованом тесту личности КОН 6 (епсилон, хи, алфа, сигма, делта, ета).

3.3.1.3. Збуњујуће варијабле:

1. Материјално стање породице може бити независна променљива или узрок у настанку алкохолизма и насиља, али и последица алкохолизма и насиља.
2. Неоткривени алкохолизам или насиље у породицама испитаника из контролне групе.

3.4. УПИТНИЦИ

3.4.1. Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице

За утврђивање социодемографских карактеристика породице и психосоцијалног развоја испитаника коришћен је *Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице*. Упитник је урађен је на основу *The Revised Conners Parent Rating Scale (CPRS-R)* (165) који се састоји од 42 питања. Првих 6 односи се на социодемографска и социоекономска обележја; следећих 6 на карактеристике породичних интеракција. Следе делови којима се добијају подаци о: улози и дистрибуцији ауторитета у породици (2 питања), границама породичног система (1 питање), континуирана и дисконтинуирана одвојеност детета од мајке-објектални однос (4 питања), породични алкохолизам и обрасци пијења (6 питања), карактеристике родитељске породице (2 питања), искуство младих са алкохолом-став према пијењу (3 питања), понашање младих у школи и школско постигнуће, проблеми у учењу (3 питања). На крају упитника је посебни део који се односи на поремећаје психосоцијалног развоја, поремећаје у понашању (7 питања) и психичке тешкоће и поремећаје (1 питање). Поузданост *Упитника за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице* у овом истраживању је $\alpha = .94$.

3.4.2. Тест ФАЦЕС- 3 (FACES–3-Family adaptive, cohesions Scales 3)

Породичне димензије: кохезивност и адаптабилност мерене су тестом ФАЦЕС-3 (166). Иако постоји нова верзија ФАЦЕС.4, у пракси се више примењује стара верзија. ФАЦЕС-3, тест за утврђивање породичних димензија кохезивности и адаптабилности, састоји се од 20 тврђења, по десет за обе димензије. На сваком тврђењу је дато пет могућности за одговор, степеновано од 0 – 5. Сирови скорови се, према Приручнику, претварају у категорије: ниска, умерена, развијена и изражена. Адаптабилност и

кохезивност се замишљају као линеарне димензије, где високи резултати на ФАЦЕС-у, сада означавају уравнотежене системе, док ниски резултати на обе димензије, представљају неуравнотежене или екстремне системе. Значајне измене у *Олсоновом* (Olson) схватању су да уравнотежене породичне системе одликује позитивна комуникација, у односу на небалансирани систем.

Поузданост теста ФАЦЕС-3 у овом истраживању је $\alpha = .94$. Верзија ФАЦЕС-3 је преведена на српски језик и бесплатно доступна за коришћење.

3.4.3. Скала латентне зрелости (СЛЗ)

Психосоцијални развој латентне зрелости: остварени ниво формирања личног, социјалног идентитета и идентитета личности (диференцијација личности, укључивање у друштвену заједницу, одређење психолошког и идеалног ја) испитиван је Скалом латентне зрелости (167).

Скала латентне зрелости је састављена од пет субскала, са укупно 133 питања, на која испитаник одговара са пет понуђених одговора: потпуно се слажем, углавном се слажем, не могу да се одлучим, углавном се слажем, уопште се не слажем. Субскеале латентне зрелости су:

1. СП 2,5 - сарадња са људима (43 питања);
2. М 3- толеранција на фрустрацију (30 питања);
3. СП 3,4- поверење у људе (38 питања);
4. СП 6- несебичност (21 питање);
5. ПОФ- планирање будућности. На питање: *Какви су ми планови и жеље за будућност*, испитаник би требало да изабере један од пет понуђених одговора.

Сирови скорови на свим субскалама се претварају у категорије (мала, испод просека, просек, натпросечна, изражена), на основу табела из приручника. Вредности свих скала се сакупљају и дају Латентну зрелост. Сирови скорови се према табели одређују у категорије зрелости: изразита незрелост, преминација незрелог понашања, зрело понашање са повременим регресијама, преминација зрелог понашања, изразито зрело понашање.

Поузданост Скале латентне зрелости у овом истраживању износи $\alpha = .92$. Тест је стандардизован и коришћен за потребе ВС, *Хрњица* (167), примењен у научном раду Симоновић (135). Коришћење Скале латентне зрелости је бесплатно дозвољено.

3.4.4. Тест резоновања ликова (ТРЛ)

Тест резоновања ликова (168) је стандардизовани невербални тест који мери општу интелектуалну способност увиђања односа и апстрактног мишљења. Састоји се од 45 задатака са шест могућности за одговор. Сирови скорови се претварају у количник интелигенције (IQ), према стандардизованим табелама, у пет категорија: испод просечна IQ < 90, просечна IQ = 90-110, нешто изнад просека IQ = 110-120, висока IQ = 120-130, надареност IQ > 130.

Добијена поузданост Теста резоновања ликова у овом истраживању је $\alpha = .96$.

3.3.5. Тест конативних димензија личности – КОН-6 (Кибернетички модел личности)

Конативно функционисање младих из функционалних и дисфункционалних породица испитивано је Тестом конативних димензија личности – КОН-6 (169). Тест се састоји од укупно 180 питања сврстаних у шест субскала:

1. Регулатор активитета (ЕПСИЛОН) - димензија: екстраверзија-интроверзија (питања од 1-30);
2. Регулатор органских функција (ХИ) - димензија: психосоматске реакције (31-60);
3. Регулатор реакција одбране (АЛФА) - димензија: анксиозност (61-90),
4. Регулатор реакција напада (СИГМА) - димензија: агресивост - неагресивност (91-120);
5. Систем за координацију регулативних функција (ДЕЛТА) - дисоцијативне реакције (121-150);
6. Систем за интеграцију регулативних функција (ЕТА) - димензија: асоцијалност - социјална адаптација (151-180).

На постављена питања испитаник може да одговори са пет одговора: потпуно тачно, углавном тачно, нисам сигуран, углавном нетачно, потпуно нетачно. Добијени сирови скорови се претварају, према приручнику за коришћење теста, у категорије: 1. Супериорно функционисање, 2. натпросечно функционисање, 3. просечно функционисање, 4. исподпросечно функционисање, 5. патолошко функционисање. Аутори Теста сматрају да су вредности категорија 4 и 5 (исподпросечно и патолошко) изнад 70% патолошког функционисања и да ове вредности испољавају симптоматологију, која у негативном развоју, структурира психички или психосоматски поремећај или болест. Ове категорије важе за све димензије са КОН-а. Поузданост примењеног теста КОН- 6, у овом истраживању, је $\alpha = .96$.

3.5. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Подаци добијени истраживањем су класификовани, компјутерски обрађени и представљени као проценти (%) или средње вредности са стандардним одступањима. Статистичке анализе су извршене помоћу *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, верзија 18.0. p - вредност $\leq 0,05$ сматрана је статистички значајном. За статистичку анализу разлика међу групама за категоријске променљиве коришћен је *Chi-square* тест. Степен повезаности или корелације између варијабли испитиван је коефицијентом контингенције. У случајевима где је нађена нормална расподела варијабли за испитивање разлике између две групе коришћен је Студентов t тест или анализа варијанси - *One-Way ANOVA*, за три или више група. За утврђивање разлика у изражености основних димензија истраживања, у односу на пол и радни однос, коришћен је *Mann-Whitney-ев* тест, поређење две групе, док је за сручну спрему, материјално стање и ред рођености коришћен *Kruskal-Wallis-ов* тест (три или више група).

Линеарна регресиона анализа је примењена за оцену доприноса независних променљивих одређеном исходу психосоцијалног развоја младих у породицама са насиљем и алкохолизмом. Утврђивање постојања, односно непостојања разлика између подзорка у односу на испитиване особине личности, као и за класификовање ентитета чија субпопулацијска припадност није сигурна, примењена је каноничка дискриминативна анализа. Значајност дискриминативних функција, каноничких корелација, утврђена је помоћу *Bartlett-овог Chi-square* теста.

За испитивање поузданости техника коришћен је алфа модел.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. ДЕСКРИПТИВНА СТАТИСТИКА

Истраживање је рађено на узорку од 387 испитаника, 240 младих из функционалних породица, ученика Гимназије у Врању и 147 младих из дисфункционалних породица: 114 младих из породица са леченим очевим алкохолизмом (*Дис.п./ЛА*) у здравственим установама у Врању и Нишу и 34 испитаника из породица са пријављеним и процесуираним насиљем *Дис.п./Н*) у Центру за социјални рад у Врању.

4.1.1. Полна и старосна структура испитаника

У укупном узорку од 387 испитаника, 206 испитаника је женског пола (53.2%) и 181 испитаник мушког пола (46.8%) (Табела 5). Број испитаника женског пола у подзорку младих из функционалних породица је 138 (57.5%), а 102 испитаника је мушког пола (42.5%). Број младића из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом је 61 (54.0%), а број девојака 52 (46.0%). У подзорку младих из породица са насиљем било је 18 младића (52.9%) и 16 девојака (47.1%).

Табела 5. Приказ структуре узорка с обзиром на пол и врсту породице

Пол	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Младићи	102 (42.5%)	79 (53.7%)	181 (46.8%)
Девојке	138 (57.5%)	68 (46.3%)	206 (53.2%)
Укупно	240 (62.0%)	147 (38.0%)	387 (100%)

$$\chi^2 = 4.627, df = 1, p = 0.031^*, c = 0.109^\ddagger$$

χ^2 Chi-square, * $p \leq 0.05$, ‡ Contingency Coefficient

Истраживање је рађено на укупном узорку старости испитаника од 15-19 година (Табела 6). Просечна старост испитаника је 16.59 ± 1.16 година, при чему је узорак из функционалних породица благо старији ($t(385) = 2.225, p = 0.027$). Просечна старост испитаника на подзорку испитаника из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом 16.40 ± 0.19 година, док је просечна старост испитаника на подзорку испитаника из дисфункционалних породица са насиљем 16.53 ± 0.06 година.

Табела 6. Приказ структуре узорка с обзиром на узраст и врсту породице

Узраст	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
(АС±СД)	16.68±0.09	16.38±1.15	16.59±1.16
Распон (19 г.- 15г.)	4	4	4
Укупно	240	147	387

4.1.2. Приказ узорка по похађању разреда средње школе

Највећи број испитаника у укупном узорку (131) је из трећег разреда (Табела 7). Највећи број младих на подзорку испитаника из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом похађа други разред (31.9%), док на подзорку испитаника из породица са насиљем похађа трећи разред (29.4%).

Табела 7. Приказ узорка према похађању разреда средње школе

Разред	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Први	50 (20.8%)	41 (27.9%)	91 (23.5%)
Други	35 (14.6%)	45 (30.6%)	80 (20.7%)
Трећи	107 (44.6%)	24 (16.3%)	131 (33.9%)
Четврти	48 (20.0%)	37 (25.2%)	85 (22.0%)
Укупно	240	147	387

$$\chi^2 = 35.874, df = 3, p = 0.000^{**}, c = 0.291$$

4.1.3. Приказ узорка према реду рођења

У функционалним породицама највећи је проценат испитаника другорођено дете (47.1%), у односу на дисфункционалне породице, код којих је највећи проценат прворођено дете (42.9%). Подаци реда рођења испитаника приказани су у Табели 8. У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат је прворођене деце (46.0%), док је у дисфункционалним породицама са насиљем највећи проценат другорођене деце (35.3%).

Табела 8. Приказ узорка према реду рођења

Ред рођења	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Једино дете	16 (6.7%)	25 (17.0%)	41 (10.6%)
Прворођено	103 (42.9%)	63 (42.9%)	166 (42.9%)
Другорођено	113 (47.1%)	44 (29.9%)	157 (40.6%)
Трећорођено	8 (3.3%)	9 (6.1%)	17 (4.4%)
Четворођено	0 (0.0%)	6 (4.1%)	6 (1.6%)

$\chi^2 = 27.221$, $df = 4$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.256$

4.2. КАРАКТЕРИСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

4.2.1. Карактеристике породица према образовном статусу родитеља

Степен образовања очева и мајки значајно је виши у функционалним, у односу на дисфункционалне породице ($\chi^2 (3) = 43.996$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.32$). У функционалним породицама највећи број очева, више од половине (56.3%), је са вишом и високом школом, у односу на трећину (29.3%) из дисфункционалних породица (Табела 9). Највећи број очева из дисфункционалних породица, приближно две трећине, је са средњом стручном спремом. У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат очева је са средњом стручном спремом (68.1%), као и у дисфункционалним породицама са насиљем (67.6%).

Табела 9. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица према образовном статусу очева

Образовни статус очева	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Основно	0 (0.0%)	4 (2.7%)	4 (1.0%)
Средње	93 (38.8%)	100 (68.0%)	193 (49.9%)
Више и високо	135 (56.3%)	43 (29.3%)	178 (46.0%)
Последипломске студије	12 (5.0%)	0 (0.0%)	12 (3.1%)
Укупно	240	147	387

Високо и више образовање присутније је код мајки испитаника из функционалних породица, у односу на мајке из породица са насиљем и алкохолизмом ($\chi^2 (3) = 22.549$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.235$). Највећи број мајки испитаника из дисфункционалних породица, две трећине, има средњу стручну спрему. Звања последипломских студија има 9.2% мајки

из функционалних породица, док овај степен стручне спреме мајки у дисфункционалним породицама није забележен (Табела 10). У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат мајки је са средњом стручном спремом (63.7%), као и у дисфункционалним породицама са насиљем (85.3%).

Табела 4.10. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица према образовном статусу мајке

Образовни статус мајки	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Основно	2 (0.8%)	3 (2.0%)	5 (1.3%)
Средње	121 (50.4%)	101 (68.7%)	222 (57.4%)
Више и високо	95 (39.6%)	43 (29.3%)	138 (35.7%)
Последишломске студије	22 (9.2%)	0 (0.0%)	22(5.7%)
Укупно	240	147	387

4.2.2. Радни и економски статус породица

Незапосленост родитеља је значајно већа у дисфункционалним породицама, у односу на незапосленост родитеља из функционалних породица ($\chi^2 (1) = 63.667$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.377$). Приближно једна трећина очева из дисфункционалних породица је незапослена, у односу на веома мали проценат незапослених очева у функционалним породицама (1.3%) (Табела 11). У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи је проценат запослених очева (78.7%), док је у породицама са насиљем подједнаки проценат запослених и незапослених очева (50.0%).

Табела 4.11. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица према радном статусу очева

Радни статус оца	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Незапослен	3 (1.3%)	41 (27.9%)	44 (11.4%)
Запослен	235 (98.7%)	106 (72.1%)	341 (88.6%)
Укупно	240	142	387

Петина мајки из дисфункционалних породица је незапослена, у односу на 10.0% незапослених мајки из функционалних породица (Табела 12). У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи је проценат запослених мајки (81.4%), као и у породицама са насиљем (76.5%).

Табела 12. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица према радном статусу мајки

Радни статус мајке	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Незапослена	24 (10.0%)	29 (19.7%)	53 (13.7%)
Запослена	216 (90.0%)	118 (80.3%)	334 (86.3%)
Укупно	240	147	387

$\chi^2 = 7.299$, $df = 1$, $p = 0.007^{**}$, $c = 0.136$

4.2.3. Карактеристике породица према материјалном стању

Лоше материјално стање израженије је у дисфункционалним породицама, у односу на материјално стање функционалних породица ($\chi^2 (2) = 96.980$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.448$). Највећи број породица са лошим материјалним условима, приближно једна половина, присутан је у породицама са насиљем, затим са леченим алкохолизмом, а најмањи у функционалним породицама, мање од два процента. Изузетно добро материјално стање двоструко више је присутно у функционалним породицама (Табела 13), у односу на дисфункционалне породице. У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат испитаника процењује своје материјално стање изузетно добрим (51.3%), док највећи проценат испитаника из дисфункционалних породица са насиљем процењује своје материјално стање просечним (52.9%).

Табела 13. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица према материјалном стању

Материјално стање породице	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Лоше	4 (1.7%)	58 (39.5%)	62 (16.0%)
Просечно	196 (81.7%)	76 (51.7%)	272 (70.3%)
Изузетно добро	40 (16.7%)	13 (8.8%)	53 (13.7%)
Укупно	240	147	387

4.2.4. Карактеристике породичних интеракција

4.2.4.1. Квалитет емоционалних односа мајка-дете

Квалитет емоционалних односа мајке и деце се значајно не разликује ($\chi^2 (1) = 2.128$, $p = 0.145$, $c = 0.074$) у функционалним и дисфункционалним породицама. Највећи број испитаника из функционалних и дисфункционалних породица задовољан је

изражавањем љубави мајке у њиховом детињству, односно мајка задржава добре односе са децом у породицама са насиљем и алкохолизмом. Приближно 3% испитаника из дисфункционалних и 1% из функционалних породица није задовољно израженом љубави мајке (Табела 14). У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат испитаника процењује да је мајка изражавала љубав према њима у детињству (98.2%), као и у породицама са насиљем (94.1%).

Табела 14. Квалитет емоционалних односа мајка-дете

Пружање мајчине љубави	Врста породице n (%)		Укупно
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	
Не	2 (0.8%)	4 (2.7%)	6 (1.6%)
Да	238 (99.2%)	143 (97.3%)	381 (98.4%)
Укупно	240	147	387

4.2.4.2. Квалитет емоционалних односа између деце (sibling-односи)

Односи у субсистемима деце дисфункционалних породица су оптерећенији негативним емоцијама ($\chi^2(1) = 14.580$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.201$), у поређењу са односима деце или младих из функционалних породица (Табела 15). Млади из дисфункционалних породица у већем проценту изражавају љубомору према браћи и сестрама, у односу на функционалне породице. Најприсутнији поремећаји између браће и сестара су у породицама са насиљем. У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат испитаника не изражава љубомору према браћи и сестрама (78.8%), као и највећи проценат испитаника из дисфункционалних породица са насиљем (61.8%).

Табела 15. Квалитет емоционалних односа између деце (sibling-односи)

Љубомора према браћи или сестрама	Врста породице n (%)		Укупно
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	
Не	206 (31.2%)	93 (76.2%)	299 (85.9%)
Да	20 (8.8%)	29 (23.8%)	49 (14.1%)
Укупно	240	122	387

4.2.4.3. Квалитет емоционалних односа између мајке и деце (породично утроугљавање)

Присуство породичних троуглова, промена у породичној структури, значајно је различито ($\chi^2(1) = 11.035$, $p = 0.001^{**}$, $c = 0.175$) у функционалним и дисфункционалним породицама. Код петине дисфункционалних породица присутан је

процес триангулације (савез мајке са неким од детета и неједнаки емоционални однос са сваким дететом), у поређењу са двоструко мањим бројем код функционалних породица (Табела 16). У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат испитаника не извештава о неједнаком изражавању мајчине љубави (71.7%), као и мало више од половине испитаника из дисфункционалних породица са насиљем (52.9%).

Табела 16. Квалитет емоционалних односа између мајке и деце (породично утругљавање)

Неједнако изражавање мајчине љубави	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Не	210 (92.9%)	99 (67.3%)	309 (88.8%)
Да	16 (7.1%)	48 (18.9%)	39 (11.2%)
Укупно	240	147	387

4.2.4.4. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце

Млади из функционалних и дисфункционалних породица значајно се разликују ($\chi^2(1) = 62.065$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.373$) у процени степена изражене родитељске љубави према њима. Четвртина младих из дисфункционалних породица сматра да родитељи не изражавају довољно љубави према свој деци у породици. Млади из породица са насиљем су најнезадовољнији степеном изражене родитељске љубави, у односу на младе из других подузорака. У дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом највећи проценат испитаника извештава о недовољном изражавању мајчине љубави (78.8%), слично испитаницима из породица са насиљем (61.7%).

Табела 17. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце

Изражавање родитељске љубави	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Не	235 (99.6%)	110 (74.8%)	345 (90.1%)
Да	1 (0.1%)	37 (25.2%)	38 (9.9%)
Укупно	240	147	387

4.2.4.5. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце)

Млади из дисфункционалних породица су значајно више кажњавани од мајке, у односу на младе из функционалних породица ($\chi^2(1) = 45.649$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.325$), слично понашању очева ($\chi^2(1) = 38.126$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.299$). Петина мајки и очева из

дисфункционалних породица често и без јасног разлога кажњава своју децу, у односу на број родитеља из функционалних породица (Табела 18 и Табела 19).

Табела 18. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце од мајке)

Кажњавање од мајке	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Не	239 (99.6%)	119 (81.0%)	358 (92.5%)
Да	1 (0.4%)	28 (19.0%)	29 (7.5%)
Укупно	240	147	387

Табела 19. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце од оца)

Кажњавање од оца	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Не	236 (98.3%)	118 (80.3%)	354 (91.5%)
Да	4 (1.7%)	29 (19.7%)	33 (8.5%)
Укупно	240	147	387

4.2.4.6. Квалитет емоционалних односа у брачној дијади (између родитеља)

Поремећаји односа у брачној дијади, присуство различитих облика насиља и проблеми комуникације, значајно су израженији у дисфункционалним породицама, у односу на дисфункционалне породице ($\chi^2(3) = 323.323$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.675$). Више од половине дисфункционалних породица одликује поремећај емоционалних односа између супружника у облику: вербалног (57.1%), физичког насиља (23.8%) и прекида комуникације (8.2%). Утврђено је велико присуство свађа (64.6%) у дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом, физичког насиља 10.6%, прекида комуникације 10.6%, док (14.2%) извештава о складним односима у брачној дијади. У породицама са насиљем, присутно је у већој мери физичко насиље (67.6%) и свађе (32.4%). Складни односи у дисфункционалним породицама са насиљем нису присутни.

Табела 20. Квалитет емоционалних односа у брачној дијади (између родитеља)

Односи између родитеља	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Складни, без већих сукоба	240 (100.0%)	16 (10.9%)	256 (66.1%)
Свађе	0 (0.0%)	84 (57.1%)	84 (21.7%)
Свађе и туче	0 (0.0%)	35 (23.8%)	35 (9.0%)
Хладни	0 (0.0%)	12 (8.2%)	12 (3.1%)
Укупно	240	147	387

4.2.5. Последице породичног алкохолизма и насиља

Последице породичног алкохолизма и насиља на емоционалне односе, материјално стање, школско постигнуће и психичке проблеме младих нису значајно различите ($\chi^2(4) = 3.512$, $p = 0.476$, $c = 0.158$). Највећи број младих из дисфункционалних породица наводи вишеструке последице породичне дисфункционалности (Табела 21). Поремећај комуникације и лоши породични односи су најприсутније негативне последице породичног насиља и алкохолизма.

Табела 21. Последице породичног алкохолизма и насиља на емоционалне односе, материјално стање, школско постигнуће и психичке проблеме младих

Последице породичног алкохолизма и насиља	Врста дисфункционалне породице n (%)		
	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	Укупно
Лоши породични односи	34 (30.1%)	6 (25.0%)	40 (29.2%)
Лоше материјално стање	18 (15.9%)	4 (16.7%)	22 (16.1%)
Проблеми у учењу	14 (12.4%)	1 (4.2%)	15 (10.9%)
Више одговора	43 (38.1%)	13 (54.2%)	56 (40.9%)
Психички проблеми	4 (3.5%)	0 (.0%)	4 (2.9%)
Укупно	113	34	137

Забринутост младих за породичне односе је значајно присутнија у дисфункционалним у односу на функционалне породице ($\chi^2(2) = 307.258$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.665$). Сви млади из породица са насиљем и преко осамдесет посто младих из породица са алкохолизмом имају изражену бригу за породичне односе.

Табела 22. Брига младих за породичне односе

Брига за породичне односе	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Не	238 (99.2%)	19 (12.9%)	257 (66.4%)
Да	2 (0.8%)	128 (87.1%)	130 (33.6%)
Укупно	240	147	387

4.2.6. Улоге и дистрибуције ауторитета

4.2.6.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица у остваривању улоге образовања деце (адаптабилност)

Остваривање улоге родитеља у образовању деце и младих значајно се разликује у функционалним и дисфункционалним породицама ($\chi^2(5) = 27.389$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.257$). Заједничко остваривање улоге образовања родитеља присутна је код половине свих породица. Искључиво остваривање улоге образовања деце и младих од стране мајки присутније је у дисфункционалним породицама. У дисфункционалним породицама половина мајки има искључиву улогу у образовању деце. Утврђено је велико присуство оба родитеља у образовању деце у дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом (46.0%) и насиљем (35.3%). Искључива улога мајке у образовању деце присутна је у половини породица са алкохолизмом (45.1%) и трећини породица са насиљем (32,4%).

Табела 23. Карактеристике функционалних и дисфункционалних у остваривању улоге образовања деце (адаптабилност)

Улога образовања деце	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Искључиво отац	46 (19.2%)	9 (6.1%)	55 (14.2%)
Искључиво мајка	62 (25.8%)	62 (42.2%)	124 (32.0%)
Обоје	120 (50.0%)	64 (43.5%)	184 (47.5%)
Брат или сестра	8 (3.3%)	10 (6.8%)	18 (4.7%)
Родбина	4 (1.7%)	0 (0.0%)	4 (1.0%)
Нико	0 (0.0%)	2 (1.4%)	2 (0.5%)
Укупно	240	147	387

4.2.6.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица у дистрибуцији ауторитета (одлучивање у породици)

Дистрибуција ауторитета, улога одлучивања, значајно се разликује у функционалним и дисфункционалним породицама ($\chi^2(5) = 87.471$, $p = 0.000^{**}$, $c =$

0.429). У функционалним породицама је доминантно заједничко одлучивање оба родитеља. Улогу одлучивања у дисфункционалним породицама, преузима мајка, у петини породица. У породицама са леченим алкохолизмом, је поред заједничког одлучивања најприсутније одлучивање мајке и деце, што указује да је и промена улоге одлучивања узрок појаве триангулације у дисфункционалним породицама. Најприсутнији облик одлучивања у породицама са насиљем је искључиво улога мајке, приближно код једне трећине. Потпуни поремећај комуникације и договора у одлучивању између чланова породице присутан је код једне десетине дисфункционалних породица.

Табела 24. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица у дистрибуцији ауторитета (одлучивање у породици)

Одлучивање у породици	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Отац	28 (11.7%)	20 (13.6%)	48 (12.4%)
Мајка	8 (3.3%)	28 (19.0%)	36 (9.3%)
Обоје	204 (85.0%)	71 (48.3%)	275 (71.1%)
Неко трећи	0 (.0%)	1 (.7%)	1 (.3%)
Мајка и деца	0 (.0%)	12 (8.2%)	12 (3.1%)
Свако за себе	0 (.0%)	15 (10.2%)	15 (3.9%)
Укупно	240	147	387

4.2.7. Границе породичних система (отвореност/затвореност) функционалних и дисфункционалних породица

Затвореност граница породичног система значајно је присутнија у дисфункционалним, у односу на функционалне породице ($\chi^2 (2) = 83.371$, $p = 0.000$, $c = 0.419$). У функционалним породицама две трећине породица има отворене границе свог система за дружење са другим породицама, за разлику од дисфункционалних породица, код којих се код две трећине породица затвара за комуникацију са другим системима (Табела 25). У породицама са леченим алкохолизмом, највећи проценат породица се ретко дружи са другима (61.9%), 32.7% се често дружи, док се 5.31% не дружи са другим породицама. У породицама са насиљем, највећи проценат испитаника се ретко дружи са другим породицама (61.8%), 29.4% се често дружи, док се 8.8% не дружи уопште.

Табела 25. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица у отворености/затворености система

Породично дружење	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Не	0 (.0%)	9 (6.1%)	9 (2.3%)
Често	185 (77.1%)	47 (32.0%)	232 (59.9%)
Ретко	55 (22.9%)	91 (61.9%)	146 (37.7%)
Укупно	240	147	387

4.2.8. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке

Дисконтинуирана одвојеност деце од мајке значајно је присутнија у дисфункционалним породицама ($\chi^2(1) = 11.552$, $p = 0.001$, $c = 0.170$). Дисфункционалност породичног система је повезана са повременим напуштањем деце од стране мајке код трећине породица са насиљем и алкохолизмом, у временском периоду од неколико дана до неколико недеља. У породицама са алкохолизмом је најприсутније одвајање деце од мајке неколико недеља, а у породицама са насиљем од неколико дана до неколико месеци (Табела 26, Табела 27).

Табела 26. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке

Одвајање од мајке	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Никад	187 (77.9%)	91 (61.9%)	278 (71.8%)
Повремено	53 (22.1%)	56 (38.1%)	109 (28.2%)
Укупно	240	147	387

Табела 27. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке (временска дужина одвојености од мајке)

Временска дужина одвајања од мајке	Врста породице n (%)		
	Функционалне п.	Дисфункционалне п.	Укупно
Неколико дана	32 (58.2%)	15 (23.8%)	47 (12.1%)
Неколико недеља	18 (32.7%)	43 (29.3%)	61 (15.7%)
Неколико месеци	2 (3.6%)	3 (2.1%)	5 (1.3%)
Годину и више	3 (5.5%)	2 (1.4%)	5 (1.3%)
Укупно	240	147	387

Најчећи разлози за повремено одвајање деце од мајке у дисфункционалним породицама су економске природе и органска болест. У породицама са насиљем најчешћи разлог одвајања деце од мајке је органска болест код трећине породица (Табела 28).

Табела 28. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке (узроци одвојености од мајке)

Узрок одвајања од мајке	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Органска болест	24 (43.6%)	38 (25.6%)	62 (16.1%)
Економски разлози	11 (20.0%)	19 (30.2%)	30 (25.4%)
Због посла	20 (36.4%)	6 (9.5%)	26 (22.0%)
Укупно	240	147	387

4.2.9. Укључивање стручњака ради успостављања личне хомеостазе

Помоћ стручњака у успостављању хомеостазе у функционисању младих је значајно израженија код младих из дисфункционалних породица, у односу на потребу за стручном помоћи младих из функционалних породица ($\chi^2(6) = 238.389$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.617$). Највећи проценат испитаника у породицама са леченим алкохолизмом никада не тражи помоћ стручњака (82.3%), 10.6% иде код психолога, 5.3% код психијатра, док 1.7% користи помоћ и психолога и психијатра истовремено. У дисфункционалним породицама са насиљем, највећи проценат испитаника тражи помоћ психолога (88.2%), 5.8% иде код психијатра, 2.9% никада не тражи помоћ стручњака, док 2.9% испитаника користе помоћ и психолога и психијатра истовремено (Табела 29).

Табела 29. Укључивање стручњака ради успостављања личне хомеостазе

Помоћ стручњака	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Никада	236 (98.3%)	94 (63.9%)	330(85.3%)
Психолога	4 (1.7%)	32 (21.8%)	36 (9.3%)
Психијатра	0 (0.0%)	8 (5.4%)	8 (2.1%)
Психолога и психијатра	0 (0.0%)	3 (2.0%)	3 (0.7%)
Укупно	240	147	387

4.2.10. Присутност породичне психопатологије у функционалним и дисфункционалним породицама

Функционалне и дисфункционалне породице се значајно разликују у присуству породичне патологије (Табела 30). У породицама са алкохолизмом и насиљем, четвртина очева има неку врсту психичких сметњи, знатно више од присуства психопатологије мајки. Највећи проценат испитаника у породицама са леченим алкохолизмом има очеве са психичким сметњама (23.0%), затим мајке са психичким сметњама (5.3%) и изражен породични криминалитет (1.8%). У дисфункционалним породицама са насиљем, највећи проценат испитаника има очеве са психичким сметњама (25.5%), затим изражен породични криминалитет (8.8%) и мајке са психичким сметњама (5.9%).

Табела 30. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица у присутности породичне психопатологије

Породична психопатологија	Врста породице n (%)		
	Функционалне n.	Дисфункционалне n.	Укупно
Психичке сметње мајке	0 (.0%)	8 (5.4%)	8 (2.1%)
	$\chi^2 = 13.379$, $df = 2$, $p = .001^{**}$, $c = .183^{\dagger}$		
Психичке сметње оца	0 (.0%)	35 (23.8%)	35 (9.0%)
	$\chi^2 = 63.712$, $df = 2$, $p = .000^{**}$, $c = .374^{\dagger}$		
Породични криминалитет	0 (.0%)	5 (3.4%)	5 (1.3%)
	$\chi^2 = 18.467$, $df = 2$, $p = .000^{**}$, $c = .213^{\dagger}$		
Укупно	240	147	387

4.3. ПОРОДИЧНЕ ДИМЕНЗИЈЕ: КОХЕЗИВНОСТ И АДАПТАБИЛНОСТ У ФУНКЦИОНАЛНИМ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИМ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦАМА

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста (Табела 31), види се да дистрибуција скорова испитаника на скалама Кохезивности и Адаптабилности, статистички значајно одступа од нормалне. Због утврђеног одступања од нормалне расподеле скорова на овим скалама, за проверу и тестирање хипотеза о разликама у изражености мерених димензија с обзиром на социо-демографске варијабле коришћени су непараметријски тестови значајности разлика Мен-Витнијев и Крускал-Волисов тест (*Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis*). За утврђивање разлика у изражености мерених димензија између функционалних и дисфункционалних породица коришћена је Анализа варијансе.

Табела 31. Нормалност дистрибуција скорова на скалама породичних димензија

Варијабле	Kolmogorov-Smirnov Z	p	N
Кохезивност	2.75	.000**	387
Адаптабилност	1.68	.007**	387

** p < 0.01

4.3.1. Кохезивност у функционалним и дисфункционалним породицама

Породична димензија кохезивност значајно је израженија у функционалним породицама ($F(386) = 61.975$, $p = .000$). Најмања кохезивност између чланова породице присутна је у породицама са насиљем.

Табела 32. Степен кохезивности између чланова породице

Породична димензија		Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н
Кохезивност	AS	41.050	36.027	38.115	29.088
	SD	4.314	8.208	6.531	1.616

У породицама са леченим алкохолизмом високо развијена кохезивност двоструко је већа, у односу на породице са насиљем ($\chi^2(6) = 126,191$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.496$). Умерена кохезивност или одвојеност између чланова породице је изражена код трећине породица са насиљем (Табела 33).

Табела 33. Породична кохезивност, изражена у категоријама

Кохезивност	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Ниска, разједињена	0 (.0%)	0 (.0%)	2 (5.88%)
Умерена, одвојена	1 (.4%)	2 (1.76%)	11 (32.35%)
Развијена, повезана	62 (25.8%)	45 (39.82%)	14 (41.17%)
Висока, испреплетена	177 (73.8%)	66 (58.41%)	7 (20.58%)
Укупно	240	113	34

4.3.2. Адаптабилност у функционалним и дисфункционалним породицама

Породична димензија адаптабилност значајно је израженија у функционалним породицама, у поређењу са дисфункционалним породицама ($F(386) = 15.376$, $p = .001$). Димензија адаптабилност најмање је изражена у породицама са насиљем (Табела 34).

Табела 34. Степен адаптабилности између чланова породице

Породична димензија		Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ПА	Дис.п./Н
Адаптабилност	AS	29.887	30.034	31.044	26.667
	SD	5.388	7.192	7.103	6.521

У функционалним породицама је најприсутнија адаптабилност категорије развијена – структурирана, а најмање висока. Код приближно половине породица са насиљем је присутна најмање развијена категорија адаптабилности, умерена ($\chi^2(4) = 24.319$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.243$, Табела 35).

Табела 35. Породична адаптабилност, изражена у категоријама

Адаптабилност	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Умерена	44 (18.3%)	22 (19.46%)	15 (44.12%)
Развијена, структурирана	178 (74.2%)	69 (61.1%)	15 (44.12%)
Висока	18 (7.5%)	22 (19.46%)	4 (11.8%)
Укупно	240	113	34

4.3.3. Разлике у породичним димензијама с обзиром на социо-демографске варијабле

У наредном делу су утврђиване разлике у изражености породичних димензија с обзиром на социо-демографске варијабле унутар сваке од врста породица. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p = .000$) и Адаптабилности ($p = .007$), с обзиром на пол младих у функционалним породицама, при чему девојке у поређењу са младићима имају виши просечни ранг на димензијама Кохезивности и Адаптабилности (Табела 36).

Табела 36. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на пол

Породичне димензије	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	Z= -3.486**	Z= -1.376	Z= -.760
Адаптабилност	Z= -4.399**	Z= -.306	Z= -.778

Z - Mann-Whitney U test, ** $p \leq 0.01$

Добијени резултати показали су да не постоје статистички значајне разлике у изражености породичних димензија кохезивности ($p = .176$) и адаптабилности ($p = .986$), у оквиру врста породица, с обзиром на стручну спрему оца (Табела 37).

Табела 37. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на стручну спрему оца

Породичне димензије	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$c^2=3.469$	Z= -.804	$c^2=1.385$
Адаптабилност	$c^2=.028$	Z= -.457	$c^2=.230$

c^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, Z - Mann-Whitney U test

Нису утврђене ни статистички значајне разлике у изражености породичних димензија кохезивности ($p = .527$) и адаптабилности ($p = .077$), с обзиром на стручну спрему мајке (Табела 38).

Табела 38. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на стручну спрему мајке

Породичне димензије	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$\chi^2=2.226$	$Z= -.144$	$\chi^2=1.048$
Адаптабилност	$\chi^2=6.847$	$Z= -1.078$	$\chi^2=.505$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, Z - Mann-Whitney U test

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Адаптабилности, с обзиром на радни однос очева младих у дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом (Табела 39). Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чији су очеви незапослени, у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензији Адаптабилности.

Табела 39. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на радни однос очева

Породичне димензије	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$Z= -.114$	$Z= -.539$	$Z= -1.586$
Адаптабилност	$Z= -.995$	$Z= -2.190^*$	$Z= -.828$

Z - Mann-Whitney U test; * $p \leq 0.05$

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензије Кохезивности ($p = .048$), с обзиром на радни однос мајки младих у дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом (Табела 40). Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији Кохезивности.

Табела 40. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на радни однос мајки

Породичне димензије	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$Z= -.712$	$Z= -1.977^*$	$Z= -.549$
Адаптабилност	$Z= -.242$	$Z= -.829$	$Z= -.570$

Z - Mann-Whitney U test; * $p \leq 0.05$

Добијени резултати показали су да постоје статистички значајне разлике у изражености димензије Кохезивности ($p = .042$), с обзиром на материјално стање родитеља младих у функционалним породицама (Табела 41). Утврђене су и значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p = .006$) и Адаптабилности ($p = .000$)

с обзиром на материјално стање родитеља у дисфункционалним породицама са леченим алкохолизмом, при чему млади који процењују материјално стање лошим, имају више просечне рангове на димензији Адаптабилности.

Табела 41. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на материјално стање родитеља

Породичне димензије	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$\chi^2=6.336^*$	$\chi^2=10.193^{**}$	$\chi^2=1.904$
Адаптабилност	$\chi^2=0.261$	$\chi^2=27.861^{**}$	$\chi^2=3.082$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

Резултати су показали да постоје статистички значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p=.000$) и Адаптабилности ($p=.002$) с обзиром на ред рођења младих у дисфункционалним породицама са алкохолизмом, при чему прворођени млади, у поређењу са другорођенима, имају виши просечни ранг (Табела 42).

Табела 42. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на ред рођења

Породичне димензије	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$\chi^2=3.257$	$\chi^2=20.485^{**}$	$\chi^2=4.691$
Адаптабилност	$\chi^2=5.235$	$\chi^2=17.391^{**}$	$\chi^2=.898$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, ** $p \leq 0.01$

4.4. УСПЕХ И ПРОБЛЕМИ У УЧЕЊУ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста се види да дистрибуција скорова испитаника на скалама успеха у школи, оправданих изостанака и неоправданих изостанака, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 43).

Табела 43. Нормалност дистрибуција скорова на скалама успеха у школи и проблемима у учењу

Варијабле	Kolmogorov-Smirnov Z	p	N
Успех у учењу	5.06	.000**	387
Оправдани изостанци	3.69	.000**	317
Неоправдани изостанци	4.32	.000**	267

** $p \leq 0.01$

Утврђене су статистички значајне разлике у погледу школског успеха ($F(385) = 35.949$, $p=.000$), оправданих изостанака ($F(315) = 78.644$, $p=.000$) и неоправданих изостанака ($F(265) = 83.365$, $p = .000$) између испитаника из функционалних,

дифункционалних са насиљем и дисфункционалних породица са алкохолизмом (Табела 44).

Табела 44. Школско постигнуће и изостајање младих

Варијабле	AS/SD	Фун. п.	Дис.п./ПА	Дис.п./Н
Школски успех	AS	4.34	3.25	3.26
	SD	0.83	1.46	0.86
Оправдани изостанци	AS	16.04	51.39	54.91
	SD	11.52	31.22	37.52
Неоправдани изостанци	AS	2.13	7.92	15.00
	SD	1.33	8.22	7.60

Најбољи школски успех имају млади из функционалних породица, док најслабији имају млади из дисфункционалних породица са насиљем (Табела 45). Највише оправданих и неоправданих изостанака из школе имају млади из породица са насиљем, просечно више од десет дана. Велики број неоправданих изостанака младих из дисфункционалних породица представља основу за изрицање васпитно-дисциплинских мера.

Табела 45. Појединачне значајне разлике између група (*Post Hoc Test*)

Варијабла	(I) <i>Врста породице</i>	(J) <i>Врста породице</i>	разлика између AS (I-J)	p
Успех	<i>Функционална п.</i>	<i>Дисфункционална - насиље</i>	1.123	.000**
		<i>Дисфункционална – лечени алкохолизам</i>	.865	.000**
Оправдани изостанци	<i>Дисфункционална - насиље</i>	<i>Функционална п.</i>	38.872	.000**
		<i>Функционална п.</i>	35.347	.000**
Неоправдани изостанци	<i>Дисфункционална - насиље</i>	<i>Функционална п.</i>	12.866	.000**
		<i>Дисфункционална – лечени алкохолизам</i>	7.077	.000**
		<i>Функционална п.</i>	5.789	.000**

Најчешћи успех младих из функционалних породица је одличан, врло добар успех код младих из породица са леченим алкохолизмом и добар код младих из породица са насиљем. Најбољи, одлични, општи успех у школи, постигло је више од половине младих из функционалних породица, а најмање млади из породица са насиљем. Највећи број недовољних ученика, једна петина, је из породица са леченим алкохолизмом (Табела 46).

Табела 46. Општи школски успех младих

Успех ученика	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Недовољан	6 (2.5%)	23 (20.4%)	0 (0.0%)
Довољан	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (17.7%)
Добар	17 (7.1%)	21 (18.6%)	16 (47.1%)
Врло добар	89 (37.1%)	33 (29.2%)	9 (26.45%)
Одличан	128 (53.3%)	36 (31.9%)	3 (8.8%)
Укупно	240	113	34

$$\chi^2 = 55.409, df = 6, p = 0.000^{**}, c = 0.354$$

4.4.1. Проблеми у учењу младих

Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, имају значајно више проблема у учењу, у односу на изражене тешкоће у савладавању градива младих из функционалних породица (Табела 47).

Табела 47. Проблеми у учењу младих

Проблеми у учењу	Врста породице п (%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Проблеми пажње	67 (27.9%)	95 (64.6%)	69 (61.1%)	26 (76.5%)	162 (41.9%)
	$\chi^2 = 50.477, df = 1, p = .000^{**}, c = 0.34^{\ddagger}$				
Проблеми памћења	13 (5.4%)	69 (46.9%)	49 (43.4%)	20 (58.8%)	82 (21.2%)
	$\chi^2 = 97.862, df = 2, p = .000^{**}, c = 0.45^{\ddagger}$				
Незаинтересованост за школу	33 (13.%)	50 (34.0%)	38 (33.6%)	12 (35.3%)	83 (21.4%)
	$\chi^2 = 22.262, df = 2, p = .000^{**}, c = .233^{\ddagger}$				
Тешкоће у савладавању градива	36 (15.0%)	66 (44.9%)	50 (44.2%)	16 (47.1%)	102 (26.4%)
	$\chi^2 = 42.090, df = 2, p = .000^{**}, c = .320^{\ddagger}$				
Школски страхови	16 (6.7%)	40(27.2%)	28 (24.8%)	12 (35.3%)	56 (14.5%)
	$\chi^2 = 33.424, df = 2, p = .000^{**}, c = .282^{\ddagger}$				
Забринутост за школске обавезе	57 (23.8%)	57 (38.8%)	43 (38.1%)	14 (41.2%)	114 (29.5%)
	$\chi^2 = 10.027, df = 2, p = .007^{**}, c = .167^{\ddagger}$				
Више напора у савладавању градива	13 (5.4%)	47 (32.0%)	35 (31.0%)	12 (35.3%)	60 (15.5%)
	$\chi^2 = 49.449, df = 2, p = .000^{**}, c = .337^{\ddagger}$				
Укупно	240	147	113	34	387

Повезаност врсте породице и изражених проблема у учењу младих из дисфункционалних породица, средње вредности, је у проблемима запамћивања,

тешкоћама у одржавању пажње и улагања већег напора да се савлада градиво. Највеће тешкоће у одржавању пажње су изражене код две трећине младих из породица са насиљем. Трећина младих из породица са насиљем и алкохолизмом има изражене страхове од школе и незаинтересованост за школу и школска постигнућа. Недостатак сигурности у савладавању градива има приближно половина младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом (Табела 47).

4.4.2. Разлике успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на социо-демографске варијабле

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија оправдани часови ($Z = -2.191$, $p = .028$) и неоправдани часови ($Z = -3.568$, $p = .000$), с обзиром на пол младих из функционалних породица, при чему младићи, у поређењу са девојкама, имају више оправданих и неоправданих часова у школи (Табела 48). Нађене су статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($Z = -2.145$, $p = .028$), с обзиром на пол младих и из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, при чему девојке имају више оправданих часова у школи. Добијени резултати показују статистички значајне разлике у изражености димензије неоправдани часови ($Z = -2.178$, $p = .030$), с обзиром на пол младих из дисфункционалних породица са насиљем, при чему младићи, у поређењу са девојкама, имају више неоправданих часова у школи.

Табела 48. Разлике у успеху у школи и проблемима у учењу с обзиром на пол

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$Z = -1.863$	$Z = -1.543$	$Z = -1.737$
Оправдани изостанци	$Z = -2.191^*$	$Z = -2.145^*$	$Z = -1.451$
Неоправдани изостанци	$Z = -3.568^{**}$	$Z = -.160$	$Z = -2.178^*$

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($\chi^2 = 11.226$, $p = .004$) и неоправдани часови ($\chi^2 = 6.740$, $p = .034$) с обзиром на стручну спрему оца младих из функционалних породица (Табела 49). Млади из функционалних породица чији очеви имају завршену вишу и високу стручну спрему школу, у поређењу са младима чији очеви имају средњу школу, постижу веће рангове на димензији успех у школи.

Табела 49. Разлике у успеху у школи и проблемима у учењу с обзиром на стручну спрему оца младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$c^2=11.226^{**}$	$Z= -.038$	$c^2=1.559$
Оправдани изостанци	$c^2=.749$	$Z= -.521$	$c^2=3.476$
Неоправдани изостанци	$c^2=6.740^*$	$Z= -.897$	$c^2=.150$

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије успех у школи ($c^2 = 9.102$, $p = .028$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 50). Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($Z = -2.498$, $p = .019$) између младих из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије мајке имају завршену средњу школу и оних чије мајке имају вишу и високу стручну спрему, при чему млади чије мајке имају вишу и високу школу, имају виши просечни ранг на димензији оправдани часови. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије успех у школи ($c^2 = 10.531$, $p = .005$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије мајке имају средњу школу, у поређењу са младима чије мајке имају завршену основну школу, имају виши просечни ранг на димензији успех у школи.

Табела 50. Разлике у успеху у школи и проблемима у учењу с обзиром на стручну спрему мајке младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$c^2=9.102^*$	$Z= -.645$	$c^2=10.531^{**}$
Оправдани изостанци	$c^2=2.568$	$Z= -2.498^*$	$c^2=.304$
Неоправдани изостанци	$c^2=5.920$	$Z= -.505$	$c^2=4.081$

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($Z = -3.819$, $p = .000$) и оправдани часови ($Z = -4.011$, $p = .000$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чији су очеви незапослени, у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензији оправдани часови, док млади чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на димензији успех у школи. Утврђене су и статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($Z = -2.294$, $p = .022$) с обзиром на радни однос очева младих из

дисфункционалних породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем чији су очеви незапослени, у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензији оправдани часови.

Табела 51. Разлике у степену изражености успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на радни однос оца младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	Z= -.571	Z= -3.819**	Z= -.756
Оправдани изостанци	Z= -.265	Z= -4.011**	Z= -2.294*
Неоправдани изостанци	Z= -1.111	Z= -1.939	Z= -1.640

Z - Mann-Whitney U test, ** p ≤ 0.01, * p ≤ 0.05

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије неоправдани часови (Z= -4.307, p = .000) с обзиром на радни однос мајки младих из функционалних породица (Табела 53). Млади из функционалних породица чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензији неоправдани часови. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови (Z = -2.798, p = .005) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензији оправдани часови. Утврђене су статистички значајне разлике и у изражености димензије успех у школи (Z= -2.957, p = .003) с обзиром на радни однос мајки младих из породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије су мајке запослене у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији успеха у школи.

Табела 52. Разлике у успеху у школи и проблемима у учењу с обзиром на радни однос мајке младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	Z= -.205	Z= -1.433	Z= -2.957**
Оправдани изостанци	Z= -.462	Z= -2.798**	Z= -1.139
Неоправдани изостанци	Z= -4.307**	Z= -.561	Z= -.712

Z - Mann-Whitney U test, ** p ≤ 0.01, * p ≤ 0.05

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензије успех у школи ($c^2 = 12.612$, p = .003) с обзиром на материјално стање родитеља младих из функционалних породица (Табела 53). С обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом,

результати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($c^2 = 36.931$, $p = .000$), оправдани часови ($c^2 = 12.987$, $p = .002$) и неоправдани часови ($c^2 = 15.898$, $p = .000$). Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом који процењују материјално стање лошим имају више просечне рангове на димензијама оправданих и неоправданих часова, док млади који процењују материјално стање просечним, имају виши просечни ранг на димензији успех у школи.

Табела 53. Разлике у успеху у школи и проблемима у учењу с обзиром на материјално стање родитеља младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$c^2=12.612^{**}$	$c^2=36.931^{**}$	$c^2=1.252$
Оправдани изостанци	$c^2=3.437$	$c^2=12.987^{**}$	$c^2=.747$
Неоправдани изостанци	$c^2=4.022$	$c^2=15.898^{**}$	$c^2=3.538$

** $p \leq 0.01$;

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($c^2 = 30.262$, $p = .000$), оправдани часови ($c^2 = 33.370$, $p = .000$) и неоправдани часови ($c^2 = 20.708$, $p = .000$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом (Табела 54). Другорођени млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, у поређењу са прворођенима, имају више оправданих часова. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($c^2 = 13.148$, $p = .004$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са насиљем.

Табела 54. Разлике у успеху у школи и проблемима у учењу с обзиром на ред рођења младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$c^2=5.101$	$c^2=30.262^{**}$	$c^2=0.497$
Оправдани изостанци	$c^2=4.376$	$c^2=33.370^{**}$	$c^2=13.148^{**}$
Неоправдани изостанци	$c^2=2.950$	$c^2=20.708^{**}$	$c^2=2.665$

** $p \leq 0.01$

4.5. ПСИХОСОЦИЈАЛНИ РАЗВОЈ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

4.5.1. КОНАТИВНЕ ДИМЕНЗИЈЕ ЛИЧНОСТИ МЛАДИХ

Резултати Колмогоров-Смирнов теста показали су да дистрибуција скорова испитаника на већини скала, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 55).

Табела 55. Нормалност дистрибуција скорова на скалама КОН-6

Варијабле	Kolmogorov Smirnov Z	p	N
Епсилон	1.15	.143	387
Хи	3.16	.000**	387
Алфа	1.68	.007**	387
Сигма	1.64	.009**	387
Делта	3.62	.000**	387
Ета	2.42	.000**	387

** p ≤ 0.01

Утврђене су статистички значајне разлике у погледу изражености свих димензија, осим Епсилон, између испитаника из функционалних, дисфункционалних са насиљем и дисфункционалних породица са алкохолизмом (Табела 56 и Табела 57). Највеће просечне вредности на свим конативним димензијама личности добијене су у функционисању младих из породица са насиљем. Млади из функционалних породица имају најизраженију димензију активитета. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, у поређењу са младима из функционалних породица, имају веће скорове на конативним димензијама личности.

Табела 56. Израженост конативних димензија младих

Врста породице		Епсилон	Хи	Алфа	Сигма	Делта	Ета
Функционална	AS	112.86	47.05	69.91	82.81	41.92	54.52
	SD	14.38	11.35	18.17	12.21	9.77	13.26
Дисфункционална лечени алкохолизам	AS	111.88	62.90	85.73	98.78	55.47	65.75
	SD	14.97	21.27	26.19	16.73	19.90	17.71
Дисфункционална насиље	AS	115.91	72.06	94.44	99.97	70.68	77.47
	SD	17.14	26.06	24.04	18.12	26.49	23.45

Табела 57. Разлика у конативним димензијама младих

Димензије	F [†]	df	p
Епсилон	.967	2, 384	.381
Хи	58.490	2, 384	.000**
Алфа	34.037	2, 384	.000**
Сигма	59.406	2, 384	.000**
Делта	69.300	2, 384	.000**
Ета	42.932	2, 384	.000**

**p ≤ 0.01

Post Hoc анализа показује да млади из породица са насиљем, у поређењу са младима из остале две групе, постижу веће скорове у: димензији Регулатора органских - психосоматских реакција, Систему за координацију регулативних функција, дисоцијативним реакцијама и Систему за интеграцију регулативних функција, социјалној неадаптираности (Табела 58). Утврђено је да млади из породица са алкохолизмом, у поређењу са младима из функционалних породица, постижу веће скорове у: димензији Регулатора органских - психосоматских реакција, регулацији одбране и напада, координацији регулаторних функција и интеграцији регулаторних функција.

Табела 58. Појединачне значајне разлике између група младих из функционалних и дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом (*Post Hoc test*)

Конативне димензије	(I) Врста породице	(J) Врста породице	Разлика између AS (I-J)	p
Хи	<i>Насиље у породици</i>	<i>Функционална</i>	25.009	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	9.156	.005**
Алфа	<i>Лечени алкохолизам</i>	<i>Функционална</i>	15.853	.000**
		<i>Функционална</i>	24.529	.000**
	<i>Насиље у породици</i>	<i>Лечени алкохолизам</i>	8.707	.038*
		<i>Функционална</i>	15.822	.000**
Сигма	<i>Насиље у породици</i>	<i>Функционална</i>	17.158	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	1.192	.669
	<i>Лечени алкохолизам</i>	<i>Функционална</i>	15.966	.000**
Делта	<i>Насиље у породици</i>	<i>Функционална</i>	28.760	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	15.207	.000**
	<i>Лечени алкохолизам</i>	<i>Функционална</i>	13.552	.000**
Ета	<i>Насиље у породици</i>	<i>Функционална</i>	22.950	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	11.718	.000**
	<i>Лечени алкохолизам</i>	<i>Функционална</i>	11.231	.000**

4.5.2. Категорије Регулатора активитета (Епсилон) - димензија: екстраверзија - интроверзија младих

Патолошко функционисање димензије активитета највише је присутно код младих из породица са насиљем ($\chi^2(8) = 248.650$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.263$), у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом и функционалних породица. Приближно једна десетина младих (8.8%) из породица са насиљем има патолошко функционисање димензије активитета (Табела 59).

Табела 59. Категорије Регулатора активитета (Епсилон) - димензија: екстраверзија - интроверзија младих

Епсилон	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Супериорно функционисање	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Надпросечно функционисање	4 (1.7%)	10 (8.8%)	3 (8.8%)
Просечно функционисање	133 (55.4%)	50 (44.2%)	11 (32.4%)
Испод просечно функционисање	97 (40.4%)	53 (46.9%)	17 (50.0%)
Патолошко функционисање	4 (1.7%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)
Укупно	240	113	34

4.5.3. Категорије органских функција (Хи)-димензија: психосоматских реакција младих

Највећи број младих из породица са насиљем (8.8%) има патолошко функционисање психосоматских реакција, које у одређеним условима води ка развоју симптома (Табела 60). Добијена је умерена повезаност припадности породице и поремећаја органског функционисања ($\chi^2(8) = 105.869$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.463$).

Табела 60. Категорије органских функција (Хи)-димензија: психосоматских реакција младих

Хи	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Супериорно функционисање	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Надпросечно функционисање	85 (35.4%)	10 (8.8%)	3 (0.8%)
Просечно функционисање	132 (55.0%)	50 (44.2%)	11 (32.4%)
Испод просечно функционисање	19 (7.9%)	53 (46.9%)	17 (50.0%)
Патолошко функционисање	2 (0.8%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)
Укупно	240	113	34

4.5.4. Категорије Регулатора реакција одбране (Алфа)-димензија: анксиозност младих

Утврђена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и димензије одбране ($\chi^2(8) = 90.295$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.435$), која указује на то да је димензија одбране израженија код младих из дисфункционалних породица. Половина младих из функционалних породица има просечно функционисање димензије реакција одбране или анксиозности. Патолошка анксиозност је изражена код четвртине младих из дисфункционалних породица, породица са алкохолизмом и насиљем (Табела 61).

Табела 61. Категорије Регулатора реакција одбране (Алфа)-димензија: анксиозност младих

Алфа	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Супериорно функционисање	26 (10.8%)	4 (3.5%)	0 (0.0%)
Надпросечно функционисање	73 (30.4%)	30 (26.5%)	4 (11.8%)
Просечно функционисање	116 (48.3%)	28 (24.8%)	11 (32.4%)
Испод просечно функционисање	23 (9.6%)	22 (19.5%)	11 (32.4%)
Патолошко функционисање	2 (0.8%)	29 (25.7%)	8 (23.5%)
Укупно	240	113	34

4.5.5. Категорије Регулатора реакција напада (Сигма) - димензија: агресивност - неагресивност младих

Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом имају израженију димензију агресивност, у односу на младе из функционалних породица (Табела 62). Петина младих из породица са насиљем и алкохолизмом има патолошко функционисање димензије одбране или патолошку агресивност. Утврђена је статистички значајна и умерена повезаност припадности породице и агресивности ($\chi^2(8) = 94.835$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.444$).

Табела 62. Категорије Регулатора реакција напада (Сигма)-димензија: агресивност - неагресивност младих

Сигма	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Супериорно функционисање	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Надпросечно функционисање	4 (1.7%)	2 (1.8%)	1 (2.9%)
Просечно функционисање	133 (55.4%)	43 (38.1%)	10 (29.4%)
Испод просечно функционисање	97 (40.4%)	47 (41.6%)	16 (47.1%)
Патолошко функционисање	4 (1.7%)	21 (18.6%)	7 (20.6%)
Укупно	240	113	34

4.5.6. Категорије Система за координацију регулативних функција - (Делта):

дисоцијативне реакције младих

Функционисање система за координацију регулативних функција младих из функционалних породица углавном припада категоријама надпросечног и просечног, за разлику од младих из дисфункционалних породица, код којих су најприсутније категорије испод просечног и просечног функционисања (Табела 63). Патолошко функционисање система за координацију регулативних функција, дисоцијативно реаговање, присутно је код петине младих из дисфункционалних породица. Преко половине младих из породица са насиљем има исподпросечно и патолошко функционисање система за координацију регулативних функција. Утврђена је статистички значајна и умерена повезаност припадности породице и дисоцијативног функционисања младих ($\chi^2(8) = 106.262$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.464$).

Табела 63. Категорије Система за координацију регулативних функција - (Делта): дисоцијативне реакције младих

Делта	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Супериорно функционисање	12 (5.0%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)
Надпросечно функционисање	112 (46.7%)	28 (24.8%)	0 (0.0%)
Просечно функционисање	104 (43.3%)	40 (35.4%)	14 (41.2%)
Испод просечно функционисање	12 (5.0%)	24 (21.2%)	12 (35.3%)
Патолошко функционисање	0 (0.0%)	19 (16.8%)	8 (23.5%)
Укупно	240	113	34

4.5.7. Категорије Система за интеграцију регулативних функција (Ета) - димензија:

асоцијалност - социјална адаптација младих

Млади из породица са насиљем имају највише тешкоћа у функционисању система за интеграцију регулативних функција или проблеме са социјалном адаптацијом (Табела 64). Две трећине младих из породица са насиљем има патолошко или испод просечно функционисање система за интеграцију регулативних функција и половина младих из породица са алкохолизмом. Млади из функционалних породица највише имају изражено просечно функционисање социјалне адаптације. Утврђена је статистички значајна и умерена повезаност димензије система за интеграцију регулативних функција и врсте породице ($\chi^2(6) = 77.666$, $p = 0.000$, $c = 0.409$).

Табела 64. Систем за интеграцију регулативних функција Ета) - димензија: асоцијалност - социјална адаптација младих

Ета	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Супериорно функционисање	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Надпросечно функционисање	54 (22.5%)	10 (8.8%)	0 (0.0%)
Просечно функционисање	133 (55.4%)	42 (37.2%)	11 (32.4%)
Испод просечно функционисање	49 (20.4%)	47 (41.6%)	12 (35.3%)
Патолошко функционисање	4 (1.7%)	14 (12.4%)	11 (32.4%)
Укупно	240	113	34

4.5.8. Разлике у изражености конативних димензија код младих с обзиром на социо - демографске варијабле

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p = .003$), Хи ($p = .000$), Алфа ($p = .000$) и Ета ($p = .000$), с обзиром на пол младих из функционалних породица, при чему младићи у поређењу са девојкама, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон, док девојке у поређењу са младићима, имају виши просечни ранг на димензијама Хи, Алфа и Ета (Табела 65). Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензије Епсилон ($p = .036$), с обзиром на пол младих и из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, при чему девојке, у поређењу са младићима, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон.

Табела 65. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на пол младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Епсилон	Z= -3.011**	Z= -2.099*	Z= -.691
Хи	Z= -4.772**	Z= -4.546	Z= -.829
Алфа	Z= -4.223**	Z= -1.689	Z= -.138
Сигма	Z= -.665	Z= -.363	Z= -.311
Делта	Z= -.828	Z= -1.778	Z= -1.122
Ета	Z= -5.659**	Z= -1.921	Z= -.207

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Сигма ($p = .002$), с обзиром на стручну спрему очева младих из функционалних породица, при чему највиши просечни ранг на наведеној димензији имају млади чији очеви имају завршену средњу школу (Табела 66). Млади из функционалних породица, чији очеви имају завршену средњу школу, у поређењу са младима чији очеви имају вишу и високу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Сигма. Резултати су показали

статистички значајне разлике у изражености димензије Алфа ($p = .026$) између младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом чији очеви имају средњу, у поређењу са младима чији очеви имају вишу и високу стручну спрему. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чији очеви имају завршену средњу школу, у поређењу са младима чији очеви имају вишу и високу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Алфа.

Табела 66. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на стручну спрему оца младих

Конативне димензије личности	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$c^2=1.654$	$Z= -.420$	$c^2=4.370$
Хи	$c^2=2.866$	$Z= -.358$	$c^2=2.763$
Алфа	$c^2=4.480$	$Z= -2.220^*$	$c^2=5.308$
Сигма	$c^2=12.911^{**}$	$Z= -1.666$	$c^2=.746$
Делта	$c^2=5.447$	$Z= -.735$	$c^2=3.823$
Ета	$c^2=1.933$	$Z= -1.185$	$c^2=4.126$

Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$, $^* p \leq 0.05$

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p = .016$), Хи ($p = .029$) и Делта ($p = .001$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 67). Нађене су статистички значајне разлике у изражености димензије Епсилон ($p = .000$) и Алфа ($p = .008$) између младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије мајке имају завршену средњу школу и оних чије мајке имају вишу и високу стручну спрему, при чему млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије мајке имају средњу школу, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон, док млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије мајке имају вишу и високу школу, имају виши просечни ранг на димензији Алфа.

Табела 67. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на стручну спрему мајке младих

Варијабле	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$c^2=10.311^*$	$Z= -4.131^{**}$	$c^2=.722$
Хи	$c^2=9.058^*$	$Z= -1.889$	$c^2=2.410$
Алфа	$c^2=6.343$	$Z= -2.642^{**}$	$c^2=1.516$
Сигма	$c^2=16.930^{**}$	$Z= -.867$	$c^2=.344$
Делта	$c^2=2.840$	$Z= -1.280$	$c^2=2.858$
Ета	$c^2=2.909$	$Z= -.933$	$c^2=3.019$

Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$; $^* p \leq 0.05$

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија: Епсилон ($p = .024$), Хи ($p = .017$), Алфа ($p = .001$), Делта ($p = .031$) и Ета ($p = .050$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом (Табела 68).

Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове димензији Епсилон, док млади чији су очеви незапослени у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензијама личности: Хи, Алфа, Делта и Ета.

Табела 68. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на радни однос очева младих

Конативне димензије личности	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Епсилон	Z= -1.693	Z= -2.263*	Z= -.931
Хи	Z= -.283	Z= -2.390**	Z= -.500
Алфа	Z= -.329	Z= -3.309**	Z= -1.104
Сигма	Z= -.688	Z= -1.842	Z= -1.069
Делта	Z= -.139	Z= -2.159*	Z= -.345
Ета	Z= -.680	Z= -1.961*	Z= -.638

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензије Делта ($p = .000$) с обзиром на радни однос мајки младих из функционалних породица (Табела 69).

Млади из функционалних породица чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензији Делта. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија: Епсилон ($p = .040$), Хи ($p = .017$), Алфа ($p = .001$), Сигма ($p = .045$), Делта ($p = .000$) и Ета ($p = .002$) с обзиром на радни однос мајки младих из породица са леченим алкохолизмом.

Млади из породица са леченим алкохолизмом чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензијама: Хи, Алфа, Делта, Сигма и Ета, док млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији Епсилон.

Табела 69. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на радни однос мајки младих

Конативне димензије личности	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	Z= -1.250	Z= -2.055*	Z= -.589
Хи	Z=-1.433	Z= -2.380*	Z= -.975
Алфа	Z= -1.066	Z= -3.458**	Z= -.752
Сигма	Z= -.130	Z= -2.003*	Z= -1.504
Делта	Z= -3.977**	Z= -3.794**	Z= -1.564
Ета	Z= -.791	Z= -3.148**	Z= -1.098

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија: Епсилон ($p = .017$), Хи ($p = .001$), Алфа ($p = .001$), Сигма ($p = .004$), Делта ($p = .000$) и Ета ($p = .004$), с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом (Табела 70).

Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, који процењују материјално стање лошим, имају више просечне рангове на димензијама Алфа, Хи, Сигма и Делта, док млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, који процењују материјално стање просечним, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон.

Табела 70. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на материјално стање родитеља младих

Конативне димензије личности	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$c^2=5.587$	$c^2=8.152^*$	$c^2=2.770$
Хи	$c^2=4.357$	$c^2=13.916^{**}$	$c^2=.440$
Алфа	$c^2=1.697$	$c^2=13.724^{**}$	$c^2=2.654$
Сигма	$c^2=.587$	$c^2=10.864^{**}$	$c^2=1.629$
Делта	$c^2=2.922$	$c^2=18.564^{**}$	$c^2=2.130$
Ета	$c^2=1.954$	$c^2=11.056^{**}$	$c^2=.391$

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p = .000$), Хи ($p = .003$), Алфа ($p = .004$) и Сигма ($p = .000$), с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом.

Табела 71. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на ред рођења младих

Конативне димензије личности	Фун. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$\chi^2=4.740$	$\chi^2=23.995^{**}$	$\chi^2=4.717$
Хи	$\chi^2=7.562$	$\chi^2=15.891^{**}$	$\chi^2=5.177$
Алфа	$\chi^2=1.696$	$\chi^2=15.516^{**}$	$\chi^2=7.179$
Сигма	$\chi^2=6.112$	$\chi^2=24.844^{**}$	$\chi^2=1.295$
Делта	$\chi^2=6.879$	$\chi^2=5.878$	$\chi^2=1.368$
Ета	$\chi^2=6.524$	$\chi^2=3.187$	$\chi^2=5.013$

** $p \leq 0.01$

4.6. ИНТЕЛЕКТУАЛНИ РАЗВОЈ МЛАДИХ У ФУНКЦИОНАЛНИМ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИМ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦАМА

4.6.1. ОПШТА ИНТЕЛИГЕНЦИЈА МЛАДИХ

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста утврђено је да дистрибуција скорова испитаника на скали опште интелигенције, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 72).

Табела 72. Нормалност дистрибуција скорова на скали опште интелигенције

Варијабла	Kolmogorov-Smirnov Z	p	N
Општа интелигенција	2.01	.000**	387

Утврђене су статистички значајне разлике у погледу изражености опште интелигенције ($F(356) = 70.310$, $p = .000$) између испитаника из функционалних, породица са насиљем и дисфункционалних породица са алкохолизмом (Табела 73). Највеће просечне вредности на општој интелигенцији имају млади из функционалних породица.

Табела 73. Степен интелектуалних способности младих

Општа интелигенција	Фун. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н
AS	112.775	106.778	104.235
SD	7.307	7.664	8.038

Просечна вредност опште интелигенције младих из функционалних породица је $IQ=112$, нешто изнад просека, за разлику од просечне вредности младих из дисфункционалних породица са насиљем ($IQ=104$) и алкохолизмом ($IQ=106$), што представља горњу границу просека. Највећи број младих из функционалних породица

има изнад просечну интелигенцију, у односу на младе из дисфункционалних породица, код којих више од половине има просечну интелигенцију. Код петине младих из функционалних породица добијена је категорија високе интелигенције, која није регистрована у подзорку младих из појединачних дисфункционалних породица (Табела 74).

Табела 74. Категорије опште интелигенције младих

Општа интелигенција категорија	Фун. п.	Дис.п./ПА	Дис.п./Н
Испод просека	2 (8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Просечна	75 (31.3%)	68 (60.8%)	24 (70.6%)
Изнад просека	114 (47.5%)	45 (39.8%)	10 (29.4%)
Висока	49 (20.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Укупно	240	113	34

Резултати *Post Hoc* анализе показују да млади из функционалних породица у поређењу са младима из дисфункционалних породица постижу веће скорове на димензији Опште интелигенције. Значајне разлике у развоју опште интелигенције између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нису утврђене (Табела 75).

Табела 75. Разлике опште интелигенције младих из функционалних и породица са насиљем и алкохолизмом (*Post Hoc Test*)

Варијабла	(I) <i>Врста породице</i>	(J) <i>Врста породице</i>	Разлика АС (I-J)	р
IQ Количник интелигенције	Функционална п.	<i>Насиље у породици</i>	8.5397	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	5.9962	.000**
IQ Категорије опште интелигенције	Функционална п.	<i>Насиље у породици</i>	.5809	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	.4768	.000**

4.6.2. Разлике у изражености опште интелигенције с обзиром на социо-демографске варијабле

Резултати су показали да не постоје статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције с обзиром на пол младих у свим врстама породица (Табела 76).

Табела 76. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на пол

Варијабла	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	Z= -1.948	Z= -.832	Z= -1.261

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености опште интелигенције ($c^2 = 27.787$, $p = .000$) с обзиром на стручну спрему оца младих из функционалних породица (Табела 77). Млади из функционалних породица чији очеви имају завршену вишу и високу школу, у поређењу са младима чији очеви имају средњу, постижу веће рангове на димензији опште интелигенције.

Табела 77. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на стручну спрему очева младих

Варијабла	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$c^2 = 27.787^{**}$	Z= -1.094	$c^2 = 2.366$

Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p = .000$), с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 78). Млади из функционалних породица чије мајке имају вишу и високу школу, у поређењу са младима чије мајке имају средњу школу, имају виши просечни ранг на димензији опште интелигенције. Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p = .001$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чије мајке имају вишу и високу школу, у поређењу са младима чије мајке имају средњу школу, постижу виши просечни ранг на димензији опште интелигенције. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p = .010$) између младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом чије мајке имају завршену средњу школу и оних чије мајке имају вишу и високу стручну спрему, при чему млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије су мајке са вишим и високим образовним статусом, имају виши просечни ранг на димензији опште интелигенције.

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p = .025$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем.

Табела 78. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на стручну спрему мајки младих

Варијабла	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$c^2=30.448^{**}$	$Z=-2.568^*$	$c^2=7.390^*$

Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$, $^* p \leq 0.05$

Добијени резултати нису утврдили статистички значајне разлике у изражености опште интелигенције с обзиром на радни однос очева младих из свих врста породица (Табела 79).

Табела 79. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на радни однос оца младих

	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$Z=-.680$	$Z=-1.161$	$Z=-.017$

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p = .036$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем (Табела 80).

Млади из дисфункционалних породица са насиљем чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији опште интелигенције.

Табела 80. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на радни однос мајки младих

	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$Z=-1.509$	$Z=-.673$	$Z=-2.094^*$

$^* p \leq 0.05$

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p = .004$) с обзиром на материјално стање родитеља младих из функционалних породица (Табела 81).

Млади из функционалних породица који процењују материјално стање изузетно добрим, у поређењу са младима који га процењују просечним, имају више просечне рангове на димензији опште интелигенције.

Табела 81. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на материјално стање родитеља младих

Варијабла	Врста породице		
	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$c^2=10.818^{**}$	$c^2=3.248$	$c^2=0.133$

$^{**} p \leq 0.01$

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p = .039$) с обзиром на ред рођења младих из функционалних породица (Табела 82). Прворођени млади из функционалних породица, у поређењу са другорођенима, имају виши просечни ранг на димензији опште интелигенције. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.000$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Прворођени млади из функционалних и дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, у поређењу са другорођенима, имају виши просечни ранг на димензији опште интелигенције.

Табела 82. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на ред рођења младих

	<i>Фун. п.</i>	<i>Ди.п./ПА</i>	<i>Дис.п./Н</i>
Општа интелигенција	$c^2=8.365^*$	$c^2=40.151^{**}$	$c^2=1.210$

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

4.7. ПОРЕМЕЋАЈИ ПСИХОСОЦИЈАЛНОГ РАЗВОЈА МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

4.7.1. Поремећаји у понашању младих

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, значајно ($p = .000$) је повезана са поремећајима психосоцијалног развоја младих, у поређењу са поремећајима младих из функционалних породица.

Насиље у породици и лечени алкохолизам највише су повезани са појавом ноћних страхова, фобија, лагања и грицкања ноктију младих из тих породица. Одрастање у породицама са насиљем праћено је значајним присуством хиперактивног понашања, повлачења, лагања, фобија, пасивне агресивности – тврдоглавости, сукоба са вршњацима, тикова, муцања и ноћних страхова.

У поузорку младих из породица са леченим алкохолизмом најбројнији поремећаји психосоцијалног развоја су: грицкање ноктију и стидљивост (Табела 83).

Табела 83. Поремећаји психосоцијалног развоја младих

Поремећаји психосоцијалног развоја	Функционалне	Дис.п./ПА	Дис.п./Н	Укупно
Грицкање ноктију	32 (13.3%)	38 (33.6%)	10 (29.4%)	80 (20.7%)
		$\chi^2 = 21.033, df = 2, p = .000^{**}, c = .499^{\dagger}$		
Енуреза	0 (.0%)	4 (3.5%)	4 (11.76%)	8 (2.1%)
		$\chi^2 = 22.071, df = 2, p = .000^{**}, c = .232^{\dagger}$		
Хиперактивност	44 (5.8%)	53 (46.9%)	20 (58.8%)	117 (30.2%)
		$\chi^2 = 44.175, df = 2, p = .000^{**}, c = .320^{\dagger}$		
Повученост	16 (6.7%)	28 (24.8%)	13 (38.2%)	57 (14.7%)
		$\chi^2 = 36.467, df = 2, p = .000^{**}, c = .293^{\dagger}$		
Тикови	2 (.8%)	8 (.8%)	3 (8.8%)	13 (3.4%)
		$\chi^2 = 12662, df = 2, p = .002^{**}, c = .178^{\dagger}$		
Муцање	0 (.0%)	14 (12.4%)	5 (14.7%)	19 (4.9%)
		$\chi^2 = 32.922, df = 2, p = .000^{**}, c = .280^{\dagger}$		
Лагање	8 (3.3%)	39 (34.5%)	23 (67.6%)	70 (18.1%)
		$\chi^2 = 112.09, df = 2, p = .000^{**}, c = .474^{\dagger}$		
Фобије	13 (5.4%)	51 (45.1%)	22 (64.7%)	86 (22.2%)
		$\chi^2 = 109.038, df = 2, p = .000^{**}, c = .469^{\dagger}$		
Тврдоглавост	66 (27.5%)	73 (64.6%)	23 (67.6%)	162 (41.9%)
		$\chi^2 = 53.638, df = 2, p = .000^{**}, c = .349^{\dagger}$		
Сукоб са вршњацима	2 (.8%)	10 (8.8%)	10 (29.4%)	22 (5.7%)
		$\chi^2 = 48.347, df = 2, p = .000^{**}, c = .333^{\dagger}$		
Стидљивост	29 (12.1%)	43 (38.1%)	11(32.4%)	83 (21.4%)
		$\chi^2 = 33.387, df = 2, p = .000^{**}, c = .282^{\dagger}$		
Ноћни страхови	12 (5.0%)	37 (32.7%)	28 (82.4%)	77 (19.9%)
		$\chi^2 = 128.332, df = 2, p = .000^{**}, c = .499^{\dagger}$		
Укупно	240	113	34	387

4.7.2. Поремећаји у понашању младих

Млади из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом, у односу на младе из функционалних породица, имају израженије поремећаје у понашању ($p = .000$): кршење правила понашања и кажњавање у школи, бежање од куће и суицидално понашање (Табела 84). Утврђена је позитивна и умерена повезаност кажњавања у школи ($c = .421, p = .000$) и бежања од куће ($c = .385, p = .000$), као и ниска са

покушајем самоубиства ($c = .268$, $p = .000$), што указује на то да су поремећаји понашања израженији код младих из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом. Десетина младих из дисфункционалних породица је једном или више пута покушало самоубиство.

Табела 84. Поремећаји у понашању младих из функционалних и дисфункционалних породица

Поремећаји у понашању	Фун. п.	Дис.п./ПА	Дис.п./Н	Укупно
Кажњавање у школи	2 (.8%)	30 (26.5%)	15 (44.1%)	47 (12.1%)
	$\chi^2 = 83.328$, $df = 2$, $p = .000^{**}$, $c = .421^{\dagger}$			
Бежање од куће	0 (.0%)	14 (12.8%)	12 (35.3%)	26 (35.3%)
	$\chi^2 = 67.387$, $df = 2$, $p = .000^{**}$, $c = .385^{\dagger}$			
Покушај самоубиства	0 (.0%)	14 (12.4%)	3 (8.8%)	17 (4.4%)
	$\chi^2 = 29.893$, $df = 2$, $p = .000^{**}$, $c = .268^{\dagger}$			
Укупно	240	113	34	387

Половина младих из породица са насиљем и четвртина младих из породица са алкохолизмом кажњавана је због изражених лакших и тежих преступа у непоштовању школских правила (Табела 85).

Табела 85. Разлози кажњавања младих из породица са насиљем и алкохолизмом

Врста прекршаја	n (%)
Лаки прекршаји	38 (9.8%)
Тежи прекршаји	12 (3.1%)
Укупно	48 (6.4%)

Трећина младих из породица са насиљем је, једном или више пута, бежала од куће (Табела 86).

Табела 86. Дистрибуција броја бежања од куће младих из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом

Број бежања од куће	n (%)
Једанпут	13 (3.4%)
Два пута	4 (1.0%)
Три пута	8 (2.1%)
Пет пута	1 (.3%)
Укупно	26

4.8. ПСИХИЧКА ЗРЕЛОСТ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

4.8.1. ПСИХИЧКА ЗРЕЛОСТ МЛАДИХ

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста утврђено је да дистрибуција скорова испитаника на скалама: Латентне зрелости, Сарадње са људима, Фрустрационе толеранције, Несебичности и Оријентацији ка будућности, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 87).

Табела 87. Нормалност дистрибуција скорова на скалама психичке зрелости

Варијабле	Kolmogorov-Smirnov Z	p	N
Латентна зрелост	2.69	.000**	387
Поверење у људе	1.31	0.065	387
Сарадња са људима	1.94	.001**	387
Фрустрациона толеранција	1.68	.007**	387
Несебичност	1.38	.045*	387
Оријентација ка будућности	8.43	.000**	387

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Добијене су статистички значајне разлике у погледу изражености димензија: Фрустрациона толеранција, Оријентација ка будућности и Латентна зрелост између испитаника из функционалних и дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом (Табела 89).

Најниже просечне вредности на укупној Скали латентне зрелости (СЛЗ) добијене су код младих из породица са насиљем, у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом и младе из функционалних породица (Табела 88). Просечна вредност латентне зрелости младих из функционалних породица је у категорији 4 или преминација зрелог понашања. Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, имају просечну вредност на граници 2 и 3, што одговара преминацији незрелог понашања. Млади из породица са алкохолизмом имају просечну категорију латентне зрелости 3 или зрело понашање са повременим регресијама. Најниже просечне вредности на Скали латентне зрелости добијене су у поузорку младих из породица са насиљем 2 или преминацију незрелог понашања. Развој латентне зрелости младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, разликује се за две категорије остварене зрелости. Просечна вредност младих из функционалних породица на субскали Сарадња са људима је за

једну категорију развијенија. оцена је 4, у односу на развијеност сарадње младих из породица са насиљем и алкохолизмом, код којих је добијена категорија 3. Развијеност фрустрационе толеранције код младих из функционалних и дисфункционалних породица је у категорији 3, иако млади из породица са насиљем имају најмање просечне вредности у овој димензији, у односу на младе из породица са алкохолизмом и функционалних породица. Несебичност младих из функционалних породица је за једну категорију развијенија (3), за разлику од младих из породица са насиљем и алкохолизмом који имају развијеност несебичности категорије 2. Најмање просечне вредности на субскали Несебичност имају млади из породица са насиљем. Статистички значајних разлика у развијености сарадње, несебичности и поверења у људе између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нема. Млади из породица са насиљем имају значано ниже просечне вредности у димензијама зрелости: фрустрационој толеранцији ($p = .001$), оријентацији ка будућности ($p = .032$) и постигнутој психичкој, латентној зрелости ($p = .010$), у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом.

Табела 88. Психичка (латентна) зрелост младих

		Латентна зрелост	Поверење у људе	Сарадња са људима	Фрустрациона толеранција	Несебичност	Оријентација ка будућности
<i>Фун. п.</i>	AS	17.65	121.46	160.47	99.88	71.21	4.89
	SD	2.22	12.37	16.28	10.23	9.10	.47
<i>Дис.п./ПА</i>	AS	13.23	111.20	128.03	91.28	60.17	3.78
	SD	2.52	15.86	21.34	14.92	10.83	1.27
<i>Дис.п./Н</i>	AS	12.00	106.21	127.59	83.38	59.94	3.09
	SD	3.34	15.25	25.96	16.72	15.23	1.42

Табела 89. Значајност разлика у димензијама зрелости младих

Димензије зрелости	Функционална/Дисфункционална породица		
	Лечени алкохолизам/ Насиље		
	F	df	p
Сарадња	136.193	386	.905
Фрустрациона толеранција	31.602	386	.001**
Поверење у људе	33.206	386	.064
Несебичност	53.058	386	.910
Оријентација ка будућности	102.476	386	.032*
Латентна зрелост	175.337	386	.010*

Млади из функционалних породица, у поређењу са младима из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом, постижу више скорове на свим аспектима латентне зрелости: Сарадњи, Фрустрационој толеранцији, Поверењу,

Несебичности, Оријентацији ка будућности и Латентној зрелости. Утврђено је да млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, у поређењу са младима из дисфункционалних породица са насиљем, постижу више скорове на Фрустрационој толеранцији, Оријентацији ка будућности и Латентној зрелости (Табела 90).

Табела 90. Појединачне значајне разлике између група младих из функционалних и породица са насиљем и алкохолизмом (*Post Hoc test*)

Димензије психичке зрелости	(I) Врста породице	(J) Врста породице	Разлика између AS (I-J)	p
Сарадња	<i>Функционална</i>	<i>Насиље у породици</i>	32.878	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	32.440	.000**
Фрустрациона толеранција	<i>Функционална</i>	<i>Насиље у породици</i>	15.501	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	7.600	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	7.901	.001**
Поверење у људе	<i>Функционална</i>	<i>Насиље у породици</i>	15.252	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	10.255	.000**
Несебичност	<i>Функционална</i>	<i>Насиље у породици</i>	11.267	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	11.040	.000**
Оријентација ка будућности	<i>Функционална</i>	<i>Насиље у породици</i>	1.977	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	0.684	.024*
		<i>Лечени алкохолизам</i>	1.115	.032*
Латентна зрелост	<i>Функционална</i>	<i>Насиље у породици</i>	5.650	.000**
		<i>Лечени алкохолизам</i>	4.420	.000**
	<i>Лечени алкохолизам</i>	<i>Насиље у породици</i>	1.230	.010*

4.8.2. Категорије латентне зрелости младих

Истраживањем је утврђена статистички значајна висока повезаност између припадности врсти породице и нивоа постигнуте психичке зрелости ($\chi^2(8) = 229.119$, $p = 0.000$, $c = 0.610$). Две трећина младих из функционалних породица у свом психичком развоју достижу ниво преминације зрелог понашања и изразито зрело понашање. Само 1.3% младих из функционалних породица има преминацију незрелог понашања. Млади из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом, у највећем броју развија незрело и зрело понашање са повременим регресијама. У подзорку младих из дисфункционалних породица није регистрован развој изразито зрелог понашања. Највећи број младих са изразито незрелим понашањем је из породица са насиљем. Половина младих из породица са насиљем има преодминантно незрело понашање и само 8.8% њих постиже преодминантно зрело понашање. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија зрело понашање са повременим регресијама и преодминацију незрелог понашања. У подзорку младих из алкохоличарских породица само 8.8% развија преодминацију зрелог понашања (Табела 91).

Табела 91. Категорије латентне зрелости младих

Категорије Латентне зрелости	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Изразита незрелост	0 (.0%)	0 (.0%)	4 (11.8%)
Предоминација незрелог понашања	3 (1.3%)	48 (42.5%)	16 (47.1%)
Зрело понашање са повременим регресијама	59 (24.6%)	55 (48.7%)	11 (32.4%)
Предоминација зрелог понашања	156 (65.0%)	10 (8.8%)	3 (8.8%)
Изразито зрело понашање	22 (9.2%)	0 (.0%)	0 (.0%)
Укупно	240	113	34

4.8.3. Сарадња са људима

Утврђена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и степена развијености сарадње ($\chi^2 (8) = 174.322$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.557$). У функционалним породицама више од половине младих развија натпросечну и изражену сарадњу са људима. Најмање развијена сарадња са људима, једна четвртина, присутна је код младих из породица са насиљем, за разлику од младих из породица са алкохолизмом код којих ова категорија сарадње није регистрована. Млади из породица са алкохолизмом највише имају сарадњу просечне и испод просечне категорије. У подзорку младих из дисфункционалних породица није развијена категорија изражене сарадње са људима (Табела 92).

Табела 92. Сарадња са људима

Сарадња са људима	Фун. П.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Мала	3 (1.25%)	0 (.0%)	9 (26.5%)
Испод просечна	4 (1.7%)	48 (42.5%)	10 (29.4%)
Просечна	81 (33.8%)	55 (48.7%)	13 (38.2%)
Натпросечна	94 (39.2%)	10 (8.8%)	2 (5.9%)
Изражена	48 (20.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)
Укупно	240	113	34

4.8.4. Фрустрациона толеранција младих

Добијена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и развоја фрустрационе толеранције ($\chi^2 (8) = 62.364$, $p = 0.000$, $c = 0.373$). Млади из функционалних породица развијају испод просечну и просечну фрустрациону толеранцију. Млади из породица са насиљем и алкохолизмом немају развијену натпросечну и

изражену фрустрациону толеранцију. Најнижу фрустрациону толеранцију развијају млади из породица са насиљем, нешто више од половине подузорка (Табела 93).

Табела 93. Фрустрациона толеранција младих

Фрустрациона толеранција	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Мала	0 (.0%)	4 (3.5%)	4 (11.8%)
Испод просечна	4 (1.7%)	4 (3.5%)	6 (17.6%)
Просечна	126 (52.5%)	78 (69.0%)	19 (55.9%)
Надпросечна	92 (38.3%)	25 (22.1%)	4 (11.8%)
Изражена	18 (7.5%)	2 (1.8%)	1 (2.9%)
Укупно	240	113	34

4.8.5. Поверење у људе

Утврђена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и степена развијености поверења у људе ($\chi^2(6) = 85.144$, $p = 0.000$, $c = 0.425$).

Највећи број младих из функционалних породица имају развијену испод просечно и просечно развијено поверење у људе.

Најмање поверења у људе развијају млади из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкохолизмом и функционалних породица.

Значајни податак је да изражено поверење у људе није регистровано у укупном узорку младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом (Табела 94).

Табела 94. Поверење у људе младих из функционалних и дисфункционалних породица

Поверење у људе	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Мала	18 (7.5%)	48 (42.5%)	19 (55.9%)
Испод просечна	111 (46.3%)	39 (34.5%)	9 (26.5%)
Просечна	97 (40.4%)	26 (23.0%)	6 (17.6%)
Надпросечна	14 (5.8%)	0 (.0%)	0 (.0%)
Изражена	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)
Укупно	240	113	34

4.8.6. Несебичност младих

Добијена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и степена развоја несебичности ($\chi^2(8) = 114.824$, $p = 0.000$, $c = 0.478$). Млади из функционалних породица имају најчешће просечно развијену несебичност, у односу на младе из дисфункционалних породица, код којих је присутна мала, испод просечна и просечна несебичност. Најмања несебичност према људима присутна је код младих из породица са насиљем, где је трећина младих са неразвијеном потребом да помаже људима. У подзорку младих из породица са насиљем није регистрована категорија високо развијене несебичности. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија просечну и испод просечну несебичност (Табела 95).

Табела 95. Несебичност младих

Несебичност	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Мала	0 (.0%)	25 (22.1%)	11 (32.4%)
Испод просечна	32 (13.3%)	42 (37.2%)	4 (11.8%)
Просечна	154 (64.2%)	42 (37.2%)	16 (47.0%)
Надпросечна	40 (16.7%)	2 (1.8%)	3 (8.8%)
Изражена	14 (5.8%)	2 (1.8%)	0 (.0%)
Укупно	240	113	34

4.8.7. Оријентација ка будућности младих

Утврђена је позитивна, умерена повезаност припадности врсти породице и степена развијене оријентисаности ка будућности ($\chi^2(8) = 153.643$, $p = 0.000$, $c = 0.533$). Преко деведесет посто младих из функционалних породица окренуто је ка будућности, јер има изражену потребу за личним развојем, усавршавањем и напредовањем. У подзорку младих из функционалних породица није регистрована потпуна незаинтересованост и страх од размишљања о будућности. Највећи број младих са ниском потребом да планира будућност и развојем личности, регистрован је у породицама са алкохолизмом, али је у овом поузорку приближно половина младих са израженом оријентацијом ка будућности. Млади из породица са насиљем имају највише просечну и изражену потребу за личним развојем и планирањем будућности. У поузорку младих из породица са насиљем је мањи број неразвијене потребе за планирањем, у односу на младе из породица са алкохолизмом (Табела 96).

Табела 96. Оријентација ка будућности младих

Оријентација ка будућности	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Мала	0 (.0%)	8 (7.1%)	6 (17.6%)
Испод просечна	2 (.8%)	6 (5.3%)	5 (14.7%)
Просечна	8 (3.3%)	39 (34.5%)	12 (35.3%)
Надпросечна	5 (2.1%)	10 (8.8%)	2 (5.9%)
Изражена	225 (93.8%)	50 (44.2%)	9 (26.5%)
Укупно	240	113	34

4.8.8. Разлике у изражености димензија психичке зрелости с обзиром на социо-демографске варијабле

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Поверење у људе ($p = .040$) с обзиром на пол младих из функционалних породица, при чему младићи, у поређењу са девојкама, имају виши просечни ранг на димензији Поверења у људе (Табела 97). Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензије Поверење у људе ($p = .035$) с обзиром на пол младих из дисфункционалних породица са насиљем, при чему девојке у поређењу са младићима имају виши просечни ранг на димензији Поверења у људе.

Табела 97. Разлике у степену изражености димензија психичке зрелости с обзиром на пол младих

Димензије психичке зрелости	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	Z= -.543	Z= -.978	Z= -.503
Поверење у људе	Z= -2.055*	Z= -1.662	Z= -2.106*
Сарадња са људима	Z= -.193	Z= -.907	Z= -.328
Фрустрациона толеранција	Z= -.847	Z= -.568	Z= -.449
Несебичност	Z= -.043	Z= -1.804	Z= -.397
Оријентација ка будућности	Z= -.915	Z= -1.046	Z= -1.127

* $p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Сарадње са људима ($p = .012$) с обзиром на стручну спрему очева младих из функционалних породица, при чему највиши просечни ранг на наведеној димензији имају млади чији очеви имају завршене последипломске студије (Табела 98). Млади из функционалних породица чији очеви имају вишу и високу школу, у поређењу са младима чији очеви имају средњу школу, постижу веће рангове на димензији Сарадња са људима.

Табела 98. Разлике у степену изражености димензија латентне зрелости с обзиром на стручну спрему очева младих

Димензије психичке зрелости	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$c^2=4.220$	$Z= -.478$	$c^2=2.960$
Поверење у људе	$c^2=1.029$	$Z= -1.871$	$c^2=2.236$
Сарадња са људима	$c^2=8.821^*$	$Z= -1.236$	$c^2=2.498$
Фрустрациона толеранција	$c^2=.338$	$Z= -.321$	$c^2=5.751$
Несебичност	$c^2=.931$	$Z= -.019$	$c^2=5.217$
Оријентација ка будућности	$c^2=2.152$	$Z= -1.152$	$c^2=1.113$

Z - Mann-Whitney U test, * $p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p = .020$) и Несебичности ($p = .006$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 99).

Млади из функционалних породица чије мајке имају завршену вишу и високу стручну спрему, у поређењу са младима чије мајке имају средњу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Несебичности.

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p = .011$), Поверења у људе ($p = .006$) и Оријентацији ка будућности ($p = .004$), с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом.

Млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије мајке имају завршену средњу школу, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости и Оријентацији ка будућности, док млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије мајке имају завршену вишу и високу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Поверења у људе.

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p = .011$), Сарадње са људима ($p = .039$) и Несебичности ($p = .031$), с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем.

Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије мајке имају завршену средњу школу, у поређењу са младима чије мајке имају завршену основну школу, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости и Несебичности.

Табела 99. Разлике у степену изражености димензија латентне зрелости с обзиром на стручну спрему мајки младих

Димензије психичке зрелости	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$c^2=9.841^*$	$Z=-2.548^*$	$c^2=8.941^*$
Поверење у људе	$c^2=7.275$	$Z=-2.728^{**}$	$c^2=2.302$
Сарадња са људима	$c^2=2.938$	$Z=-1.185$	$c^2=6.506^*$
Фрустрациона толеранција	$c^2=.956$	$Z=-1.005$	$c^2=3.523$
Несебичност	$c^2=12.612^{**}$	$Z=-.856$	$c^2=6.925^*$
Оријентација ка будућности	$c^2=2.296$	$Z=-2.915^{**}$	$c^2=3.773$

Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$, $^* p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Несебичност ($p = .020$), с обзиром на радни однос очева младих из функционалних породица (Табела 100). Млади из функционалних породица чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на димензији Несебичност. Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија Поверења у људе ($p = .003$), Фрустрационе толеранције ($p = .005$) и Несебичности ($p = .007$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на наведеним димензијама психичке зрелости.

Табела 100. Разлике у степену изражености димензија психичке, латентне зрелости с обзиром на радни однос оца младих

Димензије психичке зрелости	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$Z=-1.453$	$Z=-1.779$	$Z=-.398$
Поверење у људе	$Z=-.688$	$Z=-2.954^{**}$	$Z=-.483$
Сарадња са људима	$Z=-1.254$	$Z=-.950$	$Z=-.456$
Фрустрациона толеранција	$Z=-.747$	$Z=-2.802^{**}$	$Z=-.569$
Несебичност	$Z=-2.319^*$	$Z=-2.683^{**}$	$Z=-1.327$
Оријентација ка будућности	$Z=-.451$	$Z=-.097$	$Z=-.018$

$^{**} p \leq 0.01$; $^* p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p = .025$), Поверења у људе ($p = .037$) и Фрустрационе толеранције ($p = .000$), с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом (Табела 101). Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке

незапослене, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости, Поверења у људе и Фрустрационе толеранције. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p = .032$), Фрустрационе толеранције ($p = .042$) и Несебичности ($p = .035$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости, Поверења у људе и Фрустрационе толеранције.

Табела 101. Разлике у степену изражености димензија психичке, латентне зрелости с обзиром на радни однос мајке младих

Димензије психичке зрелости	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	Z= -1.126	Z= -2.239*	Z= -2.142*
Поверење у људе	Z= -.766	Z= -2.085*	Z= -.081
Сарадња са људима	Z= -.124	Z= -.533	Z= -1.889
Фрустрациона толеранција	Z= -.267	Z= -4.140**	Z= -2.031*
Несебичност	Z= -1.173	Z= -1.420	Z= -2.113*
Оријентација ка будућности	Z= -1.330	Z= -1.254	Z= -1.242

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p = .001$), Поверења у људе ($p = .000$), Фрустрационе толеранције ($p = .004$) и Оријентацији ка будућности ($p = .028$) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, при чему највише просечне рангове на наведеним димензијама имају млади који своје материјално стање процењују просечним (Табела 102).

Табела 102. Разлике у степену изражености димензија, психичке, латентне, зрелости с обзиром на материјално стање родитеља младих

Димензије психичке зрелости	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$c^2=.085$	$c^2=13.299^{**}$	$c^2=2.770$
Поверење у људе	$c^2=.011$	$c^2=32.900^{**}$	$c^2=.423$
Сарадња са људима	$c^2=.455$	$c^2=.908$	$c^2=2.648$
Фрустрациона толеранција	$c^2=2.651$	$c^2=11.177^{**}$	$c^2=3.930$
Несебичност	$c^2=1.153$	$c^2=3.515$	$c^2=.851$
Оријентација ка будућности	$c^2=3.573$	$c^2=3.515^*$	$c^2=1.191$

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p = .037$), Поверења у људе ($p = .037$), Сарадње са људима ($p = .006$) и Несебичности ($p = .018$) с обзиром на ред рођења младих из функционалних породица

(Табела 103). Другорођени млади из функционалних породица, у поређењу са прворођенима, имају виши просечни ранг на димензији Поверења у људе. Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија Психичке зрелости ($p = .001$), Поверења у људе ($p = .005$), Сарадње са људима ($p = .003$), Фрустрационе толеранције ($p = .028$) и Оријентацији ка будућности ($p = .001$), с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Прворођени млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, у поређењу са другорођеним, имају виши просечни ранг на димензији Сарадња са људима.

Табела 103. Разлике у степену изражености димензија психичке, латентне зрелости с обзиром на ред рођења младих

Димензије психичке зрелости	Фун. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$c^2 = 8.504^*$	$c^2 = 19.539^{**}$	$c^2 = 4.133$
Поверење у људе	$c^2 = 8.491^*$	$c^2 = 14.997^{**}$	$c^2 = 6.778$
Сарадња са људима	$c^2 = 12.473^{**}$	$c^2 = 16.248^{**}$	$c^2 = 3.564$
Фрустрациона толеранција	$c^2 = 3.162$	$c^2 = 10.839^*$	$c^2 = 2.921$
Несебичност	$c^2 = 10.074^*$	$c^2 = 8.689$	$c^2 = 5.266$
Оријентација ка будућности	$c^2 = 7.347$	$c^2 = 19.236^{**}$	$c^2 = .795$

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

4.9. ПОВЕЗАНОСТ РАЗВИЈЕНОСТИ ИНТЕЛЕКТУАЛНИХ СПОСОБНОСТИ И СТЕПЕНА ПОСТИГНУТЕ ЛАТЕНТНЕ ЗРЕЛОСТИ МЛАДИХ ИЗ ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Анализа је рађена на узорку младих из дисфункционалних породица. Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у Латентној зрелости ($t = 4.823$, $p = 0.000$) између младих из дисфункционалних породица са просечном и младих из дисфункционалних породица са изнад просечном интелигенцијом (Табела 104).

Табела 104. Разлика у зрелости младих из породица са насиљем и алкохолизмом с обзиром на интелектуалне способности

Варијабле	Категорије IQ	AS \pm SD	Категорије латентне зрелости	t -тест [†]	p
Латентна зрелост	Просечна	12.15 \pm 2.606	2	4.823	.000 ^{**}
	Изнад просека	14.27 \pm 2.535	3		

[†] Student-ов t-тест, ** $p \leq 0.01$

Млади из дисфункционалних породица са вишим нивоом интелектуалних способности имају виши ниво развијене зрелости, у односу на младе са нижим интелектуалним способностима из истих породица (Табела 104). Утврђена је позитивна и умерена повезаност развоја опште способности и постигнуте латентне зрелости ($\chi^2(8) = 229.119, p = 0.000^{**}, c = 0.610$). Млади из породица са насиљем и алкохолизмом, са категоријом просечне интелигенције, развијају просечну вредност на Скали латентне зрелости 12.15, што одговара категорији 2 или преминацији незрелог понашања, за разлику од младих из истог узорка са изнад просечном интелигенцијом, који развијају латентну зрелост 14.27 или категорију 3 – зрело понашање са повременим регресијама. У категорији просечне опште интелигенције, млади из породица са насиљем и алкохолизмом, развијају у просеку преминацију незрелог понашања, за разлику од младих са изнад просечном интелигенцијом, који развијају зрело понашање са повременим регресијама. Највећи број младих из породица са насиљем који развијају незрело понашање има просечну интелигенцију, за разлику од младих са изнад просечним способностима, који развијају преминацију зрелог понашања. У подзорку младих из породица са алкохолизмом, зрело понашање развијају млади са просечном и изнад просечном интелигенцијом (Табела 105).

Табела 105. Повезаност развоја латентне зрелости и интелектуалних способности младих из породица са насиљем и алкохолизмом

Врста породице	Категорије Латентне зрелости	Категорије интелигенције				
		Испод просека	Просечна	Изнад просека	Висока	Укупно
<i>Насиље у породици</i>	Изразита незрелост	0 (.0%)	4 (11.8%)	0 (.0%)	0 (.0%)	4 (11.8%)
	Преминација незрелог понашања	0 (.0%)	14 (41.2%)	2 (5.9%)	0 (.0%)	16 (47.1%)
	Зрело понашање са повременим регресијама	0 (.0%)	6 (17.6%)	5 (14.7%)	0 (.0%)	11 (32.4%)
	Преминација зрелог понашања	0 (.0%)	00 (.0%)	3 (8.8%)	0 (.0%)	3 (8.8%)
<i>Лечени алкохолизам</i>	Преминација незрелог понашања	0 (.0%)	31 (27.4%)	17 (15.1%)	0 (.0%)	48 (42.5%)
	Зрело понашање са повременим регресијама	0 (.0%)	33 (29.2%)	22 (19.5%)	0 (.0%)	55 (48.7%)
	Преминација зрелог понашања	0 (.0%)	4 (3.5%)	6 (5.3%)	0 (.0%)	10 (8.8%)

4.10. СТАВ ПРЕМА УПОТРЕБИ АЛКОХОЛА МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

Утврђена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и става према употреби алкохола младих ($\chi^2(4) = 42.022$, $p = 0.000$, $c = 0.31$). Млади из функционалних породица имају значајно негативнији став према употреби алкохола, у односу на став младих из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом, код којих две трећине понекад или често употребљава алкохол. У поузорку младих из породица са алкохолизмом трећина младих има изразито негативан став према употреби алкохола, али и две трећине позитиван став. Две трећине младих из породица са насиљем имају позитиван став и петина изразито негативан став према употреби алкохола (Табела 106).

Табела 106. Став према употреби алкохола младих

Став према употреби алкохола	Фун. п.	Ди.п./Л	Дис.п./Н
Никад	150 (62.5%)	38 (33.61%)	7 (20.6%)
Често	0 (.0%)	2 (1.8%)	1 (2.9%)
Понекад	90 (37.5%)	73 (64.6%)	26 (76.5%)
Укупно	240	113	34

Добијена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и става младих према опијању ($\chi^2(2) = 76.313$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.41$). Најпозитивнији став према опијању имају млади из породица са насиљем. Половина младих из породица са алкохолизмом има позитиван став према опијању (Табела 107).

Табела 107. Опијање младих из функционалних и дисфункционалних породица

Опијање алкохолем	Фун. п.	Ди.п./Л	Дис.п./Н
Никад	205 (85.4%)	54 (47.8%)	11 (32.4%)
Често	35 (14.6%)	59 (52.2%)	23 (67.6%)
Укупно	240	113	34

Добијене су статистички значајне разлике у погледу броја опијања ($F(386) = 16.390$, $p = .000$) између испитаника из функционалних и дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом (Табела 108). Млади из функционалних породица су се у просеку опили од 1-2 пута, за разлику од младих из породица са насиљем, који су се у

просеку опили 4-5 пута. Највећи број опијања је присутан код младих из породица са леченим алкохолизмом, просечно 4-7 пута.

Табела 108. Број опијања младих

Варијабла	Врста породице	АС±СД
Број опијања	Функционална	1.57±.558
	Дисфункционална - насиље	4.61±4.076
	Дисфункционална – лечени алкохолизам	4.86±2.974

Резултати *Post Hoc* анализе показују да се млади из породица са насиљем и породица са алкохолизмом у поређењу са младима из функционалних породица значајно више опијају (Табела 109).

Табела 109. Појединачне разлике у броју опијања младих

Варијабла	Врста породице (I)	Врста породице (J)	Разлика између АС (I-J) †	p
Број опијања	Дисфункционална - насиље	Функционална	3.037	.000**
	Дисфункционална – лечени алкохолизам	Функционална	3.293	.000**

Најнегативнији став према пијењу у будућности имају млади из функционалних породица, у односу на младе из породица са насиљем и алкохолизмом (Табела 110). Највећи број младих који нема одређени став према пијењу у животу је из породица са насиљем, приближно трећина. Добијена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и става младих према опијању ($\chi^2(6) = 41.556, p = 0.000^{**}, c = 0.31$).

Табела 110. Став младих према употреби алкохола у будућности

Став према употреби алкохола у будућности	Фун. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Не	133 (55.4%)	51 (45.1%)	9 (26.5%)
Да	0 (.0%)	0 (.0%)	1 (2.9%)
Можда	10 (4.2%)	18 (15.9%)	10 (29.4%)
Да, али нећу бити алкохоличар	97 (40.4%)	44 (38.9%)	14 (41.2%)
Укупно	240	113	34

4.11. СТАВ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА УПОТРЕБИ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

4.11.1. Став младих према употреби дрога

Млади из дисфункционалних породица имају значајно позитивнији став према употреби дрога, у односу на младе из породица са насиљем и алкохолизмом ($\chi^2(2) = 10.409$, $p = 0.005$, $c = 0.16$), иако је повезаност ниска (Табела 111). Највећи број младих са позитивним ставом према употреби дрога је из породица са насиљем, приближно 3%, од којих је до сада 11% пробало неку врсту дрога, или је у првој фази настанка наркоманије, експериментисање са дрогама (Табела 112).

Табела 111. Став младих према употреби дрога

Став према коришћењу дрога	Фун. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н
Не	240 (100.0%)	113 (100.0%)	33 (97.1%)
Повремено	0 (.0%)	0 (.0%)	1 (2.9%)
Укупно	240	113	34

Табела 112. Искуство са дрогама младих

Искуство са дрогама	Фун. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н
Пробање дроге	2 (.8%)	6 (5.3%)	4 (11.8%)
Укупно	240	113	34

$\chi^2(2) = 14.436$, $p = .001^{**}$, $c = .190$

Нису утврђене статистички значајне разлике између младих из функционалних и дисфункционалних са насиљем и алкохолизмом породица с обзиром на врсту коришћене дроге ($\chi^2(2) = 2.182$, $p = 0.336$, $c = 0.382$). Добијени подаци показују да су млади пробали више различитих психоактивних супстанци. Дрога коју су највише пробали млади из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, је марихуана, потом екстази, хероин и друге дроге. Од укупно дванаесторо младих који су пробали дрогу, њих једанаест је пробало марихуану (Табела 113).

Табела 113. Врста дроге коју су пробали млади

Врста дроге	Фун. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н
Марихуана	2	6	3
Остале дроге	0	0	1
Укупно	2	6	4

4.11.2. Став младих према пушењу у цигарета (никотинизам)

Добијена је позитивна и умерена повезаност припадности врсти породице и става младих према редовном пушењу дувана ($c = .387$, $p = 0.000$). Приближно трећина младих из породица са насиљем и алкохолизмом зависна је од употребе цигарета, у поређењу са незнатним бројем редовних пушача младих из функционалних породица (Табела 114). Број младих који повремено пуше цигарете је значајно већи код младих из дисфункционалних породица ($c = .441$, $p = .000$).

Табела 114. Став младих према пушењу у цигарета (никотинизам)

Став према пушењу цигарета	Фун. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	Укупно
Повремено пушење	16 (6.7%)	17 (15.1%)	5 (14.7%)	38 (9.8%)
Редовно пушење	2 (.8%)	30 (26.5%)	10 (29.4%)	42 (10.9%)
Укупно	240	113	34	387

4.12. СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

Каноничка дискриминативна анализа коришћена је за утврђивање разлика у структури личности младих из функционалних и дисфункционалних породица.

Резултати показују да се групе у истраживању статистички значајно разликују у погледу свих испитиваних особина личности, осим у односу на димензију Епсилон из теста КОН-а 6 (Табела 115 и Табела 116 налазе се у Прилогу 1 и 2.).

За тестирање хомогености матрица коваријанси субпопулација коришћен је *Боксов (Box) M тест*. Пошто је *Box M* тест статистички значајан ($M = 1010.881$, $p = .000$) и показао да су матрице коваријанси између група хетерогене, класификацију испитаника на основу добијених функција смо урадили на основу засебних матрица коваријанси унутар група.

У Табели 117 приказане су својствене вредности, проценат од међугрупне варијансе који отпада на дату својствену вредност, тј. проценат укупне дискриминационе моћи скупа варијабли који отпада на дате дискриминационе функције, каноничке корелације и резултати тестирања значајности дискриминационих функција, каноничких корелација, помоћу *Bartlett-овог Chi-square* теста.

Табела 117. Каноничке дискриминационе функције

Функције	Својствене вредности	% варијансе	Кумулативни %	Каноничка корелација	χ^2	df	p
1	1.270	90.3	90.3	.748	358.720	24	.000**
2	.137	9.7	100.0	.347	48.458	11	.000**

** $p \leq 0.01$

Добијене су две значајне дискриминативне функције. На основу значајности *Chi-квadrat* теста видимо да се профили личности младих из функционалних и дисфункционалних породица статистички значајно разликују.

Између субпопулацијске при-падности, млади из функционалних породица, млади из дисфункционалних породица са присутним насиљем и лечени алкохолизам, са једне стране и скупа особина личности узетих заједно са друге стране, постоји повезаност у популацији.

У Табели 118 приказане су дискриминантне функције настале на основу стандардизованих резултата на изворним особинама.

Табела 118. Стандардизовани коефицијенти каноничких дискриминационих функција

Димензије личности	Функције	
	1	2
Латентна зрелост	.191	.157
Поверење у људе	.047	-.268
Сарадња са људима	.509	.385
Фрустрациона толеранција	-.081	-.405
Несебичност	.021	.093
Оријентација ка будућности	.383	-.315
Епсилон	.037	.470
Хи	-.223	-.211
Алфа	.138	-.169
Сигма	-.184	-.689
Делта	-.073	.809
Ета	-.080	.279

У Табели 119 су приказане унутар групне корелације између дискриминационих варијабли и стандардизованих каноничких дискриминационих функција поређаних по величини.

Звездицом су обележене апсолутне највеће корелације између сваке варијабле и било које дискриминационе функције.

Табела 119. Матрица структуре дискриминативних функција

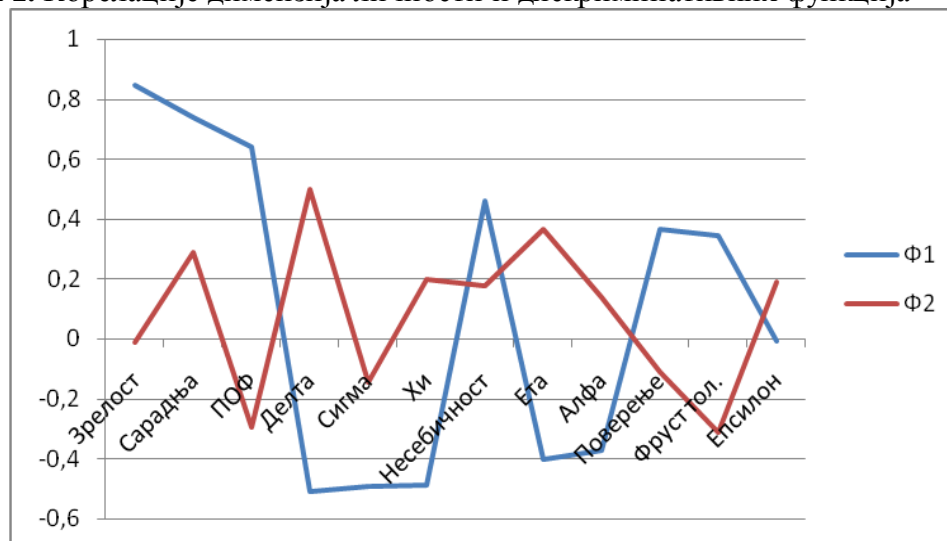
Димензије личности	Функције	
	1	2
Латентна зрелост	.848**	-.012
Поверење у људе	.741**	.289
Сарадња са људима	.641**	-.294
Фрустрациона толеранција	-.508**	.497
Несебичност	-.491**	-.143
Оријентација ка будућности	-.486**	.196
Епсилон	.463**	.175
Хи	-.402**	.364
Алфа	-.371**	.138
Сигма	.367**	-.108
Делта	.345**	-.311
Ета	-.007	.191**

** $p \leq 0.01$

Код прве дискриминационе функције постоји сложај које граде: висока латентна зрелост, сарадња са људима и оријентација ка будућности, ниска Делта (дисоцијативне реакције), Сигма (агресивност), Хи (психосоматске реакције), несебичност, негативна Ета (социјална не/зрелост) и Алфа (анксиозне реакције). Овај сложај особина граде и средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција.

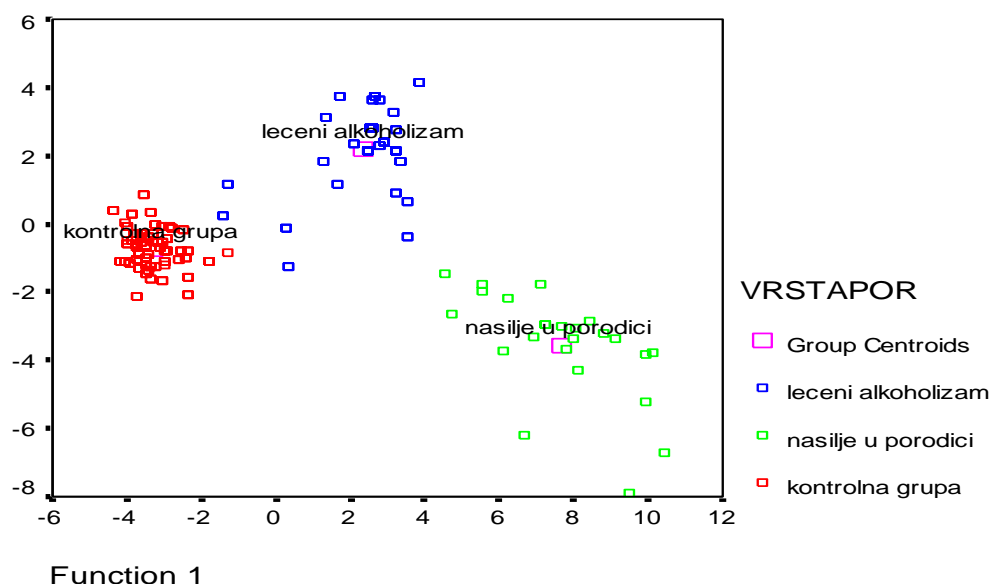
Другу дискриминациону функцију граде висока Делта, средње изражена Ета, ниска фрустрациона толеранција и ниска оријентација ка будућности (График 1).

График 1. Корелације димензија личности и дискриминативних функција



Графички приказ дискриминативних група (График 2), показује да је структура личности младих из функционалних породица и породица са насиљем ближа функцији један, односно два, док је структура младих из породица са алкохолизмом између тих центроида.

График 2. Групни центроиди поузорака у односу на добијене функције



У Табели 120 приказани су групни центроиди. Просек контролне групе на првој добијеној функцији позитиван, већи, тако да можемо закључити да младе из функционалних породица генерално одликују: високо развијеналатентна зрелост, изграђени лични идентитет, прихватање себе и других реално, сарадња са људима и оријентација ка будућности, потреба за личним и каријерним развојем у успехом; ниска Делта (дисоцијативне реакције), Сигма (агресивност), Хи (психосоматске реакције), несеби-чност, Ета (социјална незрелост) и Алфа (анксиозне реакције). Овај сложај особина граде и средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција, способност подношења лишавања материјалних и психолошких потреба. На другој добијеној функцији највећи просек имају млади из продица са насиљем, што указује да њих одликују висока Делта, неразвијеност Система за координацију регулативних функција, која се изражава дисоцијативним и дезорганизационим реакцијама; средње изражена Ета, способност адаптације, прихватање социјалних норми понашања; ниска фрустрациона толеранција и ниска оријентација ка будућности, непланирање и страх од будућности.

Табела 120. Групни центроиди

Врста породице	Функције	
	1	2
Функционална породица	.871	.039
Дисфункционална – насиље	-1.867	1.016
Дисфункционална – лечени алкохолизам	-1.287	-.388

У Табели 117. приказани су резултати каноничке корелације. Квалитет прве дискриминативне функције је, судећи по висини каноничке корелације (0.748) и по резултатима класификације, је веома добар. Квалитет друге дискриминативне функције са коефицијентом каноничке корелације од 0.347 је лошији.

На основу добијених резултата класификације (Табела 121) може се закључити да 92.5% младих из функционалних породица, 61.8% младих из породица са присутним насиљем и 60.2% младих из породица лечених алкохоличара је класификовано тачно. Добијени резултати нам сугеришу да постоје специфични профил личности младих у породицама са насиљем и породицама лечених алкохоличара.

Табела 121. Резултати класификације

<i>Врста породице</i>	<i>Функционална породица</i>		<i>Дисфункционална - насиље</i>		<i>Дисфункционална - лечени алкохолизам</i>	
<i>Функционална породица</i>	222	92.5%	7	20.6%	20	17.7%
<i>Дисфункционална – насиље</i>	2	.8%	21	61.8%	25	22.1%
<i>Дисфункционална – лечени алкохолизам</i>	16	6.7%	6	17.6%	68	60.2%

Применом једнофакторске униваријантне анализе варијансе са дискриминативним функцијама као зависнима варијаблама, добијена је статистички значајна разлика ($p \leq 0.01$) између подузорака у односу на обе дискриминативне функције.

Табела 122. Резултати *One-way ANOVA*

<i>Функција</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
1	243.812 [†]	2, 384	.000 ^{**}
2	26.224 [†]	2, 384	.000 ^{**}

[†]*One-way ANOVA*, ^{**} $p \leq 0.01$

Фишеров тест најмањих квадрираних разлика показује да млади из функционалних породица имају виши просек на првој функцији, од обе групе младих из дисфункционалних породица. Такође, млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом имају израженији профил са прве дискриминативне функције, у односу на младе из породица где је присутно насиље. На другој функцији група младих из функционалних породица се значајно разликује од младих из породица лечених алкохоличара, док млади из породица са насиљем се статистички значајно ($p \leq 0.01$)

разликују од младих из функционалних породица и младих из породица лечених алкохоличара (Табела 123).

Табела 123. Резултати Фишеровог ЛСД теста

Функција	Врста породице (I)	Врста породице (J)	Разлика између АС (I–J)	p
1	Функционална	Дисфункционална - насиље	2.73730906	.000**
		Дисфункционална – лечени алкохолизам	2.15784329	.000**
	дисфункционална – лечени алкохолизам	Дисфункционална - насиље	.57946578	.003**
2	Функционална	Дисфункционална – лечени алкохолизам	.42644072	.000**
	Дисфункционална - насиље	Функционална	.97734277	.000**
		Дисфункционална – лечени алкохолизам	1.40378350	.000**

** p ≤ 0.01

4.13. ПОВЕЗАНОСТ ПОРОДИЧНОГ ФУНКЦИОНИСАЊА И ПСИХОСОЦИЈАЛНОГ РАЗВОЈА МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ (СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ) ПОРОДИЦА

Утврђивање повезаности врсте породице: функционалне, породице са насиљем и породице са леченим алкохолизмом, са степеном психосоцијалног развоја младих из тих породица, испитивана је линеарном регресивном анализом, где је предикторска варијабла: врста породице са две категорије кодиране као дами варијабла.

0 = функционална и 1 = дисфункционална са леченим алкохолизмом и

0 = функционална и 1 = дисфункционална са насиљем.

4.13.1. Породични алкохолизам као предиктор у психосоцијалном развоју младих

С обзиром да породице са насиљем и алкохолизмом имају одређене значајне разлике у функционисању, резултати линеарне регресивне анализе приказани су у одвојеним табелама.

Подаци добијени линеарном регресивном анализом показују да породични алкохолизам представља значајни предиктор за поремећаје у функционисању породичног система, где је највиша, значајна повезаност ($\beta = .771$, $p = .000$), са поремећајима у брачној дијади и бригом младих за породичне односе ($\beta = .863$, $p = .000$). Поремећаји у субсистему родитеља и изражени страх за односе у породици

високо су повезани са развојем: латентне зрелости ($\beta = .664$), сарадње са људима ($\beta = .622$), оправданим изостајањем са наставе ($\beta = -.622$) и потребом за стручном помоћи психолога или психијатра ($\beta = -.578$).

Добијена је значајна повезаност средње јачине, између породичног алкохолизма и породичног функционисања: материјалног стања породице, кажњавања младих од стране мајке, психичких сметњи оца и затворености породичног система, који утичу на психичко функционисање младих: интелектуални развој, проблеме пажње и памћења, школско постигнуће, неоправдано изостајање са часова, ноћне страхове, зависност од алкохола и дувана (Табела 124, Прилог 3, Слика 1).

Слика 1. Утицај породичног алкохолизма на психосоцијални развој младих



4.13.2. Породично насиље као предиктор у психосоцијалном развоју младих

Породично насиље је значајни предиктор за поремећаје у функционисању породице и: поремећаја у брачној дијади ($\beta = -.958$, $p = .000$), кохезивности ($\beta = .605$, $p = .000$) и не/запослености оца ($\beta = .618$, $p = .000$) (Табела 125 налази се у Прилогу 4, Слика 2).

Слика 2. Утицај породичног насиља на психосоцијални развој младих



Поремећаји породичног функционисања изазвани насиљем значајно су и високо повезани са психичним функционисањем младих: бригом за породичне односе ($\beta = -.968$), ноћним страховима ($\beta = -.873$), потребом за стручној помоћи ($\beta = -.8739$), сарадњом са људима ($\beta = .523$), оријентацијом ка будућности ($\beta = .669$), латентном зрелошћу ($\beta = .618$), психосоматским реакцијама ($\beta = -.509$), дисоцијативним реакцијама ($\beta = -.591$), оправданим изостајањем из школе ($\beta = .618$), неоправданим изостајањем ($\beta = -.824$), поремећајима памћења ($\beta = -.541$), ноћним страховима ($\beta = -.722$), бежањем од куће ($\beta = -.569$), кршењем правила и кажњавањем у школи ($\beta = -.569$), сукобима са вршњацима ($\beta = -.460$). Средња, значајна, повезаност породичног насиља је добијена са: психичким сметњама оца, фрустрационом толеранцијом, поверењем у

људе, несебичношћу, анксиозним реакцијама, агресивношћу, социјалном адаптацијом, интелектуалним развојем, проблемима пажње, енурезом и зависношћу од алкохола.

4.13.3. Утицај функционалне породице на психосоцијални развој младих

Линеарна регресивна анализа, где је предикторска варијабла врста породице са две категорије кодирание као дами варијабла, 0 = функционална и 1 = дисфункционална са леченим алкохолизмом и насиљем, показује значајну предикцију особина личности: латентну зрелост, сарадњу са људима, оријентацију ка будућности и оправдане изостанке као понашање.

Млади из функционалних породица ће развити вишу латентну зрелост, сарадњу, са људима, фрустрациону толеранцију, поверење, несебичност, оријентацију ка будућности, интелектуално функционисање и бољи успех у школи. Дисфункционална породица ће код младих развити више вредности на Регулатору органских реакција (психосоматске реакције), Регулатору реакција одбране (анксиозност), Регулатору реакција напада (агресивност), Систему за координацију регулативних функција (дисоцијативне реакције), Систему за интеграцију регулативних функција (социјабилност), као особина личности и утицаће на оправдано и неоправдано изостање из школе, као понашање (Табела 126 налази се у Прилогу 5).

5. ДИСКУСИЈА

5.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Главни циљ овог истраживања састојао се у проналажењу повезаности одлика и начина функционисања породичног система и психосоцијалног функционисања и развоја специфичних одлика младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.

Испитивањем *социодемографских одлика* породица утврђено је да дисфункционалне породице одликује значајно нижи ниво образовног статуса родитеља, код којих преовлађује средња стручна спрема, нарочито код мајки из породица са насиљем, за разлику од функционалних, где више од половине родитеља има високу и вишу стручну спрему. Нижи образовни статус родитеља из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, значајно је повезан са већом незапосленосту родитеља и лошим материјалним стањем породица. Неиспуњавање материјалне улоге породице у

обезбеђивању задовољавања органских и психолошких потреба њених чланова повезано је са незадовољавањем мотива за материјалном и психолошком сигурношћу њених субсистема. Значајна неспособност задовољавања мотива сигурности, материјалне и психолошке, чланова породице пронађена је у породицама са насиљем у којима је код приближно једне половине присутана незапосленост родитеља и лоше материјално стање. Изузетно добро материјално стање је двоструко више присутно у функционалним породицама, у односу на дисфункционалне породице, породицама са насиљем и алкохолизмом. Бројна истраживања указују да проблеми одрастања у раном детињству изазивају проблеме у адолесценцији или зрелом добу. Фактори ризика за дечји развој су мултифакторски, имају кумулативно дејство и индивидуалне одлике. Аутори наглашавају значај социодемографских одлика породице (14%), породичну дисфункционалност (12%) и више истовремених узрока (9%). Највише негативних утицаја на развој младих имају емоционалне тешкоће у породичном функционисању и проблеми ауторитета (170).

Истраживањем је утврђена значајна разлика у *емоционалним односима* између чланова у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.

Поремећаји емоционалних односа значајно су израженији у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице. Највеће незадовољство због неизражавања љубави родитеља према деци присутно је код младих из породица са насиљем. Квалитет емоционалних односа мајке и деце се значајно не разликује у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом. Дисфункционалност породице, изазване насиљем и алкохолизмом, не оштећује емоционалну повезаност мајке и деце, јер је највећи број младих из ових породица задовољан изражавањем љубави мајке у њиховом детињству (171). Измењени емоционални односи у дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, повезани су са структуралним променама породице. Дисфункционалност породица, изазвана насиљем и алкохолизмом, значајно ремети емоционалне односе у субсистему деце (*sibling*-односи), који су оптерећени негативним емоцијама, нарочито љубомором, у поређењу са функционалним породицама. Најприсутнији поремећаји емоционалних односа између браће и сестара су у породицама са насиљем. Поремећаји емоционалних односа у субсистему деце значајно су повезани са доживљајем неједнаког изражавања љубави мајке према деци (171, 172). Половина младих из дисфункционалних породица са насиљем изражава незадовољство због неједнаког

емоционалног односа са децом, што указује на промену породичне структуре дисфункционалних породица настанком троуглава. Код петине дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, присутан је процес триангулације, савез мајке са неким од детета и неједнаки емоционални однос са сваким дететом, у поређењу са двоструко мањим бројем породичних троуглова код функционалних породица. Најизраженија промена структуре породичних односа, стварањем породичних троуглова, присутна је код породицама са насиљем. Триангулација може искључити оца из савеза мајке и деце или укључивањем детета у родитељску дијаду, чиме она прераста у тријаду (20, 21). Поремећаји емоционалних односа у дисфункционалним породицама изражавају се и значајно већим кажњавањем деце од стране родитеља у породицама са насиљем и алкохолизмом. Велики број младих из породица са насиљем има изражени страх од оца (173). Различитост у испољавању емоционалне тоpline, као стила родитељског понашања, повезано је са интернализованим и екстернализованим проблемима код деце и младих (174). Квалитет емоционалних односа у дисфункционалним породицама, са алкохолизмом и насиљем, највише је оштећен у односима између супружника или брачној дијади. Односе у брачној дијади дисфункционалних породица одликује присуство различитих облика насиља и проблема комуникације, у поређењу са односима у брачној дијади функционалних породица (175). Више од половине дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, одликује поремећај емоционалних односа између супружника у облику вербалног (57.1%), физичког насиља (23.8%) и прекида комуникације (8.2%). Код две трећине породица са насиљем изражено је и физичко и вербално насиље, док је вербално насиље најприсутније у породицама са леченим алкохолизмом (66, 176).

Млади из породица са насиљем и алкохолизмом уочавају бројне *последице породичне дисфункционалности*: неостваривање материјалне сигурности, поремећаје у емоционалним односима између чланова, ниже школско постигнуће и тешкоће у њиховом психичком функционисању. Највећи број младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, наводи вишеструке последице породичне дисфункционалности. Поремећаји комуникације и лоши породични односи су најприсутније негативне последице породичног насиља и алкохолизма. Код младих из породица са леченим алкохолизмом најчешће последице породичне дисфункционалности представљају изражени проблеми у учењу и психички поремећаји (34, 35, 134). Структуралне и динамичке промене породичних дисфункционалних система, са насиљем и алкохолизмом, значајно утичу на већу забринутост младих за породичне

односе, у односу на забринутост младих у функционалним породицама. Сви млади из породица са насиљем имају изражену бригу за породичне односе и преко осамдесет посто младих из породица са алкохолизмом. Повећана анксиозност и породична оријентација на одржавање целовитости породичног система, упркос поремећеним односима у субсистемима, праћена је триангулацијом, умрежавањем мајке и деце или супрасистема ради остваривања породичних улога (22, 177). Дисфункционалност очева у обављању родитељских улога у породицама са насиљем и алкохолизмом, повезана је са укључивањем других система у њено функционисање. Породице са насиљем и алкохолизмом одликује и недовољно испуњавање очеве улоге у образовању своје деце (178). У дисфункционалним породицама, отац препушта улогу образовања деце супрузи или другим члановима уже и шире породице. Половина мајки има искључиву улогу у образовању деце у дисфункционалним породицама. Старији брат или сестра највише преузимају улогу образовања деце и младих од родитеља у породицама са насиљем. Незаинтересованост родитеља за образовање своје деце најприсутније је у породицама са насиљем. Истраживањем је установљена и значајна разлика у дистрибуцији ауторитета функционалних и дисфункционалних породица. Улога одлучивања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом се значајно различито остварује. У функционалним породицама је доминантно заједничко одлучивање оба родитеља. Улогу одлучивања у дисфункционалним породицама, преузима мајка, у петини породица. У породицама са леченим алкохолизмом, је поред заједничког одлучивања, најприсутније одлучивање мајке и деце, што указује да је и промена улоге одлучивања узрок појаве триангулације у дисфункционалним породицама. У породицама са насиљем најприсутнији облик одлучивања је искључиво улога мајке. Приближно код једне десетине дисфункционалних породица са алкохолизмом изражен је потпуни прекид комуникације и договора у одлучивању између чланова породице. Поремећаји у комуникацији дисфункционалних система повезани су са немогућношћу учења комуникационих вештина и вештина решавања проблема младих (179). Дисфункционалност породица са насиљем и алкохолизмом праћена је поремећајима комуникације са другим системима затварањем својих граница. Затвореност граница породичног система је значајно присутнија у дисфункционалним, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице. У функционалним породицама две трећине породица има отворене границе свог система за дружење са другим породицама, за разлику од дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, код којих се две трећине

породица затвара за комуникацију са другим системима. Социјална изолација породице и недостатак друштвене подршке појачава негативне утицаје породичне дисфункционалности, отежану диференцијацију личности и утиче на трансгенерациско преношење дисфункционалних облика понашања (180).

Изражени проблеми у брачној дијади, присуство насиља и неостваривање родитељских улога повезани су са *напуштањем породице од стране мајке* у породицама са насиљем и алкохолизмом. Дисконтинуирана одвојеност деце од мајке значајно је присутнија у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице. Дисфункционалност породичног система повезана је са повременим напуштањем деце од стране мајке код трећине породица са насиљем и алкохолизмом. У породицама са алкохолизмом је најприсутније одвајање деце од мајке, у временском периоду од неколико недеља, а у породицама са насиљем од неколико дана до неколико месеци. Најчешћи разлози за повремено одвајање деце од мајке у дисфункционалним породицама су економске природе и органска болест. У породицама са насиљем, код трећине жена/супруга, због физичког и вербалног насиља, телесног повређивања и изложености хроничном, негативном стресу, најчешћи разлог одвајања од деце је њена органска болест. Одвајање деце или младих од родитеља повезано је са сепарационом анксиозношћу, ниским самопоштовањем, депресијом, моторном инхибицијом, хиперактивношћу, недостатком пажње и импулсивношћу. Недостатак емоционалне везаности и објекталног односа са родитељима доводи до: психопатолошких проблема, агресије, соматоформних поремећаја, проблема у комуникацији и ниског школског постигнућа младих (181). Дисконтинуирана одвојеност деце од родитеља води ка емоционалним проблемима, анксиозности, селективном мутизму, проблемима пажње и инхибиционом понашању (182). Одрастање младих у породицама са насиљем и алкохолизмом значајно је повезано са тешкоћама у психосоцијалном функционисању, због чега је код њих повећана потреба за пружањем стручне помоћи психолога и психијатра. Приближно код деведесет посто младих из породица са насиљем утврђена је потреба за саветодавним и психотерапијским радом психолога ради успостављања хомеостазе у сопственом систему или остваривања саморегулације и нормалног функционисања личности (183).

Функционалне и дисфункционалне породице, породице са насиљем и алкохолизмом, се значајно разликују у присуству *породичне патологије*. У породицама са алкохолизмом и насиљем, четвртина очева има неку врсту психичких сметњи, знатно више од присуства психопатологије мајки (6%). Породични криминалитет, као облик

породичне социјалне патологије, најприсутнији је у породицама са насиљем (9%), што указује на присуство асоцијалног или антисоцијалног поремећаја личности родитеља (46, 90).

5.2. Породичне димензије кохезивност и адаптабилност

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, праћена је променама у породичним димензијама: кохезивности, адаптабилности и комуникацији. Истраживањем је утврђена значајна разлика у породичној димензији кохезивност дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у односу на кохезивност функционалних породица. У породицама са насиљем и алкохолизмом смањује се блискост, топлина, осећање заједништва, у поређењу са вредностима димензије кохезивности у функционалним породицама. Добијена просечна вредност димензије кохезивности у функционалним породицама је за категорију виша (висока), у поређењу са нивоом развоја кохезивности у дисфункционалним породицама (развијена). Најмања кохезивност између чланова породице утврђена је у породицама са насиљем, у односу на породице са алкохолизмом и функционалним породицама. Високо развијена кохезивност најприсутнија је у функционалним породицама, а најмање у породицама са насиљем. У породицама са леченим алкохолизмом је високо развијена кохезивност двоструко већа у односу на породице са насиљем. Изражена фрустрираност младих из дисфункционалних породица, због недовољне или неједнко изражене љубави према деци, поремећени односи у брачној дијади и између деце, утичу на перцепцију младих о породичној блискости, заједништву или кохезивности. Породичну кохезивност различито процењују родитељи, у односу на своју децу. За процену кохезивности породице важна комуникација и степен љубави који дете прима у породици (184).

Функционалне и дисфункционалне породице, породице са насиљем и алкохолизмом, значајно се разликују у димензији адаптабилност, способностима породице за: структурирањем и извршавањем породичних улога, променама, решавањем проблема, прилагођавањем, постављањем норми понашања (185). Димензија адаптабилност је најмање изражена у породицама са насиљем. У функционалним породицама најприсутнија је адаптабилност категорије развијена - структурирана, а најмање висока. Код приближно половине породица са насиљем је присутна најмање развијена категорија адаптабилности - умерена (186). Бројна истраживања доказују да је једна од значајних одлика дисфункционалних породица њена неспособност да задовољи

потребе својих чланова, шире друштвене заједнице, решава конфликти и стресне ситуације кроз отворену комуникацију, флексибилност и способност за промене и повезаност са другим породицама и социјалним системима (11-14).

5.3. Психосоцијални развој младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

5.3.1. Успех и проблеми у учењу

Промене у функционисању породичних система са насиљем и алкохолизмом значајно су повезане са интелектуалним развојем и степеном остварених академских постигнућа младих из тих породица, у поређењу са когнитивним развојем и успехом младих из функционалних породица.

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, повезана је са значајно нижим школским постигнућем младих, у односу на школско постигнуће младих из функционалних породица. Просечани успех младих из функционалних породица је јако врло добар; врло добар успех код младих из породица са леченим алкохолизмом и добар код младих из породица са насиљем. Најбољи, одлични, општи успех у школи, постигло је више од половине младих из функционалних породица, а најмање млади из породица са насиљем. Највећи број недовољних ученика, једна петина, присутна је у породицама са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, значајно више оправдано и неоправдано изостају из школе, у односу на младе из функционалних породица. Највише оправданих и неоправданих изостанака из школе имају млади из породица са насиљем, просечно више од десет дана. Велики број неоправданих изостанака младих из дисфункционалних породица представља основу за изрицање васпитно-дисциплинских мера. Добијени подаци о значајно нижем школском постигнућу младих из дисфункционалних породица представљају последицу недостатка когнитивних подстицаја коју добијају у својој породици због: незаинтересованости очева за остваривање улоге образовања код своје деце, честих одвајања од мајке, препуштања улоге одлучивања другим породичним субсистемима или супрасистемима, лоше материјалне ситуације, изражене психопатологије родитеља, смањене кохезивности, отежане комуникације и недовољне адаптабилности/флексибилности породичног система. Породична дисфункционалност доводи до сиромашних школских постигнућа, због ниже опште друштвене и интелектуалне

стимулације, недостатка утицаја медија: ТВ, интернета, музике, ниже физичке активности, зависности од супстанци и емоционалних проблема младих (90, 134).

Одрастање младих у дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, повезано је са значајно већим бројем проблема у учењу, у односу на изражене тешкоће у савладавању градива младих из функционалних породица. Према добијеним подацима, утврђено је да млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, имају знатно више: тешкоћа у одржавању пажње, запамћивању, савладавању градива, незаинтересованости за школу, изражене страхове од школе, забринутост за школске обавезе, у поређењу са тешкоћама у учењу младих из функционалних породица. Највеће тешкоће у одржавању пажње, две трећине, изражене су код младих из породица са насиљем. Трећина младих из породица са насиљем и алкохолизмом има изражене страхове од школе, незаинтересованост за школу и школска постигнућа. Тешкоће у учењу и ниже академско постигнуће праћено је и значајно нижом сигурношћу у испуњавању школских захтева код приближно половине младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом (134). Постоје истраживања која интернализоване проблеме младих из дисфункционалних породица, анксиозност, депресију, повезују са проблемима учења психобиолошким механизмима. Висока будност нервног система (arousal) и дугогодишња изложеност стресу води ка смањеној будности, проблемима у учењу и екстернализованим симптомима (187).

5.3.2. Конативно функционисање младих у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Истраживањем је утврђена значајна разлика конативног функционисања младих из дисфункционалних породица, са алкохолизмом и насиљем, у односу на конативно функционисање младих из функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, имају израженије вредности у испитиваним конативним димензијама: Регулатору органских функција (Хи-димензија - психосоматске реакције), Регулатору реакција одбране (димензија-анксиозност), Регулатору реакција напада (димензија- агресивност-неагресивност), Систему за координацију регулативних функција (дисоцијативне реакције) и Систему за интеграцију регулативних функција (димензија-асоцијалност-социјална адаптација), осим у Регулатору активитета (димензија-екстраверзија-интроверзија), у поређењу са конативним функционисањем младих из функционалних породица. Највеће промене у конативном функционисању младих добијене су у подузорку младих из породица са насиљем, у поређењу са конативним функционисањем младих из породица са леченим

алкоголизмом и функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкоголизмом имају израженије конативне димензије, у поређењу са конативним димензијама младих из функционалних породица. У конативним димензијама Регулатора органских, психосоматских реакција, Систему за координацију регулативних функција, дисоцијативним реакцијама и Систему за интеграцију регулативних функција, социјалној не/адаптираности, млади из породица са насиљем имају израженије промене, у односу на младе из породица са алкоголизмом. Димензија Реакција одбране, анксиозне реакције, је израженија код младих из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкоголизмом, док значајних разлика између ових група младих нема у димензији Реакција напада или агресивним реакцијама (188).

Према Кибернетичком моделу димензија личности, целокупно психолошко функционисање одређују шест хијерархијских конативних димензија личности, когнитивни и моторни систем. Поремећаји нижих регулативних функција, Регулатора реакција органских, одбрамбених и Регулатора напада, утичу на отежано функционисање виших Система за координацију и интеграцију регулативних функција (17, 167). Конативно функционисање младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкоголизмом, значајно се разликује у хијерархијски нижим и вишим димензијама: Регулатору одбране, напада, органских реакција, Системима за координацију и интеграцију регулативних функција, осим у најниже постављеном енергетском Регулатору активитета.

Иако истраживање није установило значајне разлике у функционисању Регулатора активитета, најниже хијерархијски лоцираног система који регулише енергетски ниво свих осталих система, укључујући когнитивне и моторичке процесоре, категорија патолошког функционисања ове димензије је израженија код младих из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкоголизмом и функционалних породица. Патолошко функционисање Регулатора активитета води ка абуличним, депресивним и хипоманичним реакцијама (87, 93, 189, 190). С обзиром да ниво активитета одређује брзину протока информација у централном нервном систему, ти поремећаји утичу на ефикасност когнитивних и моторичких процеса. Изражени проблеми у когнитивном функционисању младих из породица са насиљем повезани су са значајно најнижим школским постигнућима и израженим проблемима у учењу. Добијени подаци су у складу са резултатима других студија у којима млади из породица са насиљем имају последице у менталном здрављу: психолошке, социјалне и академске тешкоће у

остваривању школских задатака (98). Поремећаји породичне кохезије, преко проблема самоконтроле и саморегулације, повезани су са статистички значајним разликама у функционисању хијерархијски виших конативних димензија, Регулаторима одбране/анксиозне и напада/агресивне и органских/психосоматским реакцијама, младих из дисфункционалних породица, у односу на младе из функционалних породица (191). Више од половине младих из породица са насиљем и алкохолизмом има испод просечно и патолошко функционисање Регулатора органских функција (Хи), одговорног за центре органских функција. У неповољним условима код ове групе испитаника из дисфункционалних породица, нарочито код младих из породица са насиљем, поремећаји овог Регулатора могу изазвати функционалне поремећаје основних органских система (кардиоваскуларни, респираторни, урогенитални, сензорни, моторни) и контроле биолошких процеса, и тиме секундарно формирати хипохондријски реакциони систем и настанак психосоматских болести (18, 96, 192). Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом имају значајније изражене реакције одбране, анксиозне и трауматске симптоме, у односу на младе из функционалних породица (72). Категорија патолошког функционисања конативне димензије одбране, патолошка анксиозност, присутна је код четвртине младих из породица са алкохолизмом и насиљем. Поремећаји функционисања Регулатора одбрамбених реакција (Алфа) доводе до симптома анксиозности, која ствара основу за патолошке реакције као што су: фобичност, опсесивност, компулсивност, сензорна и емоционална преосетљивост, посттрауматски стресни поремећај (122, 193). Дисфункција димензије Регулатора одбрамбених реакција, у спрези са дисфункцијом Регулатора активитета, може изазвати појаву психопатологије у будућности, депресивне модалитете и психастеничност (194). У спрези са дисфункцијама Система за координацију регулативних функција, дисоцијативне реакције, дисфункција Регулатора реакција одбране изазива теже депресивне, опсесивне и компулсивне реакције, док је неуротицизам последица дисфункција Регулатора одбране и органских реакција (195, 196). Карактеристике дисфункционалне комуникације у породицама са насиљем укључује ниже степене вербалне експресије и емоционалних реакција, нижу толеранцију на критику и њихово интимно тумачење, које повећава анксиозност и повећавање разлога за насиље (197). Реакције Регулатора напада (Сигма) или агресивне реакције значајно су израженије код младих из дисфункционалних породица, у односу на агресивност младих из функционалних породица. Због енергетког потенцијала нужног за реализацију агресије, Кибернетички модел предпоставља значајну везу

између Регулатора напада и Регулатора активитета. Поремећаји Регулатора напада огледају се у различито моделираним агресивним реакцијама и слабој контроли непосредних импулса. Патолошке вредности на конативној димензији агресивних реакција утврђене су код петине младих изложених породичном насиљу и алкохолизму. У неповољном развоју, код ове групе младих повећане агресивне реакције могу изазвати низ екстернализованих симптома: импулсивност, деструктивност, поремећаје у понашању, делинквентност (110, 198). Агресивне реакције младих из дисфункционалних породица повезују се са менталним здрављем мајке, недостатком мајчине љубави, топлине, физичким кажњавањем деце. Опажање и искуство физичког насиља и злостављања у породичним односима између њених чланова утиче на појаву агресије, копирање агресије у будућности и ризик за трансгенерацијско преношење дисфункционалног понашања, екстернализованих поремећаја у понашању, односно насиља (199, 200, 201).

Дисфункција нижих конативних регулатора младих из породица са насиљем и алкохолизмом, психосоматских, анксиозних и агресивних реакција, повезана је са значајним поремећајима функционисања надређеног Система за координацију регулативних функција (Делта), у односу на младе из функционалних породица (202). Патолошко функционисање Система за координацију регулативних функција најприсутније је код младих из породица са насиљем, приближно четвртина, у односу на присуство дисоцијативних и дезорганизационих реакција код младих из породица са алкохолизмом. Патолошке вредности Система за координацију регулативних функција изазивају дезорганизацију когнитивних и конативних процеса, и поремећаје моторичких функција. Схизоидни, параноидни и манични симптоми су непосредни производ поремећаја овог система. Тежи поремећаји Система за координацију регулативних функција производе секундарне поремећаје свих функционално подређених система: теже форме сензорне и моторне конверзије, неке облике инхибиторне конверзије и фиксирани фобије, опсесије и компулсије (203).

Поремећаји хијерархијски нижих конативних димензија младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, доводе до значајних разлика у функционисању највишег Система за интеграцију регулативних функција, Ета, у односу на младе из функционалних породица. Систем за интеграцију регулативних функција интегрише конативне промене под видом структуре психолошког поља, а посебно под видом социјалног поља и промена у том пољу. Због тога се скуп програма који одређује функције овог система претежно формира у току васпитног процеса,

условљавањем и идентификацијом. Патолошко функционисање Система за интеграцију регулативних функција израженије је код младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом. Трећина младих из породица са насиљем има патолошко функционисање Система за интеграцију регулативних функција. Неповољни развој патолошког функционисања система за интеграцију повезан је са социјалном дезадаптацијом, нижим нивоом социјалне зрелости и екстернализованим симптомима. Изложеност породичној дисфункционалности изазваној насиљем и алкохолизмом, у спреси са родитељском психопатологијом и ниском саморегулацијом младих, утиче на антисоцијално понашање, алкохолну зависност, агресију, непријатељске реакције и трансгенерацијско преношење насиља и алкохолизма, (81, 110, 197, 204, 205).

5.3.3. Интелектуални развој младих у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, значајно утиче на интелектуални развој младих. Истраживањем је утврђена значајна разлика у степену развијености опште интелигенције младих из функционалних и дисфункционалних породица. Просечна вредност опште интелигенције младих из функционалних породица је $IQ=112$, изражено категоријама, нешто изнад просека, за разлику од просечне вредности младих из дисфункционалних породица, $IQ=103$, што представља горњу границу просека. Највећи број младих из функционалних породица има изнад просечну интелигенцију, у односу на младе из дисфункционалних породица, код којих више од половине има просечну интелигенцију. Код петине младих из функционалних породица добијена је категорија високе интелигенције, која није регистрована у подзорку младих из дисфункционалних породица. Значајне разлике у развоју опште интелигенције између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нису потврђене (133). Добијени подаци су у складу са истраживањима у којима млади из дисфункционалних породица постижу ниже резултате на тестовима који мере когнитивне и вербалне вештине, способности апстраховања, концептуалног резоновања и решавања проблема. Ниже интелектуалне способности младих из дисфункционалних породица повезују се са недостатком срединске стимулације, незаинтересованошћу родитеља за образовање деце и смањеним когнитивним способностима родитеља. Сиромашни речник, недостатак способности да искажу своје мисли, стални неуспеси у постизању академских циљева, страх од неуспеха и школе,

потреба за додатном помоћи у учењу представљају најзначајније одлике младих из дисфункционалних породица (134, 206).

5.4. Поремећаји психосоцијалног развоја младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Психосоцијални развој младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, значајно је повезан већим бројем поремећаја, у односу на присуство психосоцијалних поремећаја младих из функционалних породица (207).

У психосоцијалном развоју млади из породица са насиљем и алкохолизмом имају значајно више поремећаја: грицкање ноктију, енурезу, хиперактивност, повученост, тикове, муцање, лагање, фобије, ноћне страхове, тврдоглавост, сукоб са вршњацима и стидљивост. Насиље у породици и лечени алкохолизма највише су повезани са појавом ноћних страхова, фобија, лагања и грицкања ноктију младих. Одрастање у породицама са насиљем праћено је значајним присуством хиперактивног понашања, повлачења, лагања, фобија, пасивне агресивности - тврдоглавости, сукоба са вршњацима, тикова, муцања и ноћних страхова. У поузорку младих из породица са леченим алкохолизмом најбројнији поремећаји психосоцијалног развоја су: грицкање ноктију и стидљивост. Поремећаји психосоцијалног развоја младих из породица са насиљем и алкохолизмом представљају последицу дуготрајне изложености породичном негативном стресу, израженим конфликтима и трауматским искуствима. Трауматски симптоми, флеш епизоде, отежана комуникација и недостатак блискости са родитељима повезани су са појавом поремећаја психосоцијалног развоја (208).

5.4.1. Поремећаји у понашању младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, повезана је већим бројем поремећаја у понашању младих. Млади изложени породичном насиљу и алкохолизму значајно више напуштају своје породице, имају већи број покушаја самоубиства, више крше правила у школи и друштву, због чега су чешће кажњавани. Половина младих из породица са насиљем и четвртина младих из породица са алкохолизмом је због изражених лакших и тежих престапа у непоштовању школских правила кажњавана. Трећина младих из породица са насиљем је, једном или више пута, бежала од куће. Десетина младих из дисфункционалних породица је једном или више пута покушала самоубиство (209). Поремећени односи између родитеља и деце, нижа кохезивност, емоционална усамљеност, несигурност у социјалним вештинама изазивају општу неадекватност, бежање од проблема и реалности напуштањем

сопствених домова или покушајима самоубиства (47, 97, 98). Лоше материјално стање у дисфункционалним породицама, склоност да се у комуникацији испољава неконтролисанаост, појачавајају самоубиства младих у тим породицама (210).

5.5. Психичка зрелост младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, значајно је повезана са успореним развојем психичке зрелости младих из тих породица, у односу на степен развоја психичке зрелости младих из функционалних породица. Ниво оствареног развоја психичке зрелости младих из функционалних породица је за једну категорију виши, у односу на постигнуту зрелост младих из дисфункционалних породица и породица са алкохолизмом, и за две категорије развијенији од зрелости младих из породица са насиљем. Највећи број младих из функционалних породица остварују, у просеку, преминацију зрелог понашања, или категорију 4, за разлику од просечне зрелости младих из дисфункционалних породица који остварују психичку зрелост категорије између 2 и 3, што одговара преминацији незрелог понашања. Млади из породица са алкохолизмом имају просечну категорију латентне зрелости 3 или зрело понашање са повременим регресијама. Најниже просечне вредности на Скали латентне зрелости добијене су у подзорку младих из породица са насиљем – 2 или преминацију незрелог понашања. Две трећина младих из функционалних породица у свом психичком развоју достижу ниво преминације зрелог понашања и изразито зрело понашање. Само 1.3% младих из функционалних породица има преминацију незрелог понашања. Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у највећем броју развија незрело и зрело понашање са повременим регресијама. У подзорку младих из дисфункционалних породица није регистрован развој изразито зрелог понашања. Изразито незрело понашање је најприсутније у подзорку младих из породица са насиљем. Половина младих из породица са насиљем има преминацију незрело понашање и само 8.8% њих постиже преминацију зрелог понашања. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија зрело понашање са повременим регресијама и преминацију незрелог понашања. У подзорку младих из алкохоличарских породица само 8.8% развија преминацију зрелог понашања.

Млади из дисфункционалних породица са вишим нивоом интелектуалних способности имају виши ниво развијене зрелости, у односу на младе са нижим интелектуалним способностима из истих породица. Повезаност развоја опште

интелектуалне способности и постигнуте латентне зрелости је значајна и висока. Млади из породица са насиљем и алкохолизмом, који имају категорију просечне интелигенције, развијају на Скали латентне зрелости просечне вредности категорије преминација незрелог понашања, за разлику од младих из истог узорка са изнад просечном интелигенцијом, који развијају зрело понашање са повременим регресијама. Највећи број младих из породица са насиљем који развијају незрело понашање има просечну интелигенцију, за разлику од младих са изнад просечним способностима који развијају преминацију зрелог понашања. У подзорку младих из породица са алкохолизмом зрело понашање развијају млади са просечном и изнад просечном интелигенцијом. Изражене сметње у димензијама конативног функционисања младих из дисфункционалних породица ометају развој особина зрелости. Добијени подаци указују да 46% младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, није успело да постигне одређени степен равнотеже између идентитета и интегритета, у односу на своје вршњаке који нису одрастали уз очеве алкохоличаре и насилнике. Породични алкохолизам и насиље успоравају развојне процесе, који успостављају својства идентитета, скуп свих особина које одликују једну особу и омета уједињујуће тенденције, претежно социјалног порекла, које имају за циљ да разуђени идентитет сведу у друштвено прихватљиве оквире. Претерано разуђени идентитет младих из породица са насиљем и алкохолизмом води ка социјалној изолацији и настанку проблема у социјализацији личности. Породични алкохолизам и насиље доводе до стварања незреле личности, врсту незрелости коју *Хрњица* (167) назива „незрелост неразвијене личности“. Осећање невољености, непостојање блискости са родитељима ствара несигурност, емоционалну нестабилност, поремећај идентификационих и интеграционих процеса. Овај тип незрелости има своје појавне облике у антисоцијалном понашању (алкохолизам, делинквенција, скитња, психопатије) и неуротско понашање (бекство од реалности).

Повезаност интелектуалног, емоционалног и социјалног аспекта зрелости изражава се значајном везом између интелектуалних способности и латентне зрелости. Укупна зрелост личности се састоји из три дела: интелектуалне (развијеност нижих и виших сазнајних процеса, критичност, самокритичност, развијеност интересовања), социјалне (поштовање и уважавање мишљења других људи, спремност за помагање и прихватање радних обавеза) и емоционалне (прилагођавање групи, сигурност у односима са другима и способност за самоконтролу). Што је интелектуални развој младе особе већи он изазива и већи емоционални и социјални развој. Повећане

анксиозне, агресивне и дисоцијативне реакције младих из дисфункционалних породица стварају ирационалне импулсе који отежавају стицање искуства кроз реалистичну комуникацију са средином и онемогућавају учење из свог и туђег искуства, предвиђање понашања, формирање идеала. На овај начин анксиозне, агресивне и дисоцијативне реакције ометају изражавање когнитивних способности у анализи постојећег искуства и развој особине зрелости - симболизације искуства. Виши степен интелектуалне зрелости младих из дисфункционалних породица доводи до развијеније психичке зрелости (89, 211).

Централна особина, значајна за стварање слике о себи или идентитет личности и најпоузданија мера за разликовање личног и социјалног идентитета, представља алоцентризам. Изражава се тачном проценом других људи, њихових потреба, особина, правилном комуникацијом и емоционалном топлином. Млади из породица са насиљем и алкохолизмом имају сметње у Системима за координацију и интеграцију регулативних функција, тако да се уместо алоцентризма развија њена супротност егоцентризам, где се у когнитивним, емоционалним и социјалним реакцијама узима сопствена личност као мерило и изражава према људима кроз нетолеранцију, себичност и непоштовање. Трећа особина зрелости степен интеграције личности младих из алкохоличарских и породица са насиљем снижен је због изражених сметњи у свим димензијама конативног функционисања, осим активитета које ова особина повезује. Ова особина означава унутрашњу организацију вредности, особина, мотива, слику о себи и њихову контролу. Степен инегрисаности личности садржи диференцијацију између делова личности и контролу над постигнутом диференцијацијом тј. интеграционе процесе (212). У Кибернетичком моделу димензија личности ова особина се налази на највишем месту у хијерархији као Систем за интеграцију регулативних функција. Ниски степен интегрисаности не омогућава успешно коришћење когнитивних способности, стварање реалне слике о себи и добре односе са људима. Проблеми социјализације младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, израженији су у прихватању правила понашања у школи у друштвеним односима. Изражене когнитивне сметње у функционисању пажње, учења и памћења младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, снижавају способности мишљења и интелигенције у тачној процени ситуације које представљају основу особине зрелости - повећана стабилност. Развој аутономије, особине зрелости, зависи од развијености когнитивних способности, слике о себи, стабилног система вредности и позитивног искуства са другима. Изражава се кроз могућност примене

стеченог знања у новим ситуацијама и отпор према притиску других према којима се има наклоност или ненаклоност. Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, немају изражену сарадњу са другим људима, поверење у људе, несеби-чност, имају негативно искуство у породици због испољавања веће агресивности између чланова породице, што негативно утиче на развој аутономије (213).

Породични алкохолизам и насиље изазивају сукоб психолошких потреба младих и средине стварајући кризу која се може разрешити позитивно, развијањем само-поуздања, оптимизма и зрелости, али у значајно већем броју случајева, негативно, развојем песимизма, несигурности и незрелости. Поремећаји селф-диференцијације родитеља у дисфункционалном породичном систему, изазваном насиљем и алкохолизмом и поремећеност свих димензија породичног живота имају за последицу емоционалну, социјану и укупну незрелост, отежани развој диференцијације и интегритета личности (140, 167, 214).

Млади из дисфункционалних породица имају значајно ниже вредности на свим суб-скалама Скале латентне зрелости: Поверење у људе, Сарадња са људима, Фрустрациона толеранција, Несебиичност и Оријентација ка будућности. Статистички значајних разлика у развијености сарадње, несебиичности и поверења у људе између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нема. Резултати истраживања показују да је повезаност одрастања у породици са насиљем и развој психичке зрелости значајнија, у односу на повезаност породица са алкохолизмом и психичког сазревања. Млади из породица са насиљем имају значано ниже просечне вредности у димензијама зрелости: фрустрационој толеранцији, оријентацији ка будућности и постигнутој психичкој, латентној, зрелости, у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом (215). Породично насиље активно утиче на бихевиоралне и когнитивне одговоре и психо-социјалну прилагођеност. Симптоми стреса, одвајање од родитеља, квалитет односа дете-родитељ, појава екстернализованих и интернализованих симптома условљавају дечји одговор и способности социјалног прилагођавања деце или младих (81, 216).

Зрелост се изражава кроз димензију сарадње са људима, могућностима одговарајућих реакција у остваривању заједничких активности и помагању другим људима. У функционалним породицама више од половине младих развија натпросечну и изражену сарадњу са људима. Млади из дисфункционалних породица највише развијају просечну и испод просечну сарадњу са људима. У подзорку младих из дисфункционалних породица није развијена категорија изражене сарадње са људима. Најмање развијена

сарадња са људима, једна четвртина, је код младих из породица са насиљем. Смањена сарадња са људима младих из породица са насиљем и алкохолизмом је последица смањеног интегритета личности. Нижи степен повезаности између вредности, особина, појмова о себи и мотива смањује контролу над постигнутом диференцијацијом и број контаката са другима (167). Млади из дисфункционалних породица имају снижену фрустрациону толеранцију или повећану осетљивост на губитке материјалне и психолошке, у односу на младе из функционалних породица. Млади из породица са насиљем и алкохолизмом немају развијену натпросечну и изражену фрустрациону толеранцију. Најнижу фрустрациону толеранцију развијају млади из породица са насиљем, нешто више од половине подзорка. Млади из породица алкохоличара имају изражене депресивне симптоме, ниско самопоштовање и ниску отпорност на стрес, што све заједно води ка емоционалним и психичким проблемима (217). Одрастање у дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, смањује поверење у људе и могућност да се тражи помоћ или заједничко планирање активности, у поређењу са младима из функционалних породица. Највећи број младих из функционалних породица имају исподпросечно и просечно развијено поверење у људе. Млади из дисфункционалних породица, приближно половина, имају мало поверења у људе. Најмање поверења у људе развијају млади из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкохолизмом и функционалних породица. Љутња и негативне емоције младих из дисфункционалних породица, са насиљем, изазивају неповерење и сарадњу са другим људима (218). Снижена сарадња и поверење у људе праћено је смањеном потребом за помагањем другим људима код младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, у поређењу са особинама и потребама младих из функционалних породица. Најмања несебичност према људима присутна је код младих из породица са насиљем, где је трећина младих са ниско развијеном потребом за пружањем помоћи другима. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија просечну и испод просечну несебичност. Однос према будућности младих из функционалних породица се разликује од односа младих из дисфункционалних породица. У породицама са насиљем и алкохолизмом млади имају мање планова за будућност, више песимизма и страха, него млади из функционалних породица. Преко деведесет посто младих из функционалних породица окренуто је ка будућности, јер има изражену потребу за личним развојем, усавршавањем и напредовањем. Зрелост омогућава младима да планирају свој напредак у послу, породици и развијају своју личност и потенцијале. Однос према будућности, нада и вера да може бити боље у

породичном и пословном животу, значајно зависи од добрих односа са људима и сарадње, подношења неуспеха, поверења у људе и несебичности. Млади из дисфункционалних породица имају изражену просечну усмереност ка планирању и напредовању у будућности. У поузорку младих из породица са насиљем је мањи број неразвијене потребе за планирањем, у односу на младе из породица са алкохолизмом. Отежани емоционални, конативни и интелектуални развој младих из дисфункционалних породица, заједно са проблемима у учењу и нижим школским постигнућима и оствареном психичком зрелошћу, изазивају незаинтересованост и страх од будућности (47, 167, 214). Депресивни симптоми, проблеми спавања, немогућност контроле понашања младих из породица са алкохолизмом утичу на лошу способност предвиђања и планирања будућности (119, 219, 220).

5.6. Став према употреби алкохола младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Истраживањем је утврђена значајна повезаност између дисфункционалности породице, изазване насиљем и алкохолизмом, и позитивног става младих према употреби алкохола. Млади из функционалних породица имају значајно негативнији став према употреби алкохола, у односу на став младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, код којих две трећине понекад или често употребљава алкохол. Често коришћење алкохола (2-3%) присутно је код младих из дисфункционалних породица. У поузорку младих из породица са алкохомом трећина младих има изразито негативан став према употреби алкохола, али и две трећине позитиван став, што указује на трансгенерацијско преношење алкохолизма, као модела понашања. Највећи број младих из породица са насиљем има позитиван став према употреби алкохола, приближно 80%, и петина изразито негативан став према употреби алкохола. Породична дисфункционалност, изазвана алкохолизмом, изложеност дуготрајном дистресу, праћена је повећаном преосетљивошћу, љутњом, ниским самопоштовањем и стварањем позитивног става према употреби алкохола (221). Ставови младих према опијању и броју досадашњег опијања из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, значајно се разликују. Половина младих из дисфункционалних породица пије до опијања. Најпозитивнији став према опијању имају млади из породица са насиљем, код којих се 67% често опија. Половина младих из породица са алкохолизмом има позитиван став према опијању.

Млади из функционалних породица су се у просеку опијели од 1-2 пута, за разлику од младих из породица са насиљем, који су се у просеку опијели 4-5 пута. Највећи број опијања је присутан код младих из породица са леченим алкохолизмом, просечно 4-7 пута (161). Најнегативнији став према пијењу у будућности имају млади из функционалних породица, у односу на младе из породица са насиљем и алкохолизмом. Највећи број младих који нема одређени став према пијењу у животу је из породица са насиљем, приближно трећина. Породична психопатологија и породични конфликт изазивају висок ризик од алкохолних проблема. Насиље у породици ремети sibling односе, појачава агресивност и води компулсивном пијењу алкохола (222, 223). Позитиван став младих из породица са насиљем и алкохолизмом указује на трансгенерацијско преношење алкохолизма, као негативног идентификационог понашања и научене вештине суочавања са дуготрајним дистресом (162, 224).

5.7. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према употреби психоактивних супстанци

Млади из дисфункционалних породица имају значајно позитивнији став према употреби дрога, у односу на младе из породица са насиљем и алкохолизмом. У подзорку младих из породица са насиљем, 11% њих је већ пробало неку врсту дрога, најчешће, марихуану, док приближно 3% повремено користи неку дрогу (225, 226). Истраживања показују да млади из дисфункционалних породица имају три пута више изражену зависност од супстанци, у поређењу са младима из функционалних породица. Одрастање у дисфункционалним породицама, формира код младих дисфункционалне ставове, неразвијене социјалне вештине и зависност од супстанци (227).

Став младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом према пушењу цигарета, никотинизам, је израженији, у поређењу са ставом према употреби цигарета младих из функционалних породица. Приближно трећина младих из породица са насиљем и алкохолизмом зависна је од употребе цигарета, у поређењу са незнатним бројем редовних пушача младих из функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица двоструко више повремено пуше цигарете, у односу на младе из функционалних породица (187, 228).

5.8. Структура личности младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Дисфункционални породични системи, изазвани насиљем и алкохолизмом, повезани су са специфичним начином прилагођавања младих у психосоцијалном развоју и

настанком особина личности које граде субтип, значајно различит, у односу на скуп особина младих из функционалних породица.

Упоредивањем специфичних особина младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, утврђене су две статистички значајне функције које разликују два субтипа личности. Добијени резултати сугеришу структуралне разлике младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом. На првој дискриминативној функцији тачно је класификовано 92.5% младих из функционалних породица, док 61.8% младих из породица са присутним насиљем и 60.2% младих из породица лечених алкохоличара одликују димензије из друге дискриминативне функције. Младе из функционалних породица одликују: високо развијена латентна зрелост, изграђени лични идентитет и интегритет, прихватање себе и других реално, сарадња са људима и оријентација ка будућности или потреба за личним и каријерним развојем и успехом; средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција, способност подношења лишавања материјалних и психолошких потреба и ниско изражене дисоцијативне, агресивне, анксиозне и психосоматске реакције, несебичност и социјална незрелост. Специфичне одлике младих из породица са насиљем и алкохолизмом су: високо изражене дисоцијативне и дезорганизационе реакције, као последице неразвијеног Система за координацију регулативних функција, средње развијени хијерархијски највише постављени Систем за интеграцију регулативних функција или степен остварене социјализације личности, способност адаптације, прихватање социјалних норми понашања, ниска фрустрациона толеранција, непланирање, незаинтересованост и страх од будућности. Особине друге дискриминативне функције значајно су најизраженије код младих из породица са насиљем. По овој дискриминативној функцији млади из породица са насиљем се значајно разликују од младих из породица са алкохолизмом. Млади из функционалних породица се значајно разликују по особинама друге дискриминативне функције од младих из породица са алкохолизмом. Добијени подаци су у складу са досадашњим истраживањима, која највеће развојне тешкоће младих из дисфункционалних породица одређују као склоп емоционалних и бихевиоралних тешкоћа у постизању самоконтроле, развоја самосвести, идеалног ја и личног идентитета, у оквиру опште психичке зрелости (155, 156). Ова студија потврђује налазе аутора (229) да је структура личности младих из породица са алкохолизмом између структуре младих из функционалних и породица са насиљем, код којих су добијене најизраженије сметње у психосоцијалном развоју личности. У поређењу са клиничким

сликама депресије и граничним поремећајем личности (borderline), према *Шапиро (Shapiro)* (229), деца алкохоличара се налазе на средини између клиничке и нормативне групе. Исти аутор истиче да деца алкохоличара, због наглашеног доживљаја стреса, имају тешкоће у стварању селф-концепта, самосвести, успостављању односа са значајним особама и мање контролишу тежину (89.5%). Изложеност дуготрајном јаком стресу младих из породица са насиљем изазива дечју трауму, посттрауматски поремећај и дисоцијативне реакције. Међутим, постоји и реверзибилна спрега, дисоцијативне реакције доводе до насиља и преношења насиља на следеће генерације (230). Развојна психопатологија младих из породица са насиљем представља другачији начин прилагођавања на дисфункционалност породице и њених субсистема. Унутрашња и социјална дисфункционалност, дисхронизација, воде ка стварању хаотичног понашања у школском животу, ниско академско самопоштовање и постигнуће. С друге стране, дисхронизација води ка стварању психопатолошких, интернализованих и екстернализованих симптома. Антисоцијално понашање повећава ризик за настанак алкохолне и других облика зависности (231, 232, 233). Вишеструко поремећени емоционални односи у дисфункционалним породицама у брачној дијади и слабљење кохезивности између свих субсистема доводи до високог степена алекситимије, тешкоће у идентификовању емоција. Алекситимија је, према *де Хану (de Haan)* (233), медијатор између породичне дисфункционалности и зависности од супстанци.

Свеобухватност испитивања психосоцијалног развоја младих из породица са насиљем и алкохолизмом и добијени специфични профили младих из функционалних и дисфункционалних породица потврђују потребу неких истраживача за стварањем концепта „деце ризика“, на основу кога је могуће предвидети и спречити емоционалне, интелектуалне и социјалне проблеме и развој психопатолошких симптома у младалачком и зрелом добу (159).

ОГРАНИЧЕЊА

Резултати истраживања заснивају се на самопроцењеним вредностима породичних и личних димензија. Стога, закључци су повезани са високо израженим способностима испитаника да опишу своје и породичне димензије.

Иако је истраживање обухватило велики број породичних и психичких варијабли, остале су неке неукључене варијабле (психичка или психијатријска процена родитеља из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом, дужина и јачина изложености породичној дисфункционалности, изазваној насиљем и алкохолизмом,

дужина лечења алкохолизма или пријављеног насиља), које могу бити предмет других студија.

6. ЗАКЉУЧАК

Истраживање указује да је одрастање у дисфункционалном породичном систему, изазваном насиљем и алкохолизмом, вишеструко оштећеном у базичним димензијама, кохезивности, адаптабилности и комуникацији између субсистема и неостваривању родитељских улога, повезано са когнитивним, конативним, социјалним и емоционално-бихевиоралним развојем, структурирајући специфични психолошки субтип, и значајним предвиђањем психопатолошке симптоматологије младих из тих породица.

Породични алкохолизам је значајни предиктор за: тешкоће у развоју психолошке зрелости младих и сарадњи са људима, веће изостајање са наставе, изражену потребу за стручном помоћи психолога или психијатра, отежани интелектуални развој, проблеме пажње и памћења, снижено школско постигнуће, ноћне страхове, зависност од алкохола и дувана, велику бригу за породичне односе, у коме су медијатори између породичног функционисања и развоја личности поремећаји у брачној дијади, материјално стање породице, кажњавање младих од стране мајке, психичке сметње оца и затвореност породичног система.

Породично насиље у развоју младих предвиђа: изражену бригу за породичне односе, ноћне страхове, енурезу, потребу за стручном помоћи, нижу сарадњу са људима, смањену оријентацију ка будућности и постигнуту латентну зрелост, изражене психосоматске, анксиозне, агресивне и дисоцијативне реакције, веће изостајање из школе, наглашене поремећаје пажње и памћења, бежање од куће, кршење правила и кажњавање у школи, сукобе са вршњацима, снижену фрустрациону толеранцију, неповерење у људе, себичност, социјалну неадаптацију, отежани интелектуални развој и зависност од алкохола. Медијатори између функционисања породичног система са насиљем и психосоцијалног развоја личности младих су: психичке сметње оца, поремећени односи у брачној дијади, снижена кохезивност и незапосленост оца.

Функционална породица је предиктор за: развијенију психичку зрелост младих, сарадњу са људима, фрустрациону толеранцију, поверење у људе, несебичност, оријентацију ка будућности, израженији интелектуални развој и функционисање, и веће школско постигнуће.

Одростање у дисфункционалним породицама са насиљем и алкохолизмом праћено, непрестаним излагањима негативним, стресним и трауматским искуствима, повезано је

са појачаним дисоцијативним, психосоматским, реакцијама напада и одбране, смањеним способностима интегративних функција, отежаном социјализацијом и проблемима у понашању.

Научни значај овог истраживања је осветљавање механизма специфичног прилагођавања младих на одрастање у дисфункционалном породичном систему, породицама са насиљем и алкохолизмом. Утврђене су повезаности породичних димензија са одликама целокупног психосоцијалног развоја младих у породицама са насиљем и алкохолизмом. Добијене специфичне особине младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, указују на ризик од настанка психопатолошких симптома, због чега је неопходно применити превентивне ментално-хигијенске мере у саветодавном и психотерапијском раду са њима.

Предлог ментално-хигијенских мера

- ✓ *Изборити се са родитељском психопатологијом, нарочито депресијом, анксиозношћу и пострауматским поремећајима мајке која утиче на саморегулацију, интернализоване, екстернализоване симптоме и неадаптирано понашање;*
- ✓ *Обезбедити социјалну подршку, нарочито вршњака и школе;*
- ✓ *Саветодавни и психотерапијски рад требали би бити мултимодални и комбиновани (индивидуални, групни, породични, интервентни и континуирани);*
- ✓ *Циљеви саветодавног и терапијског рада са младима из породица са насиљем морају укључити:*
 1. *прихватање сопствених реакција на дисфункционалност породице,*
 2. *учење препознавања или именованја негативних емоција,*
 3. *вентилацију љутње, агресије, осећања кривице, стида,*
 4. *учење социјалних вештина да се верује и сарађује са људима изван породице,*
 5. *учење интроспективних вештина-научити да се брину о себи,*
 6. *прихватање породице, остварити комуникацију са члановима породице кроз сопствену промену,*
 7. *учење неконфликтних начина решавања проблема,*

8. *повећати интелектуалну стимулацију ученика у школи, кроз додатни, креативни рад, ради повећања диференцијације и интегративних функција личности.*

Поред рада стручних тимова у центрима за социјални рад и здравственим установама, веома важну улогу имају школе, које могу својим ваннаставним активностима да ублаже негативне ефекте одрастања у дисфункционалним породицама. Заштитне мере у спречавању развијања психопатолошких интернализованих и екстернализованих симптома представља очување или обнављање блиских породичних односа и социјална подршка школе. Школа може представљати заштитни фактор од породичног насиља јачањем самопоуздања, блиским односима и налажењем позитивних идентификационих модела.

Закључци

Карактеристике дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице

- Образовни статус родитеља из породица са насиљем и алкохолизмом је значајно нижи, најчешће са средњом сручном спремом (68.0%),
- Незапосленост очева је већа у породицама са насиљем (50.0%), и алкохолизмом (21.2%),
- Незапосленост мајки је већа у породицама са насиљем (23.5%) и алкохолизмом (18.6%),
- Лоше материјално стање је израженије у породицама са насиљем (44.2%) и алкохолизмом (38.1%),
- Млади из породица са насиљем нису задовољни степеном изражене родитељске љубави (5.9%),
- У породицама са насиљем (38.2%) и алкохолизмом (21.2%) су израженији проблеми у субсистему браће и сестара (sibling-односи),
- Промене породичне структуре, настанак триангулације, су израженије у породицама са насиљем (47.1%) и алкохолизмом (28.3%),
- Мајке више кажњавају децу у породицама са насиљем (17.6%) и алкохолизмом (19.5%),
- Очеви више кажњавају своју децу у породицама са насиљем (17.6%) и алкохолизмом (15.9%),
- Поремећени односи у брачној дијади израженији су у породицама са насиљем (вербално насиље 32.4%, вербално и физичко 67.6%) и алкохолизмом (вербално 64.6%, вербално и физичко 10.6%, прекид комуникације 10.6%),
- Последице породичне дисфункционалности, изазване насиљем и алкохолизмом, су бројне: лоши породични односи (29.2%), лоше материјално стање (16.1%), проблеми у учењу (10.9%), психички проблеми (2.9%) и вишеструке (40.9%),

- Млади из породица са насиљем (100%) и алкохолизмом (83.2%) имају изражену бригу за породичне односе,
- Улогу образовања младих остварује: искључиво мајка у породицама са насиљем (32.4%) и алкохолизмом (45.1%), брат или сестра (11.8% и 5.3%) или сама особа у породици са насиљем (5.9%),
- Дистрибуција ауторитета у доношењу одлука у дисфункционалним породицама помера се ка преузимању одговорности са оца на мајку у породицама са насиљем (29.4%) и алкохолизмом (15.9%),
- Затвореност граница породичног система је већа код породица са насиљем (61.8%) и алкохолизмом (61.9%),
- Дисконтинуирана одвојеност мајке од деце/младих је израженија у породицама са насиљем (41.2%) и алкохолизмом (37.2%),
- Најчешћи разлози напуштања деце/младих је органска болест мајки у породицама са насиљем (35.3%) и алкохолизмом (23.0%),
- Стручну помоћ психолога и психијатра ради побољшања психичког функционисања више траже млади из породица са насиљем (88.2%) и алкохолизмом (10.6%),
- Психичке сметње мајки из дисфункционалних породица су изражене, у породицама са насиљем (5.9%) и алкохолизмом (5.3%),
- Психичке сметње очева у дисфункционалним породицама су присутније у породицама са насиљем (25.5%) и алкохолизмом (23.0%),
- Породични криминалитет је најизраженији код очева из породица са насиљем (8.8%),
- Кохезивност породице је најнижа у породицама са насиљем (АС=29.088), потом у породицама са алкохолизмом (АС=38.115) и функционалним (АС=41.050),
- Адаптабилност функционалних и дисфункционалних породица је значајно различита.

Проблеми и успех у учењу младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице

- Млади из дисфункционалних породица, постижу значајно нижи школски успех, породица са насиљем (АС=3.23) и алкохолизмом (3.46), у односу на младе из функционалних породица (4.33),
- Млади из дисфункционалних породица значајно више одсуствују из школе, оправдано (АС=52 часа) и неоправдано (АС=10),
- Одличних ученика је најмање у породицама са насиљем (8.8%),
- Проблеме пажње има 64,6% младих из дисфункционалних породица,
- Проблеми памћења су изражени код 46.9% младих из дисфункционалних породица,
- Незаинтересованост за школу је присутна код 34% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,
- Тешкоће у савладавању градива има 44.9% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,
- Школске страхове има 27.2% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,

- Забринутост за школске обавезе присутна је код 38.8% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,
- Више напора (32.0%) у савладавању градива улажу млади из породица са насиљем и алкохолизмом,
- Конативно функционисање младих из дисфункционалних породица је значајно различито у свим димензијама, осим у Регулатору активитета, у односу на конативно функционисање младих из функционалних породица,
- У димензији активитета, екстраверзија/интроверзија, 8,8% младих из породица са насиљем има патолошке вредности и ризик за настанак: депресивних, абуличних или хипоманичних реакција,
- 58,8% младих из породица са насиљем имају патолошко и испод просечно функционисање Регулатора органских функција или повећане психосоматске реакције и 46.9% из породица са алкохолизмом,
- Патолошко функционисање Регулатора реакција одбране, или патолошке вредности анксиозних реакција, присутно је код 23.5% младих из породица са насиљем и 25.7% младих из породица са алкохолизмом,
- Патолошко функционисање Регулатора напада или агресивне реакције и ризик за антисоцијално понашање има 20,6% младих из породица са насиљем и 18.6% младих из породица са алкохолизмом,
- Патолошко функционисање Система за координацију регулативних функција, или патолошке вредности дисоцијативних реакција присутне су код 23.5% младих из породица са насиљем и 16.8% младих из породица са алкохолизмом,
- Патолошко функционисање Система за интеграцију регулативних функција и проблеми социјализације присутни су код 32.4% младих из породица са насиљем и 12.4% младих из породица са алкохолизмом,

Интелектуални развој младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у односу на младе из функционалних породица

- Интелектуални развој младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, је значајно нижи (IQ=105, просечна интелигенција), у односу на интелектуални развој младих из функционалних породица (IQ=112, нешто изнад просека),

Поремећаји психосоцијалног развоја младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом

- Аутодеструктивне радње, грицање ноктију, присутно је код 32,4% младих из дисфункционалних породица,
- Ноћно мокрење, енуреза, присутна је код 11.76% младих из породица са насиљем и 3.5% младих из породица са алкохолизмом,
- Хиперактивно понашање је присутно код 58.8% младих из породица са насиљем и 46.9% младих из породица са алкохолизмом,
- Повученост је присутна код 27.7% младих из дисфункционалних породица,
- Муцање је присутно код 12.8% младих из дисфункционалних породица,
- Лагање је присутно код 67.6% младих из породица са насиљем и 34.5% младих из породица са алкохолизмом,

- Фобије су присутне код 49.6% младих из дисфункционалних породица,
- Тврдоглавост је присутна код 64.6% младих из дисфункционалних породица,
- Сукоб са вршњацима је присутан код 29.4% младих из породица са насиљем и 8.8% младих из породица са алкохолизмом,
- Стидљивост је присутна код 36.7% младих из дисфункционалних породица,
- Ноћни страхови су изражени код 82.4% младих из породица са насиљем и 32.7% младих из породица са алкохолизмом.

Поремећаји у понашању младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом

- Кажњавање у школи је изражено код 44.1% младих из породица са насиљем и 26.5% младих из породица са алкохолизмом,
- Бежање од куће је присутно код 35.3% младих из породица са насиљем и 12.8% младих из породица са алкохолизмом,
- Покушаје самоубиства је имало 12.4% младих из породица са алкохолизмом и 8.8% младих из породица са насиљем,

Психичка зрелост младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом

- Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем развијају психичку зрелост за две категорије нижу (предоминанција незрелог понашања) и млади из породица са алкохолизмом за једну категорију (зрело понашање са повременим регресијама), у односу на развој предоминанције зрелог понашања код младих из функционалних породица,
- Млади из породица са насиљем и алкохолизмом са развијенијом интелектуалном способношћу развијају вишу психичку зрелост (изнад просечна интелигенција развија зрело понашање са повременим регресијама), у односу на младе из истих породица са нижом интелигенцијом (просечна интелигенција развија предоминанцију незрелог понашања),
- Најниже развијене димензије зрелости: сарадњу са људима, фрустрациону толеранцију, оријентацију ка будућности и несебичност имају млади из породица са насиљем,

Ставови младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, према упореби алкохола

- Позитиван став према употреби алкохола има 80% младих из породица са насиљем и 66% младих из породица са алкохолизмом,
- Често опијање је присутно код 67.6% младих из породица са насиљем и 52.2% младих из породица са алкохолизмом,

Ставови младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, према упореби психоактивних супстанци

- 11.8% младих из породица са насиљем и 5.3% младих из породица са алкохолизмом је пробало је неку дрогу, најчешће марихуану и екстази,
- 2.9% младих из породица са насиљем има позитиван став према упореби дрога,
- Редовно пуши цигарете 29.4% младих из породица са насиљем и 26.5% младих из породица са алкохолизмом,

- Млади из функционалних и дисфункционалних породица се значајно разликују у структури личности
- Младе из функционалних породица одликују: високо развијена латентна зрелост, сарадња са људима, оријентација ка будућности, развијен Систем за координацију регулативних функција и Систем за интеграцију регулативних функција, ниска анксиозност, агресивност и психосоматске реакције.
- Младе из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом одликују: високо изражене дисоцијативне реакције, средња развијеност Система за интеграцију регулативних функција, ниска фрустрациона толеранција и усмереност ка будућности.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Dalos R, Drejper R. Sistemska porodicna psihoterapija: teorija i praksa. Novi Sad: Psihopolis institut; 2014. ISBN 10:8686653812/ISBN 13:9788686653819
2. Campbell J, Pinkerton J, edit. Systemic Family Therapy for Families who have Experienced Trauma: A Randomised Controlled Trial. *Br J Soc Work* 2011; 41(4/1): 502-519.
3. Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. North, NJ: Jason Aranson; 1992.
4. Anderson JR, Branstetter AS. Adolescents, Parents, and Monitoring: A Review of Constructs With Attention to Process and Theory. *Journal of Family Theory & Review* 2012; 4: 1–19.
5. Whiteman DS, McHale MS, Soli A. Theoretical Perspective on Sibling Relationship. *Journal of Family Theory Rev* 2011; 3(2): 124-139.
6. Wissink BI, Dekovic M, Meijer AM. Parenting Behavior, Quality of the Parent-Adolescent Relationship, and Adolescent Functioning in Four Ethnic Groups. *The Journal of Early Adolescence* 2010; 26: 134-45.
7. Headman CN. The Role of Family Functioning in Treatment Engagement and Posttreatment Delinquency Involvement [Doctoral Dissertation]. The Florida State University, College of Human Sciences; 2003.
8. Olson DH. Circumplex Model of Family Systems. *Journal of Family Therapy* 2000; 22(2): 144-167.
9. Olson DH, Gorall DM, Tiesel JW. FACES IV. Manual. Minneapolis, MN: Life innovations; 2007.
10. Paul S. Family communication Schemata and the circumflex of Family functioning. *Western Journal of Communication* 2005; 1: 654-676.
11. Minuchin S, Rosman B, Backer L. Psychosomatic Families. Harvard University Press, Cambridge; 1978.
12. Minuchin S, Fishman HC. Family Therapy Techniques. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2004.
13. Mitić M. Porodica i stres - Između poraza i nade. Beograd: Institut za psihologiju; 1997.
14. Minuchin S, Nichols M, Lee WY. Assessing families and couples: From symptom to system. Boston: Allyn & Bacon; 2007.

15. Minuchin S. *Family & Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974.
16. Walsh F, editor. *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012.
17. Mićović Z, Stanković Z, Nastasić P. Funkcija simptoma u alkoholičarskom braku. *Psihijatrija danas* 1992, 24(1-2): 67-72.
18. Telman MD, Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Finkenauer C, Schuengel C. Family Functioning and Children's Post Traumatic Stress Symptoms in a Referred Sample Exposed to Interparental Violence. *J Fam Violence* 2016; (31): 127-36.
19. Minuchin S, Baker L. A conceptual model of illness in children. *Arch. Gen. Psychiatry* 1975.
20. Guerin P, Fogarty T, Fay L, Kautto J. *Working with Relationship Triangles*. NY, London: Guilford; 1996.
21. Bowen MD, Butler J, editors. *The Origins of Family Psychotherapy: The NIMH Family Study Project* New York: Jason Aronson; 2013.
22. Bowen Murray MD. *La Terapia Familiar en la Practica Clinica*. Spanish Edition. Bowen Center for the Study of the Family/Georgetown Family Center; 2016.
23. Michael E. Kerr MD. Wilson's Ideas and Bowen Theory: Review of "The Social Conquest of Earth" by E.O. Wilson. *Family Systems*; 2013; 10(1): 91-94.
24. Butler JF. Family Psychotherapy: The First Evolutionary Stage During the NIMH Family Study Project. *Family Systems Journal* 2013; 10(1): 29-42.
25. Rakow C. Learning from the Nurses' Notes for Bowen's 1954-1959 NIMH Project: A Window into the Development of Theory. *Family Systems Forum* 2016; 11(2): 345-56.
26. Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. *Working with families of the poor* (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2006.
27. Tolou-Shams M, Brogan L, Esposito-Smythers C, Healy MG, Lowery A, Craker L, et al. The role of family functioning in parenting practices of court-involved youth. *J Adolesc* 2018; 63: 165-174. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.12.016.
28. Kelley ML, French A. Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors* 2007; 32(4):675-685.

29. Johanson P. Predictors of family functioning within alcoholic families. *Contemporary Family Therapy* 2002; 24(2):371-384.
30. Svetozarević S, Barišić J, Dušin D. Disfunkcionalnost porodice. *Engrami* 2016; 38(2): 71-83.
31. Tellegen CL, Sanders MR. Using primary care parenting interventions to improve outcomes in children with developmental disabilities: a case report. *Case Rep Pediatr* 2012; 2012: 150261. doi: 10.1155/2012/150261.
32. Staccini L, Tomba E, Grandi S, Keitner GI. The evaluation of family functioning by the family assessment device: a systematic review of studies in adult clinical populations. *Fam Process* 2015; 54(1): 94-115. doi: 10.1111/famp. 12098.
33. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S, Pejovic-Milovancevic M, Popovic-Deusic S, Christodoulou N, Botbol M. Child is father of the man: child abuse and development of future psychopathology. *Psychiatriki* 2014; 25(3): 185-91.
34. Harris AN, Stoppelbein L, Greening L, Becker SP, Luebbe A, Fite P. Child routines and parental adjustment as correlates of internalizing and externalizing symptoms in children diagnosed with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev* 2014; 45(2): 243-53.
35. Bannink R, Broeren S, van de Looij-Jansen PM, Raat H. Associations between parent adolescent attachment relationship quality, negative life events and mental health. *PLoS One* 2013; 29; 8(11): 80812. doi: 10.1371/journal.pone.0080812.eCollection 2013.
36. Schofield TJ, Conger RD, Neppl TK. Positive parenting, beliefs about parental efficacy, and active coping: three sources of intergenerational resilience. *J Fam Psychol* 2014; 28(6): 973-8. doi: 10.1037/fam0000024.
37. Elmquist JA, Shorey RC, Labrecque L, Ninnemann, A, Zapor H, Febres J, et al. The Relationship Between Family-of-Origin Violence, Hostility, and Intimate Partner Violence in Men Arrested for Domestic Violence. *Violence* 2015; 22 (10): 1243-58. doi: 10.1177/1077801215621177.
38. Mian ND, Carter AS, Pine DS, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(9): 1017-25. doi: 10.1111/jcpp.12407.
39. Herren CI, van-Albon T, Schneider S. Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *J*

- Behav Ther Exp Psychiatry 2013; 44(1): 53-60. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.07.005.
40. Schlauch RC, Levitt A, Connell CM, Kaufman JS. The moderating effect of family involvement on substance use risk factors in adolescents with severe emotional and behavioral challenges. *Addict Behav* 2013; 38(7): 2333-42. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.
 41. Mesman J, Koot HM. Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(9): 1029-36.
 42. Miettunen J, Murray GK, Jones PB, Mäki P, Ebeling H, Taanila A, Joukamaa M, Savolainen J, Törmänen S, Järvelin MR, Veijola J, Moilanen I. Longitudinal associations between childhood and adulthood externalizing and internalizing psychopathology and adolescent substance use. *Psychol Med* 2014; 44(8): 1727-38.
 43. Yap MB, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2015; 1175: 424-40. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050.
 44. Tschann T, Schmid M, In-Albon T. Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015: 9-17. doi: 10.1186/s13034-015-0051-x.
 45. Cummings EM, Taylor LK, Merrilees CE, Goeke-Morey MC, Shirlow P. Emotional insecurity in the family and community and youth delinquency in Northern Ireland: a person-oriented analysis across five waves. *J Child Psychol Psychiatry* 2015. doi: 10.1111/jcpp.12427.
 46. Capaldi DM, Pears KC, Kerr DC, Owen LD, Kim HK. Growth in externalizing and internalizing problems in childhood: a prospective study of psychopathology across three generations. *Child Dev* 2012; 83(6): 1945-59. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01821.x.
 47. Maniglio R. The role of parent-child bonding, attachment, and interpersonal problems in the development of deviant sexual fantasies in sexual offenders. *Trauma Violence Abuse* 2012; 13(2): 83-96. doi: 10.1177/1524838012440337.

48. Carless B, Melvin GA, Tonge BJ, Newman LK. The role of parental self-efficacy in adolescent school-refusal. *J Fam Psychol* 2015; 29(2): 162-70. doi: 10.1037/fam0000050.
49. Sanders A, Symanski K, Fiori K. The family roles of siblings of people diagnosed with a mental disorder: Heroes and lost children. In *J Psychol* 2014; 49: 257-82.
50. Friedman E, Billick S. Unintentional child neglect: Literature review and observational study. *Psychiatr Q* 2015; 86: 253-9.
51. Tucker MC, Rodriguez CM. Family dysfunction and social isolation as moderators between stress and psychological abuse risk. *J Fam Viol* 2014; 29: 175-86.
52. The Australian Government. Law Reform Commission and New South Wales Law Reform Commission 2010; 188: 8.
53. American Psychiatric Association. DSM-IV Codes are the classification found in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. Publishing 2014; 176:4
54. Vlada Republike Srbije. Zakon o sprečavanju nasilja u porodici. Beograd: Službeni glasnik Republike Srbije; 2017.
55. Vlada Republike Srbije i Ministarstvo rada i socijalne politike. Nacionalna strategija za sprečavanje i suzbijanje nasilja nad ženama u porodici i partnerskim odnosima. Beograd: Službeni glasnik Republike Srbije, br. 027/2011; 2011.
56. Babović M, Ginić K, Vuković O. Mapiranje porodičnog nasilja prema ženama u Centralnoj Srbiji. Beograd: SeCons; 2010.
57. Ramsay S. editor. Intimate partner violence. In *Understanding and addressing violence against women*. Geneva: World Health Organization; 2012: 99-108.
58. Garcia Moreno C et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
59. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2014; 63(8): 1-18.

60. Temple JR, Shorey RC, Tortolero S, Wolfe DA, Stuart G. Importance of gender and attitudes about violence in the relationship between exposure to interparental violence and the perpetration of teen dating violence. *Child Abuse & Neglect* 2013; (37): 343-352.
61. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 16: 11-109. doi: 10.1186/1471-2458-11-109.
62. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners, in Krug EG et al, eds. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002: 87-121.
63. WHO/LSHTM. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: talking action and generating evidence*. Geneva/London: World Health Organization /London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2010.
64. Murphy-Edwards L, van Heugten K. Domestic Property Violence: A Distinct and Damaging Form of Parent Abuse. *J Interpers Violence* 2015; 17. doi: 10.1177/0886260515613341
65. Fowler KA, Westen D. Subtyping male perpetrators of intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2011; 26(4): 607-39. doi: 10.1177/0886260510365853.
66. Witte TH, Kopkin MR, Hollis SD. Is It Dating Violence or Just "Drunken Behavior"? Judgments of Intimate Partner Violence When the Perpetrator Is Under the Influence of Alcohol. *Subst Use Misuse* 2015; 50(11): 1421-6. doi:10.3109/10826084.2015.1018539
67. Leiner M, Dwivedi AK, Villanos MT, Singh N, Blunk D, Peinado J. Psychosocial profile of bullies, victims, and bully victim a cross sectional study *Front Pediatric* 2014; 14: 2-1. doi: 10.3389/fped.2014.00001.
68. Kuijpers KF, Van der Knaap LM, Winkel FW. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: an empirical test of dynamic victim-related risk factors. *J Interpers Violence* 2012; 27(9): 1716-42. doi: 10.1177/ 0886260511430389.
69. Srna J, Đžamonja T. Suicidalno ponašanje. Beograd: Pedagoško društvo Srbije; 2002; 3: 45-56.

70. Drapkin ML, Eddie D, Buffington AJ, McCrady BS. Alcohol-Specific Coping Styles of Adult Children of Individuals with Alcohol Use Disorders and Associations with Psychosocial Functioning. *Alcohol Alcohol* 2015; 50(4): 463-9. doi: 10.1093/alcalc/agv023.
71. Mihić B. *Porodično nasilje nad decom*. Beograd: Institut za kriminologiju i sociološka istraživanja; 2002: 51-8.
72. Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2013; 37(8): 520-30. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.
73. Bagshaw D, Brown T, Wendt S, Campbell A, McInnes E, Tinning B, et al. The effect of family violence on post separation parenting arrangements. The experiences and views of children and adults from families who separated post-1995 and post-2006. *Family Matters* 2011; 86: 347-78.
74. Eriksson L, Mazerolle P. A cycle of violence? Examining family-of-origin violence, attitudes, and intimate partner violence perpetration. *J Interpers Violence*. 2015; 30(6): 945-64. doi: 10.1177/0886260514539759.
75. Feinberg EM, Solmeyer AR, McHale SM. The Third Rail of Family Systems: Sibling Relationships, Mental and Behavioral Health, and Preventive Intervention in Childhood and Adolescence. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2012; 15(1): 43–57. doi:10.1007/s10567-011-0104-5.
76. Thrap AT, Schumacher JA, Samper RE, McLeish AC, Coffey SF. Relative importance of emotion dysregulation, hostility, and impulsiveness in predicting intimate partner violence perpetrated by men in alcohol treatment. *Psychology of Women Quarterly* 2013; (37): 51-60.
77. Isolan L, Salum GA, Osowski AT, Zottis GH, Manfro GG. Victims and bully-victims but not bullies are groups associated with anxiety symptomatology among Brazilian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22(10): 641-8. doi: 10.1007/s00787-013-0412-z.
78. Arria AM, Mericle AA, Meyers K, Winters KC. Parental substance use impairment, parenting and substance use disorder risk. *J Subst Abuse Treat* 2012; 43(1): 114-22. doi:10.1016/j.jsat.2011.10.001.
79. Simmons SB, Knight KE, Menard S. Long-Term Consequences of Intimate Partner Abuse on Physical Health, Emotional Well-Being, and Problem Behav-

- iors. *J Interpers Violence*. Aggression and *Violent Behavior* 2015; 12: 108-15. doi: 0886260515609582
80. Waller MW, Iritani BJ, Christ SL, Clark HK, Moracco KE, Halpern CT, et al. Relationships among alcohol outlet density, alcohol use, and intimate partner violence victimization among young women in the United States. *J Interpers Violence* 2012; 27(10): 2062-86. doi: 10.1177/0886260511431435.
 81. Visser MM, Telman MD, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Schuengel C, Finkenauer C. The effects of parental components in a trauma-focused cognitive behavioral based therapy for children exposed to inter parental violence: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015; 23:15-131. doi: 10.1186/s12888-015-0533-7.
 82. Seijo D, Fariña F, Corras T, Novo M, Arce R. Estimating the Epidemiology and Quantifying the Damages of Parental Separation in Children and Adolescents. *Front Psychol* 2016 25; 7: 1611. eCollection 2016.
 83. Carpenter GL, Stacks AM. Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of literature, *Children and Youth Services Review* 2009; 31: 831-39.
 84. Beckmann L, Bergmann MC, Fischer F, Mößle T. Risk and Protective Factors of Child-to-Parent Violence: A Comparison Between Physical and Verbal Aggression. *J Interpers Violence* 2017: 886260517746129. doi: 10.1177/0886260517746129.
 85. Izaguirre A, Calvete E. Exposure to Family Violence and Internalizing and Externalizing Problems Among Spanish Adolescents. *Violence Vict* 2018; 33(2): 368-382. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-17-00016.
 86. DeFife JA, Drill R, Nakash O, Westen D. Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history. *American Journal of Psychiatry* 2010; 23: 45-78.
 87. Miranda JK, de la Osa N, Granero R, Ezpeleta L. Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse Negl* 2011; 35(9): 700-11. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.05.008.
 88. Burstein M, Struger C, Dumenci L. Relations between parent psychopathology, family functioning, and adolescent problems in substance-abusing families:

- disaggregating the effects of parent gender. *Child Psychiatry hum Dev* 2012; (43): 631-47.
89. Ozer EJ, Lavi I, Douglas L, Wolf JP. Protective Factors for Youth Exposed to Violence in Their Communities: A Review of Family, School, and Community Moderators. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 26: 1-26. PMID: 26114611.
 90. Self-Brown RS. Effects of family violence and parental psychopathology on the psychological outcome of urban adolescents exposed to community violence. [A Dissertation], The Department of psychology, University of West Florida, 2004; 20: 54-64.
 91. DuBois DL, Burk-Braxton C, Swenson LP. Getting by with a little help from self and others: Self-esteem and support as resources during early adolescence. *Developmental Psychology* 2002; 38: 822-39.
 92. Briggs-Gowan MJ, Pollak SD, Grasso D, Voss J, Mian ND, Zobel E, et al. Attention bias and anxiety in young children exposed to family violence. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(11): 1194-1201.
 93. Moylan CA, Herrenkohl TI, Sousa S, Tajima EA, Herrenkohl RC, Russo JM. The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *J Fam Violence* 2010; 25(1): 53–63.
 94. Stefanini JR, Scherer ZA, Scherer EA, Cavalin LA, Guazzelli MS. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and exposure to violence: parents' opinion. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23(6): 1090-6. doi: 10.1590/0104-1169.0249.2653.
 95. Bozzay ML, Joy LN, Verona E. Family Violence Pathways and Externalizing Behavior in Youth. *J Interpers Violence* 2017; 1: 886260517724251. doi: 10.1177/0886260517724251.
 96. Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, Truax TV, Storch EA. Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; 43(5): 661-73. doi: 10.1007/s10578-012-0289-y.
 97. Enlow MB, Blood E, Egeland B. Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *J Trauma Stress* 2013; 26(6): 686-94.
 98. Alisic E, Krishna RN, Groot A, Frederick JW. Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review.

- Clin Child Fam Psychol Rev 2015; 18(4): 328-45. doi: 10.1007/s10567-015-0193-7.
99. Jun HJ, Corliss HL, Boynton-Jarrett R, Spiegelman D, Austin SB, Wright RJ. Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(7): 629-35. doi: 10.1136 /jech. 2010. 110932.
 100. Spilsbury JC, Babineau DC, Frame J, Juhas K, Rork K. Association between children's exposure to a violent event and objectively and subjectively measured sleep characteristics: a pilot longitudinal study. *J Sleep Res* 2014; 23(5): 585-94. doi: 10.1111/jsr.12162.
 101. Tairi T, Milojev P, Zilikis N. Clinical Profiles Among Greek Adolescent Suicide Attempters. *Crisis* 2018; 23:1-9. doi: 10.1027/0227-5910/a 000 506.
 102. Espelage DL, Holt MK. Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. *J Adolesc Health*. 2013; 53(1 Suppl): S27-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.017.
 103. Akyazi S, Tabo A, Guveli H, İlnem MC, Oflaz S. Domestic Violence Victims in Shelters: What Do We Know About Their Mental Health? *Community Ment Health J* 2018; 54(3):361-369. doi: 10.1007/s10597-018-0240-1.
 104. De Bellis MD. The intergenerational transmission of family violence: the neurobiology of the relationship between child victimization, parental mental health and addiction. In *Trauma, Psychopathology and Violence: Causes, Correlates or Consequences?* Widom, CS, (eds.), American Psychiatric Press, Inc 2012; 79-108.
 105. Pinchevsky GM, Fagan AA, Wright EM. Victimization experiences and adolescent substance use: does the type and degree of victimization matter? 2014; 29(2): 299-319. doi: 10.1177/0886260513505150.
 106. Winstok Z. Effects of Childhood Experience of Violence Between Parents and/or Parent to Child Violence on Young Israeli Adults' Global Self Esteem. *Violence Vict* 2015; 30(4): 699-713. doi:10.1891/0886-6708.VV-D-13-00126.
 107. Bonfim CB, Dos Santos DN, Barreto ML. The association of intrafamilial violence against children with symptoms of atopic and non-atopic asthma: A cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Child Abuse Negl* 2015; 50: 244–253. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.021

108. Melchert TP. Clarifying the effects of parental substance abuse, child sexual abuse, and parental caregiving on adult adjustment. *Professional Psychology: Research and Practise* 2000; 31(1): 64-69.
109. Afifi TO, Mota N, Sareen J, MacMillan HL. The relationships between harsh physical punishment and child maltreatment in childhood and intimate partner violence in adulthood. *BMC Public Health* 2017; 17(1): 493. doi: 10.1186/s12889-017-4359-8.
110. Ehrensaft MK, Cohen P. Contribution of family violence to the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Prev Sci* 2012; 13(4): 370-83. doi: 10.1007/s11121-011-0223-8.
111. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal Of Interpersonal Violence* 1999; 14(8): 839-70.
112. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, Ustun TB, Regier DA. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Archives of general psychiatry* 1993; 50(2): 115-24. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820140030003
113. Eiden RD, Colder C, Edwards EP, Leonard KE. A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. *Psychol Addict Behav* 2009; 23(1): 36-46.
114. Oscar-Berman M, Valmas MM, Sawyer KS, Ruiz SM, Luhar RB, Gravit ZR. Profiles of impaired, spared, and recovered neuropsychological processes in alcoholism. *Handb Clin Neurol* 2014; 125: 183-210. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00012-4.
115. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Loche BZ, Keith SJ, Judh LL. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 1990; 264(19): 2511-2518. doi:10.1001/jama.1990.03450190043026.
116. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization; 2011.
117. McCutcheon VV, Scherrer JF, Grant JD, Xian H, Haber JR, Jacob T, et al. Parent, sibling and peer associations with subtypes of psychiatric and substance use

- disorder comorbidity in offspring. *Drug Alcohol Depend* 2013; 128(1-2): 20-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.
118. Kessler C, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Chulemberg J, Antony JC. Lifetime cooccurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other Psychiatric disorders in National Comorbidity Survey. *Psychiatric Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 313-321.
 119. Bountress K, Chassin L. Risk for behavior problems in children of parents with substance use disorders. *Am J Orthopsychiatry* 2015; 85(3): 275-86. doi: 10.1037/ort0000063.
 120. Murray J, Burgess S, Zuccolo L, Hickman M, Gray R, Lewis SJ. Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian randomization study. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57(5): 575-84. doi:10.1111/jcpp.12486.
 121. Sayal K, Heron J, Draper E, Alati R, Lewis SJ, Fraser R, et al. Prenatal exposure to binge pattern of alcohol consumption: mental health and learning outcomes at age 11. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23(10): 891-9. doi: 10.1007/s00787-014-0599-7.
 122. Díaz R, Gual A, García M, Arnau J, Pascual F, Cañuelo B, et al. Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(1): 1-10.
 123. Sprunger JG, Eckhardt CI, Parrott DJ. Anger, problematic alcohol use, and intimate partner violence victimisation and perpetration. *Crim Behav Ment Health* 2015; 25(4): 273-86. doi: 10.1002/cbm.1976.
 124. Išpanović V. Porodično nasilje. U Babić M (ured.): *Skrining u medicini - osnove ranog otkrivanja*. Beograd: Jugoslovenska fondacija protiv raka; 2001: 719-39.
 125. Rhodes KV, Rodgers M, Sommers M, Hanlon A, Chittams J, Doyle A, et al. Brief Motivational Intervention for Intimate Partner Violence and Heavy Drinking in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2015; 314(5): 466-477. doi: 10.1001/jama.2015.8369.
 126. Pejović Milovančević M, Minčić T, Tenjović L, Išpanović V, Kalanj D, Radosavljev J, et al. Uvrđivanje posledica zlostavljanja i zanemarivanja adolescenata u porodicama. *Psihijatrija danas* 2002; 34(3-4): 291-304.

127. Gil-Gonzalez D, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Latour-Perez J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act. *Eur. J Public Health* 2006; 16: 278-284.
128. Andreas JB, O'Farrell TJ. Longitudinal Associations Between Fathers' Heavy Drinking Patterns and Children's Psychosocial Adjustment, *Journal of Abnormal Child Psychology* 2007; (35): 1–16.
129. Bromfield LM, Lamont A, Parker R, Horsfal, B. Issues for the safety and well-being of children in families with multiple and complex problems: the co-occurrence of domestic violence, parental substance misuse, and mental health problems (NCPC Issues) 2010; (33): 345-67.
130. Zuccolo L, Lewis SJ, Smith GD, Saya K, Draper ES, Fraser R, et al. Prenatal alcohol exposure and offspring cognition and school performance. A mendelian randomization natural experiment. *Int J Epidemiol* 2013; 42(5): 1358–70. doi:10.1093/ije/dyt172
131. Cservenka A, Herting MM, Nagel BJ. Atypical frontal lobe activity during verbal working memory in youth with a family history of alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence* 2012; 123: 98-104. doi:10.106/jdrugdcdep.2011.10.021.
132. Alati R, Davey Smith G, Lewis SJ, Sayal K, Draper ES, Golding J, et al. Effect of prenatal alcohol exposure on childhood academic outcomes: contrasting maternal and paternal associations in the ALSPAC study. *PLoS One* 2013; 8(10): e74844 doi: 10.1371/journal.pone.0074844
133. Sayette MA, Martin CS, Perrott MA, Wertz JM. Parental alcoholism and the effects of alcohol on mediated semantic priming. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2001; 9(4): 409-17.
134. Simonović Lj, Jović S, Stefanović A. Intelektualni razvoj mladih iz alkoholičarskih porodica. *MD-Medical Data* 2014; 6(1): 63-67.
135. Simonović Lj. Emocionalna zrelost dece alkoholičara. U: *Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine. Zbornik ZZZS*; Beograd, Srbija; 2000. p.156-60.
136. Tussey BE, Tyler KA, Simons LG. Poor Parenting, Attachment Style, and Dating Violence Perpetration Among College Students. *J Interpers Violence* 2018; 886260518760017. doi: 10.1177/0886260518760017.
137. Poon E, Ellis DA, Fitzgerald HE, Zucker RA. Intellectual, cognitive, and academic performance among sons of alcoholics, during the early school years:

- differences related to subtypes of familial alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24(7): 1020-7.
138. Laslett AM, Mugavin J, Jiang H, Manton, E, Callinan S, MacLean S, et al. *The hidden harm: Alcohol's impact on children and families*. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education; 2015.
 139. el-Guebaly N, Staley D, Rockman G, Leckie A, Barkman K, O'Riordan J, et al. The adult children of alcoholics in a psychiatric population. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17(2): 215-26.
 140. Choi DH, Kim JS, Jung JG, Ryou YL, Kim YS, Uh WC. The role of parental drinking problems in psychological characteristics of high school students. *Korean J Fam Med* 2013; 34(6): 377-84. doi: 10.4082/kftm.2013.34.6.377
 141. Kretschmer T, Hickman M, Doerner R, Emond A, Lewis G, Macleod J, et al. Outcomes of childhood conduct problem trajectories in early adulthood: findings from the ALSPAC study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23(7): 539-49. doi:10.1007/s00787-013-0488-5
 142. Jester JM, Steinberg DB, Heitzeg MM, Zucker RA. Coping Expectancies, Not Enhancement Expectancies, Mediate Trauma Experience Effects on Problem Alcohol Use: A Prospective Study From Early Childhood to Adolescence. *J Stud Alcohol Drugs* 2015; 76(5): 781-9.
 143. Balsa A. Parental problem-drinking and adult children's labor market outcomes. *Journal of Human Resources* 2008; 43(2): 454-86. doi: 10.3368/jhr.43.2.454
 144. Hussong AM, Huang W, Curran PJ, Chassin L, Zucker RA. Parent alcoholism impacts the severity and timing of children's externalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology* 2010; 38(3): 367–80. doi:10.1007/s1082-009-9374-5.
 145. Miller PG, Butler E, Richardson B, Staiger PK, Youssef GJ, Macdonald JA, et al. Relationships between problematic alcohol consumption and delinquent behavior from adolescence to young adulthood. *Drug Alcohol Rev* 2015. doi: 10.1111/dar.12345.
 146. Knudsen AK, Ystrom E, Skogen JC, Torgersen L. Maternal heavy alcohol use and toddler behavior problems: a fixed effects regression analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24(10): 1269-77. doi: 10.1007/s00787-015-0677-5

147. Leventhal AM, Pettit JW, Lewinsohn PM. Familial influence of substance use disorder on emotional disorder across three generations. *Psychiatry Res* 2011; 185(3): 402-7. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.013.
148. Klostermann K, Chen R, Kelley ML, Schroeder VM, Braitman AL, Mignone T. Coping behavior and depressive symptoms in adult children of alcoholics. *Subst Use Misuse* 2011; 46(9): 1162-8. doi: 10.3109/10826080903452546.
149. Aebi M, Mohler-Kuo M, Barra S, Schnyder U, Maier T, Landolt MA. Posttraumatic stress and youth violence perpetration: A population-based cross sectional study. *Eur Psychiatry* 2017; 40: 88-95. doi: 10.1016/j.eurpsy. 2016. 08.007.
150. Mackrill T, Hesse M. Suicide behaviour in parents with alcohol abuse problems and suicide behaviour in their offspring-adult offspring and counsellor perspectives. *Nord J Psychiatry* 2012; 66(5): 343-8
151. Serec M, Svab I, Kolšek M, Svab V, Moesgen D, Klein M. Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug Alcohol Rev* 2012; 31(7): 861-70. doi: 10.1111/j. 1465-3362.2012.00424.x
152. Widom CS. Post traumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry* 1999: 156:1223-29.
153. Obot IS, Anthony JC. Mental health problems in adolescent children of alcohol dependent parents: Epidemiologic research with a nationally representative sample. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 2004; 13(4): 83-96.
154. Samochowiec A. The influence of parents personality measured by temperamental and character inventory (TCI) on course of alcoholism characterized by Cloninger's and Lesch's typologies. *Ann Acad Med Stetin* 2010; 178(2): 299-304. doi: 10.1016/j.psychres.2009.11.024.
155. Brown WK, Newnam TA, Wilson RM. Children of alcoholic families. William Gilladen Foundation; 2005.
156. Woitiz JG. The 13 Characteristics of Adult Children of alcoholics. Pompano Beach, FL: Health Communications; 1983: 234-256.
157. Tony A. The Laundry lists workbook. Integrating Our Laundry List Traits for Adult Children of Alcoholics / Dysfunctional Families Hardcover; 2015.
158. Hinrichs J, Defife J, Westen D. Personality subtypes in adolescent and adult children of alcoholics: a two-part study. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(7): 487-98. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182214268.

159. Waters FC, Twaite JA. Adult children of alcoholics: personality profil. An empirical test. Washington: National Couvic on Alc; 1985.
160. Schofield TJ, Conger RD, Nepl TK. Positive parenting, beliefs about parental efficacy, and active coping: three sources of intergenerational resilience. *J Fam Psychol* 2014; 28(6): 973-8. doi: 10.1037/fam0000024
161. Melchior M, Choquet M, Le Strat Y, Hassler C, Gorwood, P. Parental alcohol dependence, socioeconomic disadvantage and alcohol and cannabis dependence among young adults in the community. *European Psychiatry* 2011; (26): 13-17.
162. Rossow I, Keating P, Felix L, Mccambridge J. Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*. 2015; 204–17.
163. Feingold A, Tiberio SS, Capaldi DM. New approaches for examining associations with latent categorical variables: applications to substance abuse and aggression. *Psychol Addict Behav* 2014; 28(1): 257–67. doi: 10.1037/a 0031487
164. Gage SH, Hickman M, Heron J, Munafò MR, Lewis G, Macleod J, et al. Associations of cannabis and cigarette use with psychotic experiences at age 18: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Psychol Med* 2014; 44(16): 3435-3444. doi: 10.1017/S0033291714 000531
165. Conners K, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein J. The Revised Conners, Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998; 26(4): 257-668.
166. Olson D. Outcome Study of Alcoholic Families Polish FACES. *J Fam Ther* 2014.
167. Hrnjica S. Zrelost ličnosti. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva; 1992; 8: 145-92.
168. Potočnik-Bele Ž, Hruševar B, Tušak M. Test rezonovanja likova-TRL. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela; 1984.
169. Momirović K, Wolf B, Đžamonja Z. KON-6 Kibernetički model ličnosti. Beograd: SDPS-Centar za prmenjenu psihologiju; 2002-2015.
170. Oliver BR, Kretschmer T, Maughan B. Configurations of early risk and their association with academic, cognitive, emotional and behavioural outcomes in middle childhood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49(5): 723-32.

171. Waldman-Levi A, Bundy A, Katz N. Playfulness and Interaction: An Exploratory Study of Past and Current Exposure to Domestic Violence. *OTJR (Thorofare N J)* 2015; 35(2): 89-94.
172. Tolou-Shams M, Brogan L, Esposito-Smythers C, Healy MG, Lowery A, Craker L, et al. The role of family functioning in parenting practices of court-involved youth. *J Adolesc* 2018; 63: 165-174. doi: 10.1016/j.adolescence.
173. Macdonald GS. Domestic Violence and Private Family Court Proceedings: Promoting Child Welfare or Promoting Contact? *Violence Against Women* 2016; 22(7): 832-52. doi: 10.1177/1077801215612600.
174. Berkien M, Louwerse A, Verhulst F, van der Ende J. Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21(2): 79-85. doi: 10.1007/s00787-011-0234-9.
175. Stover CS, Kiselica A. An initial examination of the association of reflective functioning to parenting of fathers. *Infant Ment Health J* 2014; 35(5): 452-61. doi: 10.1002/imhj.21459.
176. Klostermann K, Kelley ML. Alcoholism and intimate partner violence: effects on children's psychosocial adjustment. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6(12): 3156-68. doi: 10.3390/ijerph6123156.
177. Ottaviani C, Lonigro A, Cioffi B, Manzi D, Laghi F, Baiocco R. Family functioning and parents' dispositions moderate the affective, attentional and physiological consequences of rumination in children. *Biol Psychol* 2017; 127: 220-228. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.06.003.
178. van Rooij FB, van der Schuur WA, Steketee M, Mak J, Pels T. Interparental Violence: Similarities and Discrepancies Between Narratives of Mothers and Their Children. *J Child Fam Stud* 2015; 24(11): 3350-3362.
179. Jona CMH, Labuschagne I, Mercieca EC, Fisher F, Gluyas C, Stout JC, et al. Families Affected by Huntington's Disease Report Difficulties in Communication, Emotional Involvement, and Problem Solving. *Huntingtons Dis* 2017; 6(3): 169-177. doi: 10.3233/JHD-170250.
180. Cascio ML, Guarnaccia C, Infurna MR, Mancuso L, Parroco AM, Giannone F. Environmental Dysfunctions, Childhood Maltreatment and Women's Intimate Partner Violence Victimization. *J Interpers Violence* 2017: 886260517711176. doi: 10.1177/0886260517711176.

181. Bénony H, Van Der Elst D, Chahraoui K, Bénony C, Marnier JP. Link between depression and academic self-esteem in gifted children. *Encephale* 2007; 33(1): 11-20.
182. Carpenter AL, Puliafico AC, Kurtz SM, Pincus DB, Comer JS. Extending parent-child interaction therapy for early childhood internalizing problems: new advances for an overlooked population. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014; 17(4): 340-56. doi: 10.1007/s10567-014-0172-4.
183. Rounsaville D, O'Farrell TJ, Andreas JB, Murphy CM, Murphy MM. Children's exposure to parental conflict after father's treatment for alcoholism. *Addict Behav* 2014; 39(7): 1168-71. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.03.017.
184. Pye RE, Simpson LK. Family Functioning Differences Across the Deployment Cycle in British Army Families: The Perceptions of Wives and Children. *Mil Med* 2017; 182(9): e1856-e1863. doi: 10.7205/MILMED-D-16-00317.
185. Koutra K, Simos P, Triliva S, Lionis C, Vgontzas AN. Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry Res* 2016; 240: 66-75. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.017.
186. Everri M, Mancini T, Fruggeri L. The Role of Rigidity in Adaptive and Maladaptive Families Assessed by FACES IV: The Points of View of Adolescents. *J Child Fam Stud* 2016; 25(10): 2987-2997.
187. Vandewater EA, Park SE, Carey FR, Wilkinson AV. Intergenerational transfer of smoking across three generations and forty-five years. *Nicotine Tob Res* 2014; 16(1): 11-7. doi: 10.1093/ntr/ntt112.
188. Zimmerman GM, Posick C. Risk Factors for and Behavioral Consequences of Direct Versus Indirect Exposure to Violence. *Am J Public Health* 2016; 106(1): 178-88. doi: 10.2105/AJPH.2015.302920.
189. Simonović Grujić Lj. The association between conative functioning of adolescents exposed to intimate partner violence and family dimensions of cohesion and adaptability. *Vojnosanitetski preglod* 2018; 9 doi.org/ 10.2298/VSP170514009S
190. Guček NK, Selič P. Depression in Intimate Partner Violence Victims in Slovenia: A Crippling Pattern of Factors Identified in Family Practice Attendees. *nt J Environ Res Public Health* 2018; 15(2). pii: E210. doi: 10.3390/ijerph15020210.

191. Conners-Burrow N, McKelvey L, Kyzer A, Swindle T, Cheerla R, Kraleti S. Violence exposure as a predictor of internalizing and externalizing problems among children of substance abusers. *J Pediatr Nurs* 2013; 28(4): 340-50. doi: 10.1016/j.pedn.2012.11.006.
192. de la Vega A, de la Osa N, Ezpeleta L, Granero R, Domènech JM. Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl* 2011; 35(7): 524-31. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.006.
193. Bunston W, Franich-Ray C, Tatlow S. A Diagnosis of Denial: How Mental Health Classification Systems Have Struggled to Recognise Family Violence as a Serious Risk Factor in the Development of Mental Health Issues for Infants, Children, Adolescents and Adults. *Brain Sci* 2017; 7(10). pii: E133. doi: 10.3390/brainsci7100133.
194. Kassis W, Artz S, Scambor C, Scambor E, Moldenhauer S. Finding the way out: a non-dichotomous understanding of violence and depression resilience of adolescents who are exposed to family violence. *Child Abuse Negl* 2013; 37(2-3):1 81-99. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.11.001.
195. Levendosky AA, Lannert B, Yalch M. The effects of intimate partner violence on women and child survivors: an attachment perspective. *Psychodyn Psychiatry* 2012; 40(3): 397-433.
196. Oddo-Sommerfeld S, Hain S, Louwen F, Schermelleh-Engel K. Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. *J Affect Disord* 2016; 191: 280-8. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.040.
197. Hardaway CR, McLoyd VC, Wood D. Exposure to violence and socioemotional adjustment in low-income youth: an examination of protective factors. *Am J Community Psychol* 2012; 49(1-2): 112-26.
198. Källström Å, Hellfeldt K, Howell KH, Miller-Graff LE, Graham-Bermann SA. Young Adults Victimized as Children or Adolescents: Relationships Between Perpetrator Patterns, Poly-Victimization, and Mental Health Problems. *J Interpers Violence* 2017; 886260517701452. doi: 10.1177/0886260517701452.
199. Callaghan JE, Alexander JH, Sixsmith J, Fellin LC. Children's experiences of domestic violence and abuse: Siblings' accounts of relational coping. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015. pii: 1359104515620250.

200. Narayan AJ, Englund MM, Egeland B. Developmental timing and continuity of exposure to interparental violence and externalizing behavior as prospective predictors of dating violence. *Dev Psychopathol* 2013; 25(4 Pt 1): 973-90. doi: 10.1017/S095457941300031X.
201. Telman MD, Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Finkenauer C, Schuengel C. Family Functioning and Children's Post-Traumatic Stress Symptoms in a Referred Sample Exposed to Interparental Violence. *J Fam Violence* 2016; 31: 127-136.
202. Peltonen K, Kangaslampi S, Saranpää J, Qouta S, Punamäki RL. Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress disorder symptoms via dysfunctional trauma-related memory among war-affected children. Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress disorder symptoms via dysfunctional trauma-related memory among war-affected children. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 10; 8(sup3): 1375828. doi: 10.1080/20008198.2017.1375828.
203. Martinez W, Polo AJ, Zelic KJ. Symptom variation on the trauma symptom checklist for children: a within-scale meta-analytic review. *J Trauma Stress* 2014; 27(6): 655-63. doi: 10.1002/jts.21967.
204. Edwards AC, Joinson C, Dick DM, Kendler KS, Macleod J, Munafò M, et al. The association between depressive symptoms from early to late adolescence and later use and harmful use of alcohol. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23(12): 1219–30. doi:10.1007/s00787-014-0600-5
205. Guenther KD, Van Dyk TR, Kidwell KM, Nelson TD. The Moderating Role of Dysfunctional Parent-Child Relationships on the Association between Outward Anger Expression and Physical Health in Youth from Low-Income Families. *Pediatr Health Care* 2016; 30(4): 366-73. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.09.007.
206. McGrath CE, Watson AL, Chassin L. Academic achievement in adolescent children of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1999; 60(1): 18-26.
207. Dubas JS, Baams L, Doornwaard SM, van Aken MAG. Dark personality traits and impulsivity among adolescents: Differential links to problem behaviors and family relations. *J Abnorm Psychol* 2017; 126(7): 877-889. doi: 10.1037/abn0000290.
208. Giupponi G, Giordano G, Maniscalco I, Erbutto D, Berardelli I, Conca A, et al. Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Danub* 2018; 30(1): 2-10. doi: 10.24869/psyd.2018.2.

209. Turanovic JJ, Pratt TC. Longitudinal effects of violent victimization during adolescence on adverse outcomes in adulthood: a focus on prosocial attachments. *J Pediatr* 2015; 166(4): 1062-9.e1. doi: 10.1016/j.jpeds. 2014. 12.059.
210. Liu YY, Wang XT, Qiu HM, Xu AQ, Jia CX. Functional and dysfunctional impulsivity and attempted suicide in rural China: A paired case-control study. *Psychiatry Res* 2017; 253: 22-27. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.025.
211. Cummings EM, Merrilees C, Taylor LK, Goeke-Morey M, Shirlow P. Emotional insecurity about the community: A dynamic, within-person mediator of child adjustment in contexts of political violence. *Dev Psychopathol* 2017; 29(1): 27-36. doi: 10.1017/S0954579416001097.
212. Cohodes E, Hagan M, Narayan A, Lieberman A. Matched trauma: The role of parents' and children's shared history of childhood domestic violence exposure in parents' report of children's trauma-related symptomatology. *J Trauma Dissociation* 2016; 17(1): 81-96. doi: 10.1080/15299732.2015.1058878.
213. Blair F, McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. Child Witness to Domestic Abuse: Baseline Data Analysis for a Seven-Year Prospective Study. *Pediatr Nurs* 2015; 41(1): 23-9.
214. Baptista J, Belsky J, Marques S, Silva JR, Oliveira P, Mesquita A, et al. The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behavior problems in toddlers. *Child Abuse Negl* 2014; 38(12): 2072-9. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.015
215. Conger RD, Martin MJ, Masarik AS, Widaman KF, Donnellan MB. Social and economic antecedents and consequences of adolescent aggressive personality: Predictions from the interactionist model. *evPsychopathol* 2015; 27(4 Pt 1):1111-27. doi: 10.1017/S0954579415000711.
216. Akyazi S, Tabo A, Guveli H, İlnem MC, Oflaz S. Domestic Violence Victims in Shelters: What Do We Know About Their Mental Health? *Community Ment Health J* 2018; 54(3): 361-369. doi: 10.1007/s10597-018-0240-1.
217. Haverfield MC, Theiss JA. Parent's alcoholism severity and family topic avoidance about alcohol as predictors of perceived stigma among adult children of alcoholics: Implications for emotional and psychological resilience. *Health Commun* 2016; 31(5): 606-16. doi: 10.1080/10410236.2014.981665.

218. Birkley EL, Eckhardt CI. Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 40-56. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.002.
219. Wong MM, Puttler LI, Nigg JT, Zucker RA. Sleep and behavioral control in earlier life predicted resilience in young adulthood: A prospective study of children of alcoholics and controls. *Addict Behav* 2018; 82: 65-71. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.02.006.
220. Desir MP, Karatekin C. Parental reactions to parent and sibling directed aggression within a domestic violence context. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2018; 1359104518755219. doi: 10.1177/1359104518755219.
221. Manguieras de O, Lopes MV. Clinical validation of the nursing diagnosis of dysfunctional family processes related to alcoholism. *J Adv Nurs* 2016; 72(10): 2401-12. doi: 10.1111/jan.12999.
222. Livingston JA, Eiden RD, Lessard J, Casey M, Henrie J, Leonard KE. Etiology of Teen Dating Violence among Adolescent Children of Alcoholics. *J Youth Adolesc* 2018; 47(3): 515-533. doi: 10.1007/s10964-017-0730-4.
223. Sanchez-Roige S, Stephens DN, Duka T. Heightened Impulsivity: Associated with Family History of Alcohol Misuse, and a Consequence of Alcohol Intake. *Alcohol ClinExp Res* 2016; 40(10): 2208-2217. doi: 10.1111/acer.13184.
224. Rothenberg WA, Hussong AM, Chassin L. Intergenerational continuity in high-conflict family environments. *Intergenerational continuity in high-conflict family environments. Dev Psychopathol* 2016; 28(1): 293-308. doi: 10.1017/S0954579415000450.
225. Mirković-Hajdukov M, Spahić TE, Softić R, Bećirović E, Šimić J. Family Atmosphere and Relationships as Predictors of Heroin Addiction. *Psychiatr Danub* 2017; 29(Suppl 2): 129-133.
226. Lee JY, Brook JS, Finch SJ, Brook DW. An Adverse Family Environment During Adolescence Predicts Marijuana Use and Antisocial Personality Disorder in Adulthood. *J Child Fam Stud* 2016; 25(2): 661-668.
227. Nasrazadani E, Maghsoudi J, Mahrabi T. The Relationship of Social Problem-Solving Skills and Dysfunctional Attitudes with Risk of Drug Abuse among Dormitory Students at Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2017; 22(4): 276-279. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_58_16.

228. Rikić J, Beljan P, Milošević M, Miškulin I, Miškulin M, Mujkić A. Transgenerational Transmission of Violence among Parents of Preschool Children in Croatia. *Acta Clin Croat.* 2017; 56(3): 478-486. doi: 10.20471/acc.2017.56.03.15.
229. Shapiro DH, Weatherford V, Kaufman E, Broenen RE. A control profile of adult children of alcoholics: a preliminary investigation. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20(2): 247-62.
230. Webermann AR, Brand BL, Kumar SA. Intimate Partner Violence among Patients with Dissociative Disorders. *J Interpers Violence* 2017: 886260517746943. doi: 10.1177/0886260517746943.
231. Malone JC, Westen D, Levendosky AA. Personalities of adults with traumatic childhood separations. *J Clin Psychol* 2011; 67(12): 1259-82.
232. Hall CW, Webster RE. Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics. *J Drug Educ* 2002; 32(3): 195-211.
233. de Haan HA, Joosten EA, de Haan L, Schellekens AF, Buitelaar JK, van der Palen J, De Jong CA. A family history of alcoholism relates to alexithymia in substance use disorder patients. *Compr Psychiatry* 2013; 54(7): 911-7. doi: 10.1016/j.comppsy.

7. ПРИЛОЗИ

Прилог 1.

Табела 4.14.1. Просечна израженост и стандардно одступање димензија личности младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Варијабле	Врста породице			Укупно
	Функционална	Дисфункционална - насиље	Дисфункционална – лечени алкохолизам	
Димензије личности				
Латентна зрелост	17.65±2.215	12.00±3.339	13.23±2.521	15.86±3.341
Поверење у људе	121.46±12.368	106.21±15.245	111.20±15.862	117.12±14.833
Сарадња са људима	160.47±16.279	127.59±5.958	128.03±21.240	148.11±24.550
Фрустрациона толеранција	98.88±10.225	83.38±16.721	91.28±14.919	95.30±13.358
Несебичност	71.21±9.102	59.94±15.233	60.17±10.831	66.99±11.586
Оријентација ка будућности	4.89±.466	3.09±1.422	3.78±1.266	4.41±1.088
Епсилон	112.86±14.375	115.91±17.140	111.88±14.966	112.84±14.804
Хи	47.05±11.348	72.06±26.058	62.90±21.265	53.88±18.733
Алфа	69.91±18.169	94.44±24.036	85.73±26.187	76.69±23.087
Сигма	82.81±12.214	99.97±18.118	98.78±16.733	88.98±16.250
Делта	41.92±9.774	70.68±26.487	55.47±19.901	48.40±17.847
Ета	54.52±13.257	77.47±23.452	65.75±17.713	59.82±17.381

Прилог 2.

Табела 4.14.2. Тест једнакости групних просека

Димензије личности	Вилксова ламбда	F	df1	df2	p
Латентна зрелост	.523 [†]	175.337	2	384	.000 ^{**}
Поверење у људе	.853 [†]	33.206	2	384	.000 ^{**}
Сарадња са људима	.585 [†]	136.193	2	384	.000 ^{**}
Фрустрациона толеранција	.859 [†]	31.602	2	384	.000 ^{**}
Несебичност	.783 [†]	53.058	2	384	.000 ^{**}
Оријентација ка будућности	.652 [†]	102.476	2	384	.000 ^{**}
Епсилон	.995 [†]	.967	2	384	.381
Хи	.766	58.490	2	384	.000 ^{**}
Алфа	.849 [†]	34.037	2	384	.000 ^{**}
Сигма	.764 [†]	59.406	2	384	.000 ^{**}
Делта	.735 [†]	69.300	2	384	.000 ^{**}
Ета	.817 [†]	42.932	2	384	.000 ^{**}

[†] Wilks' Lambda, ^{**} p ≤ 0.01

Прилог 3.

Табела 4.15.1. Линеарна регресивна анализа предикторске варијабле - породични алкохолизам/функционална породица

Варијабла	R	R ²	Прилагођени R ²	F	p	β	t-тест	p
Латентна зрелост	.664	.441	.439	276.636	.000**	.664	16.632	.000**
Сарадња	.622	.387	.385	221.177	.000**	.622	13.478	.000**
Поверење	.375	.140	.138	57.321	.000**	.375	7.571	.000**
Несебичност	.483	.234	.231	107.019	.000**	.483	10.345	.000**
Хи	.418	.174	.172	74.097	.000**	-.418	-8608	.000**
Алфа	.349	.129	.120	48.776	.000**	-.349	-6.984	.000**
Сигма	.426	.213	.211	95.198	.000**	-.469	-9.757	.000**
Делта	.408	.166	.164	69.912	.000**	-.408	-8.361	.000**
Ета	.333	.111	.109	43.886	.000**	-.333	-6.625	.000**
Кохезивност	.259	.067	.064	25.175	.000**	.259	5.017	.000**
Адаптибилност	.090	.008	.005	2.866	.000**	-.091	01.693	.000**
IQ количик	.354	.125	.123	50.130	.000**	.350	7.080	.000**
Успех и школи	.354	.125	.123	50.340	.000**	.354	7.095	.000**
Оправдано одсуствовање	.586	.343	.341	146.642	.000**	-.586	-12.110	.000**
Неоправдано изостајање	.477	.227	.224	43.074	.000**	-.477	-8.241	.000**
Радни однос оца	.350	.123	.120	48.815	.000**	.350	6.987	.000**
Материјално стање	.436	.190	.188	82.569	.000**	.436	9.087	.000**
Кажњавање мајке	.360	.130	.127	52.310	.000**	-.360	-7.233	.000**
Породично дружење	.310	.096	.094	37.326	.000**	-.310	-6.110	.000**
Брачни проблеми	.771	.595	.594	515.548	.000**	-.771	-22.706	.000**
Психичке сметње оца	.410	.168	.166	70.721	.000**	-.410	-8.410	.000**
Пијење алкохола	.397	.158	.155	65.734	.000**	-.397	-8.107	.000**
Проблеми пажње	.318	.101	.098	39.415	.000**	-.318	-6.278	.000**
Проблеми памћења	.465	.216	.214	96.956	.000**	-.465	-9.847	.000**

Ноћни страхови	.374	.140	.138	57.202	.000**	-.374	-7.563	.000**
Фобије	.481	.231	.229	105.605	.000**	-.481	-10.276	.000**
Брига за породичне односе	.863	.745	.745	1028.094	.000**	-.863	-32.064	.000**
Пушење цигарета	.318	.101	.099	39.566	.000**	-.318	-6.290	.000**

**
p ≤ 0.01

Прилог 4.

Табела 4.15.2. Линеарна регресивна анализа предикторске варијабле - породично насиље/функционална породица

Варијабла	R	R ²	Прилагођени R ²	F	p	β	t-тест	p
Латентна зрелост	.618	.382	.379	167.808	.000**	.608	12.956	.000**
Сарадња	.523	.273	.271	102.327	.000**	.523	10.116	.000**
Фрустрациона толеранција	.416	.173	.170	56.890	.000**	.416	7.543	.000**
Поверење	.368	.135	.132	42.607	.000**	.368	6.527	.000**
Несебичност	.348	.121	.118	37.449	.000**	.348	6.120	.000**
Оријентација ка будућности	.669	.448	.446	220.931	.000**	.669	14.864	.000**
Chi	.509	.259	.257	95.262	.000**	-.509	-9.760	.000**
Алфа	.393	.155	.152	49.753	.000**	-.393	-7.054	.000**
Сигма	.398	.159	.156	51.299	.000**	-.359	-7.162	.000**
Делта	.591	.349	.346	148.705	.000**	-.591	-12.071	.000**
Ета	.455	.207	.204	70.922	.000**	-.455	-8.422	.000**
Коhezивност	.605	.366	.364	157.049	.000**	.605	12.532	.000**
Адаптибилност	.188	.035	.032	10.010	.002**	.188	3.164	.091
IQ количик	.357	.127	.124	39.663	.000**	.357	6.298	.000**
Успех и школи	.408	.167	.164	54.440	.000**	.408	7.378	.000**
Оправдано одсуствовање	.608	.389	.379	129.060	.000**	-.618	-11.360	.000**
Неоправдано изостајање	.824	.678	.677	367.088	.000**	-.824	-19.160	.000**
Радни однос оца	.618	.381	.379	166.484	.000**	.618	12.902	.000**
Кажњавање мајке	.360	.130	.126	40.507	.000**	-.360	-6.365	.000**
Очево кажњавање	.445	.198	.195	67.060	.000**	-.445	-8.189	.000**
Брачни проблеми	.905	.918	.918	3059.559	.000**	-.958	-55.313	.000**
Психичке сметње оца	.489	.240	.237	85.050	.000**	-.489	-9.222	.000**
Пијење алкохола	.428	.180	.180	61.089	.000**	-.428	-7.806	.000**
Проблеми пажње	.338	.114	.111	35.095	.000**	-.338	-5.924	.000**
Проблеми памћења	.541	.293	.290	112.536	.000**	-.541	-10.608	.000**

Ноћни страхови	.722	.522	.520	296.605	.000**	-.722	-17.222	.000**
Енуреза	.323	.105	.101	31.766	.000**	-.323	-5.636	.000**
Фобије	.586	.343	.340	141.944	.000**	-.586	-11.914	.000**
Брига за породичне односе	.968	.937	.936	4016.467	.000**	-.968	-63.376	.000**
Сукоб са вршњацима	.460	.212	.209	73.167	.000**	-.460	-8.554	.000**
Кажњавање због прекршаја	.592	.350	.348	146.410	.000**	-.592	-12.100	.000**
Бежање од куће	.569	.325	.321	129.954	.000**	-.569	-11.400	.000**
Помоћ стручњака	.873	.762	.762	871.847	.000**	-.873	-29.527	.000**

**
p ≤ 0.01

Прилог 5.

Табела 4.15.3. Линеарна регресивна анализа предикторске варијабле - дисфункционална породица/функционална породица

Варијабла	R	R ²	Прилагођени R ²	F	p	β	t -тест	p
Латентна зрелост	.684	.468	.467	338.879	.000**	-.684	18.409	.000**
Сарадња са људима	.644	.415	.413	273.072	.000**	-.644	16.525	.000**
Фрустрац. толеранција	.343	.118	.115	51.331	.000**	-.343	7.165	.000**
Поверење	.374	.140	.138	62.549	.000**	-.374	7.909	.000**
Несебичност	.465	.216	.214	106.375	.000**	-.465	10.314	.000**
Оријентација ка будућности	.566	.321	.319	181.796	.000**	-.566	13.483	.000**
Епсилон	.002	.000	-.003	.001	.976	-.002	.030	.976
Хи	.466	.217	.215	106.905	.000**	.466	10.339	.000**
Алфа	.375	.141	.139	63.171	.000**	.375	7.948	.000**
Сигма	.486	.236	.234	118.882	.000**	.486	10.903	.000**
Делта	.465	.216	.214	106.102	.000**	.465	10.301	.000**
Ета	.390	.152	.150	68.990	.000**	.390	8.306	.000**
Кохезивност	.372	.139	.136	61.975	.000**	-.372	7.872	.000**
Адаптибилност	.012	.000	-.002	.052	.820	.012	.228	.820
IQ количник интелигенције	.393	.154	.152	70.310	.000**	-.393	8.385	.000**
Успех у школи	.393	.154	.152	70.233	.000**	-.393	8.380	.000**
Оправдани изостанци	.577	.333	.331	157.052	.000**	.577	12.532	.000**
Неоправд. изостанци	.543	.295	.292	110.744	.000**	.543	10.524	.000**

** p ≤ 0.01

БИОГРАФИЈА

Љиљана Симоновић Грујић је рођена 08.08.1956. у Јасици, Општина Крушевац. Основну школу је завршила у Трстенику, Гимназију у Врању и Филозофски факултет у Нишу - одсек Психологија, са просечном оценом 9.22, као студент генерације. Од 1980. године ради у Гимназији „Бора Станковић“ у Врању на месту стручног сарадника-психолога и професора психологије.

Магистрирала је на Медицинском факултету у Београду 1996. године, одсек Психотерапија, са тезом „Успех систематске десензитизације и когнитивне терапије у смањењу страха и анксиозности узрокованих различитим механизмима настанка“, под менторством проф. др Јездимира Здравковића, редовног професора Филозофског факултета у Нишу, за ужу научну област Психопатологија, и стекла звање магистар медицинских наука. Завршила је едукативне семинаре из бихевиоралне психотерапије. У раду са талентованим ученицима значајан је њен менторски рад и постигнути успех на Републичким такмичењима (12 републичких награда: 4 прва и 8 других места).

Коаутор и реализатор је акредитованог семинара од стране Министарства просвете и Министарства здравља „Здрави стилови живота средњошколске омладине“ у 12 градова Републике Србије. Учествовала је на домаћим и међународним научним конференцијама, симпозијумима и конгресима. Аутор је и коаутор преко 30 научних и стручних радова који су објављени у бројним часописима или презентовани на научним и стручним скуповима у земљи са међународним учешћем.

Научни и стручни радови су објављени у две књиге: „Здрави стилови живота младих“ и „Жена и срес“. Главни је уредник „Зборника награђених ученичких радова и ученика Гимназије „Бора Станковић“ у периоду од 1981-2011. године“, пратећег „Зборника награђених ученичких радова из психологије“ и уредник монографије „Врањска гимназија 1981-2016“.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. Simonović Lj. Stav učenika Gimnazije „Bora Stanković“ prema bolestima zavisnosti (alkoholizam i narkomanija) i predlog preventivnih mera. Zbornik rezimea XXIX Naučnog sastanka, Dani preventivne medicine; Niš: 1995; 70.
2. Simonović Lj, Jović S. Porodični alkoholizam u formiranju stavova učenika prema bolestima zavisnosti (alkoholizam, narkomanija). Zbornik rezimea XXIX Naučnog skupa, Dani preventivne medicine; Niš: 1996; 53.
3. Simonović Lj. Stav profesora Gimnazije prema pušenju. Zbornik rezimea XXIX Naučnog sastanka, Dani preventivne medicine; Niš: 1996; 55.
4. Simonović Lj, Jović S. Škola kao izvor stresora. Psihologija 1996; 2(3-4): 23-32.
5. Jović S, Bašić S, Simonović Lj. Patient compliance-saradnja pacijenta sa gastroenterologijom u terapiji hroničnih bolesti. Zbornik rezimea Kongresa gastroenterologa Jugoslavije; Beograd: 1996; 79
6. Jović S, Simonović Lj, Zdravković J. Stresogene situacije kod omladine i konstruisanje skale stresa. Zbornik rezimea Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 1996; 51.
7. Jović S, Todorović B, Petrović B, Bašić S, Simonović Lj. Medical knowledge about risk factors and prevention of narkomania among medical students. Book of abstracts VI-th Congress of Hygiene and Health Prevention , Sofia: 1994; 222.
8. Jović S, Simonović Lj, Jovanović K, Antić N, Bašić S, Janković D. Seksualno ponašanje i stavovi mladih kao faktori rizika za polno prenosive bolesti. Zbornik rezimea, XXIX Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 1995; 63.
9. Simonović Lj, Jović S. Stavovi i ponašanje mladih Gimnazije „Bora Stanković“ u Vranju u vezi polno prenosivih bolesti. Zbornik rezimea, XXXI Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 1997; 65.
10. Simonović Lj. Profil ličnosti studenata medicinskog fakulteta (sindrom pomagača). Knjiga rezimea X-kongresa psihologa Jugoslavije, Petrovac na moru, Crna Gora; 1997; 60.
11. Jović S, Simonović Lj, Bašić S, Antić S, Petrović Z. Psihosocijalne karakteristike obolelih od insulin-nezavisnog oblika šećerne bolesti. Zbornik rezimea XXXI Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 1998; 89.
12. Jović S, Bašić S, Simonović Lj. Etički aspekti socijalnih kontakata zdravstvenih radnika i obolelih od AIDS. Zbornik rezimea XXXI Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 1998; 57.
13. Jović S, Antić S, Bašić S, Petrović B, Perić Z, Simonović Lj. Psihološke karakteristike obolelih od insulin-negativnog oblika šećerne bolesti i uticaj na stepen „compliance“-saradnje sa lekarom. Acta medica 1998; 3:15-20.
14. Jović S, Bašić S, Simonović Lj, Nikolić D, Dinić D. Prevencija poremećaja mentalnog zdravlja u uslovima vanrednih stanja. Zbornik rezimea XXXIII Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 1999; 40.

15. Simonović Lj. Posledice bombardovanja i predlog mentalno-higijenskih mera kod osoba sa svakodnevnom radnom i vojnom obavezom. Zbornik rezimea XXXIII Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 1999; 65.
16. Simonović Lj, Stojiljković S. Uz zvuke sirena za (u)zbunjivanje, Psihologija danas 1999; 7:17-19.
17. Simonović Lj. Prikaz knjige „Nove duševne bolesti“ J. Kristeve. Psihologija danas 1999; 6:52.
18. Simonović Lj, Zdravković J, Jović S. Bihevioralni pristup u razumevanju i lečenju agorafobije. Zbornik rezimea 47. naučno-stručnog skupa psihologa Srbije; Niš: 1999; 76-77.
19. Simonović Lj, Jović S, Bašić S. Emocionalna zrelost dece alkoholičara i predlog preventivnih mera. Zbornik rezimea Naučnog skupa Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine, Beograd: 2000; 257.
20. Simonović Lj. Bombardovanje kao uzrok nastanka novih strahova kod ljudi u Srbiji. Zbornik rezimea Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine; Niš: 2001; 65.
21. Simonović Lj. Promene u stavu učenika prema izostajanju u zadnje dve decenije. Pedagoška stvarnost 2000; 3(1-2):46-52.
22. Simonović Lj. Stav učenika Gimnazije u Vranju prema narkomaniji. Zbornik radova Udruženja zdravlja za sve Banja Luka 2003; 74-83.
23. Simonović Lj. Prisustvo „sindroma pomagača“ u strukturi ličnosti studenata medicinskog fakulteta. Zbornik rezimea Naučnog skupa sa međunarodnim učešćem, Dani preventivne medicine ; Niš: 2006; 84.
24. Simonović Lj, Marković M. Stresori mladih u školi i porodici. Zbornik nagrađenih radova talentovanih učenika; Beograd: 2008; 68.
25. Simonović Lj, Marković M. Povezanost opšte i emocionalne inteligencije. Zbornik nagrađenih radova talentovanih učenika ; Niš: 2009; 37-48.
26. Fatović Milićević B, Gajić I, Jović S, Paunić M, Ćirić Janković S, Simonović Lj, Pejin-Stokić Lj. Zdravi stilovi života kod mladih. Beograd: Štamparija Srpske Pravoslavne Crkve; 2011.
27. Jović S, Simonović Lj, Arandjelović M, Milošević Z, Nikolić M, Petrović B, Nikolić D. Sources of stress in medical students and gender-based differences in stress perception. MD - Medical data 2011; 3(1):37-42.
28. Nikolić A, Simonović Lj, Jović S. Ponašanje mladih iz alkoholičarskih porodica. MD-Medical data 2013; 3(1): 56-64.
29. Fatović Milićević B, Gajić I, Jović S, Paunić M, Ćirić Janković S, Simonović Lj, Pejin-Stokić Lj. Žena i zdravlje. Beograd: New Assist; 2013.
30. Simonović Lj, Jović S, Nikolić A. Intelektualni razvoj mladih iz alkoholičarskih porodica. MD-Medical data 2013; 2(1): 76-80.
31. Simonović Lj. Zbornik nagrađenih učeničkih radova iz psihologije. Monografija sa 12 nagrađenih radova na republičkim takmičenjima u Srbiji. Vranje: Plutos; 2013.
32. Simonović Lj, Stošić V, Mladenović J, Jovanović S. Zbornik nagrađenih učeničkih radova i učenika Gimnazije „Bora Stanković“ u Vranju u periodu od 1981-2011. godine. Vranje; Plutos; 2013.

33. Simonović Lj, editor. Vranjska gimnazija 1981-2016. Vranje: Aurora; 2016.
34. Simonović Grujić Lj. The association between conative functioning of adolescents exposed to intimate partner violence and family dimensions of cohesion and adaptability. *Vojnosanitetski pregled* 2018; 9 doi.org/ 10.2298/ VSP170514009S;
35. Simonović Grujić Lj. Psychological functioning of adolescents from violent families. *Ser J Exp Clin Res*. 2019; doi: 10.2478/sjecr-2019-0007.
36. Psychological characteristics of adolescents from functional and dysfunctional families: fathers' alcoholism. *Engrami* 2019; 40(2): 4-14.

ПРИЛОГ

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА У КРАГУЈЕВЦУ

Редни број - РБ:

Идентификациони број - ИБР:

Тип документације - ТД: Монографска публикација

Тип записа - ТЗ: Текстуални штампани материјал

Врста рада - ВР: Докторска дисертација

Аутор - АУ: мр Љиљана Симоновић Грујић

Ментор/коментор - МН: Проф. др сци. мед. Драгана Игњатовић Ристић, редовни професор

Наслов рада - НР: Утицај дисфункционалности породице, изазване алкохолизмом и насиљем, на психосоцијални развој младих и формирање специфичних црта личности

Језик публикације - ЈП: Српски (ћирилица)

Језик извода - ЈИ: Српски (ћирилица)/ Енглески

Земља публикавања - ЗП: Република Србија

Уже географско подручје - УГП: Централна Србија

Година - ГО: 2019.

Издавач - ИЗ: Ауторски репринт

Место и адреса - МС: 34 000 Крагујевац, СРБ, Светозара Марковића 69

Физичи опис рада - ФО:

Научна област - УДК: Медицина

Научна дисциплина - ДИ: Неурологија

Предметна одредница/ кључне речи - ПО: дисфункционалност породице, породично насиље, породични алкохолизам, психосоцијални развој младих

Чува се - ЧУ: Универзитет у Крагујевцу

Библиотека Факултета медицинских наука Крагујевац

34 000 Крагујевац, СРБ, Светозара Марковића 69

Важна напомена- МН:

Извод - ИД:

Одрастање младих у дисфункционалним породичним системима изазваним насиљем и алкохолизмом, повезана је са тешкоћама у психосоцијалном развоју, укључујући проблеме понашања, екстернализоване и интернализоване симптоме. Циљ истраживања је утврђивање повезаности породичног насиља и алкохолизма са: функционисањем породичног система, психосоцијалним функционисањем и развојем специфичних особина младих. Специфични циљ истраживања је утврђивање ментално-хигијенских и превентивних мера ради смањења негативних последица одрастања у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом. Истраживање је спроведено на узорку од 387 младих, узраста од 15 - 19 година, подељених у: групу младих из дисфункционалних породица ($n = 147$), са два поузорка, $n = 114$ младих који су одрастали у породицама са очевим алкохолизмом, који је лечен, и $n = 34$ младих који су одрастали у породицама са партнерским насиљем и изложени партнерском насиљу, које је пријављено и процесуирано, и контролну групу ($n = 240$ младих из породица у којима Упитником CPRS-R није утврђен било који облик насиља, алкохолизма или друге психосоцијалне патологије). Скала Faces III и Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице (ревидирани, CPRS-R) су коришћени за мерење димензија породичног функционисања, Кибернетички модел димензија личности (КОН-6) за конативно функционисање младих, Тест резоновања ликова (ТРЛ) за мерење интелектуалног развоја и Скала латентне зрелости (СЛЗ) утврђивање развоја психичке зрелости. Резултати истраживања показују да дисфункционалне породице, изазване насиљем и алкохолизмом, значајно разликују: ниже вредности на димензији кохезивности, одвојеност мајке, незапосленост, лоше материјално стање и стварање породичних троуглова, у поређењу са функционалним породицама. Млади из дисфункционалних породица имају значајно: нижи интелектуални развој, успех у школи, израженији позитиван став према пијењу алкохола, веће искуство са дрогама, нарочито код младих са породичним насиљем) и зависност дувана. Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, постижу две категорије нижу латентну зрелост, преминају из незрелог понашања - категорија 2), у односу на младе са преминају у зрелог понашања (категорија - 4). Каноничком дискриминативном анализом су установљене две дискриминативне функције на којима се млади који одрастају у породицама са насиљем и алкохолизмом значајно разликују, у односу на младе из функционалних породица. Код прве дискриминативне функције, на којој израженије вредности имају млади из функционалних породица, постоји сложај димензија личности: висока латентна зрелост, сарадња са људима и оријентација ка будућности, низак ниво дисоцијативних, агресивних, анксиозних, психосоматских реакција, несебичности, социјалне незрелости, средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција. На другој добијеној дискриминативној функцији највећи просек имају млади из породица са насиљем, које граде: висока развијеност дисоцијативних и дезорганизованих реакција, средње изражена способност адаптације, ниска фрустрациона толеранција и оријентација ка будућности. Изложеност младих породичној дисфункционалности, изазваној насиљем и алкохолизмом, повезана је са променама психосоцијалног функционисања, развоја специфичних особина личности и ризиком од развоја интернализованих и екстернализованих симптома у социјално-

адаптивним, анксиозним и дисоцијативним реакцијама. Медијатор између породичног насиља и алкохолизма и психосоцијалног функционисања и развоја младих јесу породична кохезивност и поремећаји у брачној дијади.

Датум прихватања теме од стране ННВ - ДП: 27.01.2016.г.

Датум одбране - ДО:

Чланови комисије - КО:

Проф. др Владимир Јањић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, председник;
Проф. др Дарко Хинић, ванредни професор Природно-математичког факултета Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психологија, члан;
Проф. др Срђан Миловановић, ванредни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду, за ужу научну област Психијатрија, члан

KEY WORDS DOCUMENTATION

UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC FACULTY OF MEDICAL SCIENCES KRAGUJEVAC

Accession number - ANO:

Identification number - INO:

Documentation type - DT: Monographic publication

Type of record - TR: Textual material, printed

Contents code - CC: PhD. Thesis

Author - AU: Ljiljana Simonović Grujić

Menthor/co-mentor - MN: prof. dr sci. med. Dragana Ignjatović Ristić M.D.,Ph.D.

Title - TI: Effect of dysfunctional family, affected by alcoholism and domestic violence, on psychosocial development of adolescents and formation of specific personality traits

Language of text - LT: Serbian (Cyrilic)

Language of abstract: Serbian (Cyrilic)/English

Country of publication - CP: Republic of Serbia

Locality of publication - LP: Central Serbia

Publication year - PY: 2019.

Publisher - PU: Author reprint

Publication place - PP: 34 000 Kragujevac, SRB, Svetozara Markovića 69

Physical description - PD:

Scientific field - SF: Medicine

Scientific discipline - SD: Neurology

Subject/key words - SKW: dysfunctional family, intimate partner violence, family alcoholism, psychosocial development of the youth

UDC

Holding data: University of Kragujevac

Library of Faculty of Medical Science Kragujevac

34 000 Kragujevac, SRB, Svetozara Markovića 69

Note - N:

Abstract (AB): Growing up of the youth in dysfunctional family systems affected by intimate partner violence and alcoholism is associated with difficulties in psychosocial development, including behavioral disorders, externalized and internalized symptoms. The aim of the research was to determine the association of intimate partner violence and alcoholism with the functioning of the family system, psychosocial functioning and development of specific characteristics of the young. The specific aim of the research was to determine adequate mental-hygienic and preventive measures in order to reduce the negative consequences of growing up in dysfunctional families, intimate partner violence families and families with alcoholism.

The research was carried out on a sample of 387 youth, aged 15 – 19, divided in a group of youth coming from dysfunctional families (n = 147), with two subsamples, n = 114 youth growing up in families with paternal alcoholism which was medically treated, and n = 34 youth who grew up in intimate partner violence families and were exposed to intimate partner violence, which was reported and processed, and a control group (n = 240 youth from families in which according to the CPRS-R Questionnaire there was not found any form of violence, alcoholism or any other psychosocial pathology). FACES III Scale and Questionnaire for the Examination of Psychosocial Characteristics of the Youth and Family (revised, CPRS-R) were used for measuring dimensions of family functioning, Cybernetic model of personality dimensions (CON-6) for conative functioning of the youth, Test for reasoning images (TRI) for measuring intellectual development and the Scale of Latent Maturity (SLM) for determining the level of psychological maturity. Results of this study showed that dysfunctional families, affected by intimate partner violence and alcoholism, show significantly different results in the following: lower values of the cohesion dimension, separation, unemployment, bad material situation and formation of family triangles as compared to functional families. The youth from dysfunctional families show significantly lower intellectual development, lower achievement at school, more pronounced positive attitude towards alcohol abuse, greater experience with drug abuse (especial of the youth growing up in and exposed to intimate partner violence) and cigarette addiction. The youth coming from dysfunctional families, exposed to intimate partner violence and alcoholism, score two category lower latent maturity ($p \leq 0.01$, predominantly immature behavior- category 2), in comparison with the

young with predominantly mature behavior (category -4). The canonic discrimination analysis determined two discrimination functions which significantly differentiate the youth growing up in intimate partner violence and alcoholism families from the youth from functional families. The first discrimination function, which showed higher values for the youth coming from functional families, exhibited more complex personality characteristics: high latent maturity, cooperation with other people and orientation towards the future, low level of dissociative, aggressive, anxious, psychosomatic reactions, selflessness, social immaturity, medium trust in other people and frustration tolerance. The other obtained discrimination function showed that the highest average was scored by the youth coming from families with intimate partner violence which consisted of: highly developed dissociative and disorganized reactions, medium adaptation ability, low frustration tolerance and orientation towards the future. Conative functioning of the youth coming from dysfunctional families showed a pathological form of functioning in dissociative (23.5%), anxious (25.2%) reactions and social adaptability (32% of the youth coming from intimate partner violence).

Exposure of the youth to family dysfunctionality, caused by violence and alcoholism, was associated with the changes in psychosocial functioning, development of specific personality characteristics and risk of developing internalized and externalized symptoms when it comes to social-adaptation, anxious and dissociative reactions. The mediator between intimate partner violence and alcoholism and psychosocial functioning and development of the youth is family cohesion and disorders within the marital dyad.

Accepted by the Scientific Board on - ASB: 27.01.2016.

Defended on - DE:

Thesis defended board (Degree/name/surname/title/faculty) - DB:

Prof. Vladimir Janjić, M.D., Ph.D. president and member from Medical Faculty Belgrade

Prof. Darko Hinić, M.D., Ph.D., member

Prof. Srđan Milovanović, M.D., Ph.D., member

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Љиљана Симоновић Грујић _____, изјављујем да докторска дисертација под насловом:

Утицај дисфункционалности породице, изазване алкохолизмом и насиљем, на психосоцијални развој младих и формирање специфичних црта личности

која је одбрањена на Факултету медицинских наука _____

Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:



да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације

- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Врању _____, 14.5.2019. године,

потпис аутора

Образац 2

ИЗЈАВА А УТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Љиљана Симоновић Грујић

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

Утицај дисфункционалности породице, изазване алкохолизмом и насиљем, на психосоцијални развој младих и формирање специфичних црта личности

која је одбрањена на Факултету медицинских наука _____

Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам


не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Врању, 15.5.2019. године,


потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org/rs/>

Радови који су били услов за пријаву завршене докторске дисертације

1. Simonović Grujić Lj. The association between conative functioning of adolescents exposed to intimate partner violence and family dimensions of cohesion and adaptability. *Vojnosanitetski pregled* 2018; 9 doi.org/ 10.2298/ VSP170514009S;
2. Simonović Grujić Lj. Psychological functioning of adolescents from violent families. *Ser J Exp Clin Res.* 2019; doi: 10.2478/sjecr-2019-0007.
3. Psychological characteristics of adolescents from functional and dysfunctional families: fathers' alcoholism. *Engrami* 2019; 40(2): 4-14.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS FROM FUNCTIONAL AND DYSFUNCTIONAL FAMILIES WITH FATHERS ALCOHOLISM

Ljiljana B. Simonovic Grujic¹

¹*Secondary School Gimnazija "Bora Stankovic" Vranje, Serbia,*
Ljiljana Simonovic Grujic, 8.8. 1966. ljiljanasimon@gmail.com

¹e/mail: ljiljanasimon@gmail.com

Summary

Introduction. Growing up in dysfunctional alcoholic families is associated with the psychosocial development of children. Furthermore, family alcoholism rarely occurs without many forms of violence and aggression in the home. Family alcoholism is associated with mental health and parenting problems, and children experience a wide variety of long-term social adjustment and emotional difficulties, including behavioral problems.

Objective. The aim of the study is to determine whether growing up in a dysfunctional family, caused by father's alcoholism, is related to the achieved psychological maturity, achievement at school, internalizing, externalizing and behavioral problems and specific psychological characteristics of the adolescents (COAs) in comparison to the psychological characteristics of the adolescents from functional, non-alcoholic families (non-COAs).

Method. The study was evaluated 691 adolescent, aged 14-19 years, who were divided into two groups: experimental group included 397 participants from families with alcoholism and control group included 294 participants from functional families where no alcoholism or any other type of mental disorders of parents were set up. Based on treatment alcoholism the experimental group divided into two sub-samples: 142 respondents from families with treated alcoholism, and 255 participants from untreated alcoholism families. For screening of the conative functions of the personality, was used the battery of Conative Personality Dimensions (CON-6), Psychological Maturity is measured by the Scale Latent Maturity (SLM), Psychosocial dimensions were tested by Questionnaire for psychosocial characteristics of adolescents and family (CPRS-R), whereas intellectual abilities were examined by Test reasoning characters (TRL). Canonical discriminate analysis was used in order to determine the differences in psychological characteristics of the personality of adolescents from alcoholic and non-alcoholic families.

Results. The study obtained statistically significant difference between psychological characteristics of adolescents from alcoholics and non-alcoholics families. The specific psychological characteristics of the adolescents from alcoholic family are: a lower level of mature per-

sonality development, reduced cooperation, expression of aggressive and dissociative reactions. The adolescents from families with treated alcoholic family members have expressed: truancy, conflicts with peers, suicide behavior, running away from home, activity disorders in comparison to the peers from families with untreated alcoholism. Growing up in dysfunctional alcoholic family systems is associated with the formation of a specific psychological functioning with externalizing, internalizing and behavioral problems.

Conclusions. The current study suggests that growing up in a dysfunctional alcoholic family is associated with the development of specific personality characteristics of adolescent, in comparison to non-COAs peers.

Key words: dysfunctional alcoholic family, psychological characteristics of adolescents, internalizing, externalizing and behavioral problems

INTRODUCTION

Dysfunction of family system is established by family disturbance diagnosis. In the classification of mental and behavioral disorders of the World Health Organization (ICD X) alcoholism and domestic consequences of alcoholism are defined in F 10, a group of disorders dependence and alcohol abuse, and F-90:F90-F98-emotional and behavioral disorders in childhood and adolescence of children from dysfunctional families [1,2].

The theoretical and conceptual basis of the research is a family system theory, which defines an alcoholic family as a dysfunctional system, caused by dysfunction of a sub-system- an alcoholic, in which multiply damaged spouse differentiation leads to the impossibility of developing differentiation in children growing up in these families [3]. Dysfunction of certain alcoholic family system is enhanced by the presence of some other psychiatric diagnoses of parents. In addition to alcoholism or alcohol abuse, at 37% of alcoholics is determined the existence of the psychology diseases[4]. The present psychopathology of alcoholic father was later observed in the behavior of their children [5].

Growing up in a dysfunctional alcoholic system disrupts the psychosocial development of children from these families, causing the formation of active, externalized, and passive, internalized symptoms [6, 7].

Results of research on the consequences of growing up in alcoholic families indicate that the externalized symptoms in children and adolescents are associated with parental diagnosis, especially with antisocial personality disorder and the presence of a high level of stress in the family: aggression[8], impulsive behavior, ADHD, attention deficit disorder and behavior, ODD-attention deficit disorder / hyperactivity disorder, CD-authority issues [9, 10], disorders

of habits (thumb sucking, night terrors), aggressiveness, impulsivity [11], hyperactivity, bulimia and delinquent behavior [12, 13].

Internalized symptoms of children and young people from alcoholic families are: depression, anxiety, hypersensitivity, learned helplessness and fear and acute condition [7, 13-15].

Growing up in alcoholic families with various forms of violence influences the development of expressed symptoms of post-traumatic stress disorder, due to the presence of children to murders, suicides or fights parents. Further development of posttraumatic symptomatology [16], in young leads to the appearance of: depression, suicidality [17], anxiety, drug addiction, delinquency and somatic problems [15, 18].

Children of alcoholics (COAs) reported poorer school performance, a higher substance use(cigarettes, marijuana, drinking), and more mental health difficulties (emotional symptoms, conduct problems, suicidal tendencies, marital disorder[18, 19].

In forming a sense of identity, youth from alcoholic family have a very low self-esteem, feelings of inadequacy, inferiority, lower socialization, individualization and emotional maturity [20, 21]. Lack of inadequate identification models for boys, from alcoholic families, has resulted in difficulties in the construction of sexual roles [22].

For young people from alcoholic families, it has been established 2-10 times greater risk for alcoholism and other forms of addiction (cigarettes, marijuana), in relation to young people from non-alcoholic families [7, 8, 11, 23, 24].

Emotional problems, attention disorder problems, and relations to authority of youth from alcoholic families are accompanied by difficulties in intellectual development and emphasized school problems [25, 26].

Children of alcoholics, who have normal intelligence, at school age, they have less opportunity to pay attention, difficulty in monitoring guidelines and establishing relations [27].

The specificity of the psychological profiles of young people from alcoholic families has led some researchers to propose the introduction of the concept of "children in risk", because it is possible to predict the emotional, intellectual and social problems in childhood, youthful and mature age [28].

OBJECTIVE

The aim of the study is to determine whether growing up in a dysfunctional family, caused by father's alcoholism, is related to the achieved psychological maturity, achievement at school, internalizing, externalizing and behavioral problems and specific psychological structure of the adolescents from such a family, which is different from the personality profile of the non-COAs peers. The practical aim of the study will be seen in the possibility of application of

preventive mental hygiene, counseling and therapeutic measures, so as to mitigate the negative impact of a dysfunctional family on the personality's psychosocial development.

METHOD

The sample and procedure

The study was conducted on a sample of 691 test subjects, aged 14-19 ($M=17.2$, $SD=1.23$). The control group consisted of 294 (43%) adolescents from the Secondary School in Vranje, who were divided on the basis of a preliminary research combination type questionnaire, which classified those test subjects in whose families there was no record of parental alcoholism or any other psychopathology. The experimental group consisted of a sample of 397 (57%) participants, who were divided into two sub-samples: $E_1=142$ (39%) adolescents from the families whose parents were patients or hospitalized in a psychiatric hospital and Institute for Mental Health in Vranje, Public Health Department of Clinical Center Nis and the Hospital for addictions in Belgrade, and $E_2=255$ (61%) adolescents from the families with untreated alcoholism, who were categorized by the Questionnaire for determining psychological and social pathology of family members – Revised Conners Parent Rating Scale (CPRS-R) [29]. There were no differences between the groups by the age ($t_{(198)}=-1.09$, non-significant). The testing was conducted by psychologists and specialist teachers, who did therapeutic work with the parents and the adolescent or the adolescent only. The testing was done with prior permission of the directors of these institutions and consent of the parents and/or the adolescents. The survey was anonymous. Testing total test material took 1.5 to 2 hours. To test the Test of Reasoning Images (TRL) [30], a test of general intelligence, was prescribed to last 30 minutes, with specific instructions, SLM (Scale of Latent Maturity) [31]. and KON-6 (Test Conative Functioning Personality [32]. was filled by the test subjects in 30 minutes, while answering the Questionnaire for self-assessment of family relationships and psychosocial development (CPRS-R) lasted up to 15 minutes. The survey was conducted during the period from 2007 to 2011.

The study examined the differences in the profile of the personality of the adolescents from the functional and dysfunctional alcoholic family in the following scope: general intellectual ability, the results obtained on TRL-Test of reasoning characters [29]. It contains 45 items. In this study, reliability estimates for the scores were very high $\alpha=.96$. Latent maturity, measured by the Scale of Latent Maturity with five sub-scales: cooperation with people, trust in people, selflessness, frustration tolerance, attitude toward the future [30]. It contains 133 items. In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha=.92$. Conative dimensions,

measured by the KON-6 Conative Personality Dimensions, are: reaction activity-introversion/extroversion, psychosomatic reactions, anxiety-defense reactions, aggressive-response attacks, dissociative reactions, integrative reaction-social adaptation [31]. It contains 180 items. In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha = .96$. The Revised Conners Parent Rating Scale (CPRS-R), measured attitude towards school (academic achievement, absenteeism, teaching, respect for school rules of behavior, attention problems, lack of interest in school); problems and psychosocial development (drinking problem and drunkenness, hyperactive behavior, lying, phobias, stubbornness, drug abuse, running away from home, suicide behavior) [32]. It contains 42 items. In this study, reliability estimates for the scores were very high $\alpha = .94$.

Data analysis was performed using the software package SPSS version 11.5. The results are presented by using the method of statistical inference: canonical discriminated analysis. The significance of differences was assessed by: Box's Test of Equality of Covariance Matrices, Chi-square test and One-Way ANOVA. The level of statistical significance is less than 1% ($p < 0.001$) and 5% ($p < 0.05$).

RESULTS

To determine the existence or non-existence, the difference between the sub-samples, compared to the tested characteristics is determined by the canonical discriminated analysis (Table 1). Two discriminated functions were obtained. Based on Chi-square test of significance, we can conclude that the sub-samples in the study are significantly different, statistically speaking ($p < 0.001$), in the personality's profile. Between the samples of the adolescents from families with treated / untreated alcoholism family and the adolescents from non-alcoholic families, there are significant differences in the studied characteristics, containing discriminative function: association with humans, frustration tolerance, trust in people, selflessness, attitude towards the future, the maturity of personality, psychosomatic reactions, anxiety, aggression, dissociative reactions, integrative reactions, success in school, absences from school which were justified, drinking alcohol and drunkenness, problems of paying attention, disinterested students, hyperactivity, lying, phobias, obstinacy, conflicts with peers, drug abuse, punishment in school, running away from home and suicide behavior.

We used the Box's M-test for testing the homogeneity of the covariance matrix of sub-samples (Table 2). After the Box's M-test has been obtained, it is statistically significant (Box M = 1570.755, $p = 0.000$) and shows that the covariance matrixes are heterogeneous between

the groups, classification of the test subjects on the basis of the obtained functions is performed on the covariance matrix within the groups.

Table 3 shows its distinctive values, the percentage of intergroup variance which refers to the given intrinsic value, i.e., the percentage of the overall discriminatory power of a set of variables referring to the given discriminated functions, canonical correlation and the results of testing the significance of the discriminated function (canonical correlation) using Bartlett's Hi- square test.

The two discriminated functions have been obtained. Based on the significance of the chi-square test (chi-square = 666.443, $p = 0.001$ for the first function and the chi-square = 139.336, $p = 0.001$ for the second function) it was estimated that the sub-samples in the study are statistically significantly different in personality profile.

The data in Table 4 shows two discriminated functions which were obtained.

The first discriminated function builds a stack feature which are strongly expressed: latent immaturity (-0.623, $p < 0.05$) and non-cooperation with people (-0.552, $p < 0.05$), medium predominantly aggression (0.459, $p < 0.05$), a system for the coordination of regulatory functions-dissociative reaction (0.449, $p < 0.05$), obstinacy (0.434, $p < 0.05$), non-social adaptation (0.411, $p < 0.05$), the tendency for psychosomatic reactions (0.398, $p < 0.05$), lack of commitment to the future (-0.397, $p < 0.05$), selfishness (-0.391, $p < 0.05$), anxiety reactions (0.361, $p < 0.05$), the tendency for getting drunk (0.358, $p < 0.05$), lack of trust in people (-0.344, $p < 0.05$), phobic reactions to certain stimuli (0.317, $p < 0.05$), attention problems (0.306, $p < 0.05$), propensity for lying (0.281, $p < 0.05$), reduced Frustration tolerance (-0.279, $p < 0.05$), tendency for drinking (0.270, $p < 0.05$), hyperactive behavior (0.264, $p < 0.05$), lower success at school (-0.264, $p < 0.05$), punishment in school for disrespecting the rules of conduct (0.263, $p < 0.05$), mildly expressed: lack of interest in school (0.189, $p < 0.05$) and tasting drugs (0.106, $p < 0.05$).

The second discriminated function is made of the following: irregular attendance (-0.388, $p < 0.05$), poorly expressed confrontation with peers (-0.212, $p < 0.05$), the propensity to run away from home (-0.282, $p < 0.05$) and suicide behavior (-0.258, $p < 0.05$), activity disorder (-0.082, $p < 0.05$).

Table 5 presents the group centroids.

The adolescents from non-alcoholic families have the greatest negative group average for the first discriminated function (-1.62) and a low average for the second discriminated function (0.038).

The adolescents from families with untreated alcoholism have a higher group average for the first discriminated function (0.966) and mean average for the second group discriminated function (0.457).

The adolescents from families with treated alcoholism have the greatest negative group average for the second discriminated function (-0.898). At adolescents from families with treated alcoholism a high group average is received for the first discriminated function (0.794), slightly lower than the average the adolescents from families with untreated alcoholism (0.966).

Table 6 shows the results of patient classification in the obtained discriminative functions.

Based on the results in Table 6, we can conclude that 71.5% of test subjects are correctly classified: 62.9% of adolescents from families with untreated alcoholism, 89.7% of the adolescents in the control group and 58.5% of the youth from families with treated alcoholism.

The results indicate the possibility of existence of the specific personality profile of the adolescents from alcoholic families and the youth who have grown up in families without alcoholism or other dysfunctional family systems.

By using analysis of variance (ANOVA) on discriminated functions (Table 7) as dependent variables, we obtained statistically significant differences between samples, in relation to both discriminated functions ($F = 288.125, p < 0.001$, $F = 22.019, p < 0.001$).

The data in Table 8 shows the results of Fisher's LSD test about the differences in sub-samples discriminated function.

Fisher's test of least quartered differences shows that the test subjects in control group, the adolescents from non-alcoholic families, have a higher average for the first and the second discriminated functions, compared with the adolescents from alcoholic families (families with treated and untreated alcoholism, $p < 0.001$).

The results show that the adolescents from families with untreated alcoholism differ significantly in the second discriminated function ($p < 0.001$), compared to the adolescents from families with treated alcoholism.

This data explores associations between the growing up in alcoholic dysfunctional families with the specific cognitive, emotional, social, behavioral functioning and psychological characteristics of the adolescents which is opposed to the psychological characteristics of the adolescents from non-alcoholic families.

DISCUSSION

On the first discriminated function the greatest negative group average have adolescents from non-alcoholic family. It can be concluded that adolescents from non-alcoholic families have a predominance of mature behavior, achieved identity and integrity of the person, the need for cooperation and selfless helping to other people, achieved control of aggressive and anxious reactions (offense and defense), coordination of conative and cognitive processes (regulator of integrative reaction), which is expressed in socially adapted behavior. In relationships with people, young from non-alcoholic families express trust, honesty and moderate obstinacy. In setting and meeting school goals and commitments, young from non-alcoholic families have expressed: the ability of paying attention, orientation towards the future and the desire to progress to a personal and professional level; handling of failure, respect of school rules of conduct, which are accompanied by the showing an interest for school and school achievement.

Adolescents from non-alcoholic families do not have expressed phobias, psychosomatic reactions, hyperactive behavior, the tendency to try drugs and drinking. The obtained results of the low average of the second discriminated function from non-alcoholic families indicate that adolescents from non-alcoholic families are less absent from school, they have fewer conflicts with peers, the lesser number of the penalties imposed, or activity disorders, as well as suicide attempts or running away from the parental homes.

Adolescents from families with untreated alcoholism have a higher group average on the first discriminated function. It can be concluded that these are adolescents who have: mature attitude with occasional regressions, lack of cooperation, trust and selfless desire to help other people. Expressed aggressive [6, 18, 33], psychosomatic [34], anxiety and phobic reactions [35], hinder the coordination and integration of regulatory functions, weakening the ability of social adaptation [36]. Obstinacy, hyperactive behavior [33, 37], and a lower level of tolerance are bringing adolescents from alcoholic families to solve problems by excessive use of alcohol and drugs [38]. Problems in sustaining attention [39], lack of interest in school, lack of respect for school rules [40] lead adolescents from families with untreated alcoholism to lower achievement in education, or to be less oriented to the future and planning to accomplish their life goals both in personal and professional. The obtained middle group average in the second discriminated function (0,457) of adolescents from families with untreated alcoholism leads to the conclusion that the adolescents of this sub-sample tend to: conflicts with

peers [13,26], truancy, running away from home [6, 7, 23] , suicide attempts [41], depressed or hypo-manic behavior [42].

Adolescents from families with treated alcoholism have the greatest negative group average in the second discriminated function (-0.898). Compared with adolescents from families with untreated alcoholism and non-alcoholic families, adolescents from families with treated alcoholism, have the highest absenteeism from school, often conflicts with peers (13) and the tendency to solve problems by suicide attempts [15-18], or by running away from home, or by depressive or hypo-manic behavior [6,7,11-15].

Expression of these personality dimensions indicates that the families of alcoholic with treated alcoholism are alcohol-specific [5], because due to the strong dysfunctionality of all parts of family systems, they are often going for treatment. The increased tendency of adolescents towards abandoning families with treated alcoholism is a reaction to the size of expressed family system disorder, caused by parent's alcoholism and pressure of family members to his medical treatment [13]. It is obtained high group percentage at the first discriminated function at adolescents from families with treated alcoholism, which is a slightly lower than the percentage of adolescents from families with untreated alcoholism.

It can be concluded that adolescents from families with treated alcoholism, people with: immature behavior, lack of cooperation and trust in people. In cognitive functioning there are moderately significant changes in the regulation of the controller of defense [7, 10, 11, 14], assault [8-10], bodily reaction [19, 23], which disrupts the coordination, integration and social adaptation [6, 7, 21]. Propensity for lying, stubbornness, hyperactive [8] and intolerant behavior, leading to non-compliance with school rules [26, 27], frequent imposition of educational and disciplinary measures, alcohol and drug abuse [11, 18, 24].

The prominent attention problems and a lack of interest in school lead to poorer success [27] in learning and less orientation to the future [26, 27]. Tendency to abulic, depressed or hypo-manic behavior was present in a small number of adolescents from families with treated alcoholism.

Based on the results in, we can conclude that 62.9% of adolescents from families with untreated alcoholism, 89.7% of adolescents in the control group and 58.5% of adolescents from families with treated alcoholism are correctly classified. The results indicate the possibility of the existence of specific psychological characteristics of adolescents from alcoholic families [43], as opposed to the psychological characteristics of adolescents, who have grown up in families without alcoholism or other dysfunctional family systems.

This data have demonstrated the associations between parental alcoholism and personality subtypes of adolescents-COAs, compared to the psychological characteristics of the adolescents from functional non-alcoholic families.

CONCLUSION

Research suggests that growing up in a dysfunctional alcoholic family system, which damages multiple basic dimensions, communication and cohesion between subsystems and the exercise of parental roles, is associated with academic, cognitive, social, emotional, and behavioral problems, and specific psychological characteristics of adolescents in relation to the psychological characteristics of the adolescents from functional non-alcoholic families. The psychological characteristics of adolescents from alcoholic family consist of: lower level of development of a mature personality, reduced cooperation with people, expressed aggressive and dissociative reactions. The adolescents from families with treated alcoholism and from alcohol-specific families have more pronounced: truancy, conflicts with peers, suicide behavior, running away from home and disorder activity as opposed to the adolescents from families with untreated alcoholism, which indicates the impact of dysfunctional family systems in the formation of permanent and negative changes in some psychological characteristics.

Growing up in a dysfunctional alcoholic family is accompanied by continuous exposure to negative, stressful and traumatic experiences, which is associated with intensified reactions of attack and defense, but also a weak potential for integrative functions, the formation of maturity and focus on the future achievements. The data illustrates that children and adolescents from alcoholic families represented a category of risk population for developing addiction as well as other mental disorders, which is why their early identification was necessary along with the need for introducing mental-hygienic and psychotherapeutic measures in working with them so as to prevent or reduce the negative consequences of growing up in dysfunctional family systems.

Preventive measures for stopping the development of psychopathological internalized and externalized symptoms represented preservation or restoration of close family relationships and social support at school.

REFERENCES:

1. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, Ustun TB, Regier DA. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Archives of general psychiatry* 1993; 50(2): 115-24. DOI:10.1001/archpsyc.1993.01820140030003.
2. *DSM-IV Codes* are the classification found in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2014. https://en.wikipedia.org/wiki/DSM-IV_codes.
3. Pearson MR, D'Lima GM, Kelley ML. Self-regulation as a buffer of the relationship between parental alcohol misuse and alcohol-related outcomes in first-year college students. *Addictive Behaviors* 2011; 36(12): 1309-12. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.07.009.
4. Oscar-Berman M, Valmas MM, Sawyer KS, Ruiz SM, Luhar RB, Gravitz ZR. Profiles of impaired, spared, and recovered neuropsychologic processes in alcoholism. *Handb Clin Neurol* 2014; 125: 183-210. DOI: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00012-4.
5. Winokur G, Rimer J, Reich T. Alcoholism IV: Is there more than one type of alcoholism. *Journal Psychology* 1997; 118(546): 525-31. DOI: 10.1192/bjp.118. 546. 525.
6. Vail MO, Protinsky H, Prouty A. Sampling issues in research on adult children of alcoholics: Adolescence and beyond. *Adolescence* 2000; 35(137): 113-19. PMID: 10841300.
7. Choi DH, Kim JS, Jung JG, Ryou YL, Kim YS, Uh WC. The role of parental drinking problems in psychological characteristics of high school students. *Korean J Fam Med* 2013; 34(6): 377-84. DOI: 10.4082/kftm.2013.34.6.377.
8. Fuller BE, Chermack ST, Cruise KA, Kirch E, Fitzgerald HE, Zucker RA. Predictors aggression across three generations among sons of alcoholics: Relationships involving grandparental and parental alcoholism, child aggression, marital aggression and parenting practices. *Journal of Studies on Alcohol* 2003; 64(4): 472-83. PMID: 12921189
9. Hussong AM, Huang W, Curran PJ, Chassin L, Zucker RA. Parent alcoholism impacts the severity and timing of children's externalizing symptoms. *Abnormal Child Psycho: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology* 2010; 38(3): 367-80. DOI: 10.1007/s 1082-009-9374-5.

10. Bountress K, Chassin L. Risk for behavior problems in children of parents with substance use disorders. *Am J Orthopsychiatry* 2015; 85(3): 275-86. DOI: 10.1037/ort0000063.
11. Kingree JB, Thompson M. Mutual help groups, perceived status benefits, and well-being: A test with adult children of alcoholics with personal substance abuse problems. *American Journal of Community Psychology* 2000; 28(3): 325-42.
www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC)
12. Balsa A. Parental problem-drinking and adult children's labor market outcomes. *Journal of Human Resources* 2008; 43(2): 454-86. DOI: 10.3368/jhr.43.2.454.
13. Rounsaville D, O'Farrell TJ, Andreas JB, Murphy CM, Murphy MM. Children's exposure to parental conflict after father's treatment for alcoholism. *Addict Behav* 2014; 39(7): 1168-71. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.03.017.
14. Lease SH. A model of depression in adult children of alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Counseling and Development* 2002; 80(4): 441-51. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00211.x.
15. Silva RR, Alpert M, Munoz DM, Singh S, Matzner F, Dummit S. Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1229-35. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1229>.
16. Enlow MB, Blood E, Egeland BJ. Socio demographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *Trauma Stress* 2013; 26(6): 686-94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24490247.
17. Mackrill T, Hesse M. Suicide behavior in parents with alcohol abuse problems and suicide behavior in their offspring-adult offspring and counselor perspectives. *Nord J Psychiatry* 2012; 66(5): 343-8. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22283687
18. Serec M, Svab I, Kolšek M, Svab V, Moesgen D, Klein M. Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug Alcohol Rev* 2012; 31(7): 861-70. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2012.00424.x.
19. Obot IS, Anthony JC. Mental health problems in adolescent children of alcohol dependent parents: Epidemiologic research with a nationally representative sample. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 2004; 13(4): 83-96. <https://books.google.rs/books?isbn=1134702736>.

20. Jaeger E, Hahn NB, Weinraub M. Attachment in adult daughters of alcoholic fathers. *Addiction* 2000; 95(2): 267-76. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2000.95226713.x.
21. Simonović Lj. Emocionalna zrelost dece alkoholičara. Beograd: Zbornik-Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine ZZZS 2000; 4(2): 156-60.
22. Watt TT. Marital and cohabiting relationships of adult children of alcoholics: Evidence from National Survey of Families and Households. *Journal of Family* 2002; 23(2): 246-65. DOI: 10.1177/0192513X02023002004.
23. Cuijpers P, Steunenberg B, Van Straten A. When children of problem drinkers grow old: Does the increased risk of mental disorders persist? *Addictive Behaviors* 2006; 31(12): 2284-91. DOI:10.1016/j.addbeh.2006.03.003.
24. Hall J. Childhood perceptions of family, social support, parental alcoholism, and later alcohol use among African American college students. *Journal of Substance Use* 2010; 15(3): 157-65. DOI:10.1111/j.1360-0443.2012.03903.x 4.60.
25. Cservenka A, Herting MM, Nagel BJ. Atypical frontal lobe activity during verbal working memory in youth with a family history of alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence* 2012; 123: 98-104. DOI:10.106/j.drugdcdep.2011.10.021.
26. Miler LS, Wasserman GA, Neugebauer R, Gorman-Smith D, Komboukos D. Witnessed community violence and antisocial behavior in high-risk, urban boys. *Journal of Clinical Child Psychology* 1999; 28(1): 2-11. DOI: 10.1207/s15374424jccp2801_1.
27. Sayette MA, Martin CS, Perrott MA, Wertz JM. Parental alcoholism and the effects of alcohol on mediated semantic priming. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2001; 9(4): 409-17. <http://dx.doi.org/10.1037/1064-1297.9.4.409>.
28. Waters FC, Twaite JA. Adult children of alcoholics: personality profil. An empirical test. Washington: National Couvic on Alc 1985. www.techbook.com.tw/File/Book/17106R.
29. Conners K, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein J. The Revised Conners, Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998; 26(4):257-668. PMC4217462. https://www.ucl.ac.uk/.../mental_health_outcome_measures_for_children.
30. Potočnik-Bele Ž, Hruševar B, Tušak M. Test rezonovanja likova-TRL. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela 1984.
31. Hrnjica S. Zrelost ličnosti. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva 1992: 35-198.

32. Momirović K, Wolf B, Đžamonja Z. KON-6 Kibernetički model ličnosti. Beograd: SDPS-Centar za prmenjenu psihologiju 2002-2015.
33. Waln K. Brown, Ph.D. Thomas A. Newman B.S. Robert M. Wilson, Ph.D. Children of alcoholic families. William Gladden Foundation, 2005.
34. Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2013; 37(8): 520-30. DOI: 10.1016/j.chiabu.2012.12.006.
35. Díaz R, Gual A, García M, Arnau J, Pascual F, Cañuelo B, Rubio G, de Dios Y, Fernández-Eire MC, Valdés R, Garbayo I. Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(1): 1-10. DOI: 10.1007/s00127-007-0264-2.
36. Eiden RD, Colder C, Edwards EP, Leonard KE. A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. *Psychol Addict Behav* 2009; 23(1): 36-46.
37. Andreas JB, O'Farrell TJ. Longitudinal Associations Between Fathers' Heavy Drinking Patterns and Children's Psychosocial Adjustment, *Journal of Abnormal Child Psychology* 2007; (35): 1–16.
38. Melchior, M., Choquet, M, Le Strat, Y., Hassler, C. and Gorwood, P. Parental alcohol dependence, socioeconomic disadvantage and alcohol and cannabis dependence among young adults in the community. *European Psychiatry* 2011; (26): 13-17.
39. Poon E, Ellis DA, Fitzgerald HE, Zucker RA. Intellectual, cognitive, and academic performance among sons of alcoholics, during the early school years: differences related to subtypes of familial alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24(7): 1020-27.
40. Zanoti-Jeronymo DV, Carvalho AM. Self-concept, academic performance and behavioral evaluation of the children of alcoholic parents. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(3): 233-6.
41. Liu YY, Wang XT, Qiu HM, Xu AQ, Jia CX. Functional and dysfunctional impulsivity and attempted suicide in rural China: A paired case-control study. *Psychiatry Res* 2017; 253: 22-27. DOI: 10.1016/j.psychres. 2017.03.025.
42. Simonović Grujić Lj. The association between cognitive functioning of adolescents exposed to intimate partner violence and family dimensions of cohesion and adaptability. *Vojnosanitetski pregled* 2018; 9 DOI.org/ 10.2298/ VSP170514009S

43. Hinrichs J, Defife J, Westen D. Personality subtypes in adolescent and adult children of alcoholics: a two-part study. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(7): 487-98. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182214268.

Appendix

Table 1
Tests of Equality of Group Means

Psychological characteristics	Wilks Lambda	F	df1	df2	p
Cooperation	.685	136.410	2	594	.000***
Frustration tolerance	.897	34.227	2	594	.000***
Trust in people	.842	55.615	2	594	.000***
Selflessness	.815	67.246	2	594	.000***
Attitude towards the future	.811	69.111	2	594	.000***
Maturity	.635	170.381	2	594	.000***
Activity reactions	.991	2.622	2	594	.000***
Psychosomatic reactions	.794	76.916	2	594	.000***
Anxiety reactions	.832	60.066	2	594	.000***
Aggressive Reactions	.762	92.551	2	594	.000***
Dissociative reactions	.752	97.899	2	594	.000***
Integrative reactions	.777	85.465	2	594	.000***
Success in school	.905	31.190	2	594	.000***
Justified absence from school	.814	67.801	2	594	.000***
Drinking problem	.889	37.073	2	594	.000***
Drunkenness	.836	58.367	2	594	.000***
Problems of paying attention	.877	41.511	2	594	.000***
Disinterested students	.946	16.807	2	594	.000***
Hyperactivity	.906	30.709	2	594	.000***
Lying	.892	35.886	2	594	.000***
Phobias	.869	44.584	2	594	.000***
Obstinacy	.777	85.434	2	594	.000***
Conflict with peers	.928	23.208	2	594	.000***
Drug abuse	.982	5.591	2	594	.000***
Punishment in school	.907	30.596	2	594	.000***
Running away from home	.957	13.250	2	594	.000***
Suicide behavior	.961	11.940	2	594	.000***

***p<.001

Table 2
Box with M- Test of Equality of Covariance Matrices

Box's M- Test	df1	df2	p
1570.755	378	241407.141	.000***

***p<.001

Table 3
Canonical discriminated functions, chi-square, and significance

Function	Eigen value	% of Variance	% of Cumulative	Canonical correlation	Chi-square	df	p
1	1.477(a)	84.5	84.5	.772	666.443	54	.000***
2	.271(a)	15.5	100.0	.462	139.336	26	.000***

***p<.001

Table 4
Structure Matrix

	Function			Function	
	1	2		1	2
Psychological characteristics			Psychological characteristics		
Maturity	-.623*	.061	Lying	.281*	-.121
Cooperation	-.552*	.188	Frustration tolerance	-.279*	.000
Aggressive reactions	.459*	.030	Alcohol drinking	.270*	.254
Dissociative reactions	.449*	.343	Hyperactivity	.264*	.017
Obstinacy	.434*	.180	Success in school	-.264*	-.092
Integrative reactions	.411*	.378	Punishment in school	.263*	-.048
Psychosomatic reactions	.398*	.305	Disinterested student	.189*	-.122
Attitude towards the future	-.397*	-.001	Drug abuse	.106*	.089
Selflessness	-.391*	.037	Justified absence from school	.356	-.388*
Anxiety reactions	.361*	.187	Running away from home	.125	-.282*
Drunkenness	.358*	.158	Suicidebehavior	.123	-.258*
Trust in people	-.344*	-.216	Conflict with peers	.211	.212*
Phobias	.317*	-.080	Reactions of activity	-.069	-.082*
Attention disorder	.306*	.066			

*p <.05

Table 5
Functions of Group Centroids

TYPE OF FAMILY	Functions	
	1	2
Non-alcoholic family	-1.620	.038
Treated alcoholic	.966	.457
Untreated alcoholic	.794	-.898

Table 6

Results of classification

		TYPE OF FAMILY	Non-alcoholic family	Untreated alcoholism	Treated alcoholism
Original	f	Non-alcoholic family	192	10	12
		Untreated alcoholism	20	156	72
		Treated alcoholism	15	41	79
	%	Non-alcoholic family	89.7	4.7	5.6
		Untreated alcoholism	8.1	62.9	29.0
		Treated alcoholism	11.1	30.4	58.5

*Note:*The results of classified are in bold.

Table 7

Results of ANOVA

Function	F	df	p
1	288.125	2	.000***
2	22.019	2	.000***

***p<.001

Table 8

Fisher LSD test

	Group with Higher M	Group with Lower M	Difference M	p
1	Control group	Untreated alcoholism	1.943	.000***
		Treated alcoholism	1.637	.000***
2	Treated alcoholism	Untreated alcoholism	.306	.004**
		Control group	.185	.031*
	Untreated alcoholism	Treated alcoholism	.690	.000***
		Control group	.505	.000***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

SAŽETAK

Uvod. Odrastanje u disfunkcionalnim alkoholičarskim porodicama je povezano sa psihosocijalnim razvojem dece. Porodični alkoholizam se retko ispoljava bez nekog oblika nasilja i agresije. Porodični alkoholizam je povezan sa poremećajima mentalnog zdravlja i poremećajima roditeljstva, i iskustvom dece koje ima široki spektar dugoročnih teškoća u emocionalnom i socijalnom prilagođavanju, uključujući i probleme ponašanja

Cilj. Cilj istraživanja je da odredi povezanost odrastanja u disfunkcionalnoj porodici, izazvano očevim alkoholizmom, sa postignućem psihološke zrelosti, školskim uspehom, internalizovanim, eksternalizovanim i problemima u ponašanju i specifičnih psiholoških

karakteristika adolescenata(dece alkoholičara) u poređenju sa psihološkim karakteristikama adolescenata iz funkcionalnih, nealkoholičarskih porodica(deca nealkoholičara).

Metod. Istraživanje je rađeno na uzorku od 691 adolescenta, starosti od 14-19 godina, koji je podeljen u dve grupe: eksperimentalne grupe- 397 adolescenata iz porodica sa alkoholizmom i kontrolne grupe 294 ispitanika iz funkcionalnih porodica u kojima nema alkoholizma ili nekog drugog mentalnog poremećaja roditelja. Na osnovu tretiranja alkoholizma, eksperimentalna grupa je podeljena u dva poduzorka: 142 adolescenta iz porodica sa lečenim i 255 adolescenata iz porodica sa nelečenim alkoholizmom. Za ispitivanje konativnog funkcionisanja ličnosti korišćena je baterija Kibernetički model konativnih dimenzija ličnosti(KON-6), psihološka zrelost je merena Skalom latentne zrelosti (SLZ), Upitnikom za ispitivanje psihosocijalnih karakteristika mladih i porodice (CPRS-R) je ispitivani uspeh i ponašanje u školi i psihosocijalni razvoj, i opšteintelektualne sposobnosti su merene Testom rezonovanja likova(TRL). Kanoničkom diskriminativnom analizom je ispitivana razlika između psiholoških karakteristika ličnosti adolescenata iz alkoholičarskih i nealkoholičarskih porodica.

Rezultati. Studija je utvrdila postojanje statistički značajne razlike između psiholoških karakteristika adolescenata iz alkoholičarskih i nealkoholičarskih porodica. Specifične psihološke karakteristike adolescenata iz alkoholičarskih porodica su: niski nivo psihološkog razvoja zrelosti ličnosti, smanjena saradnja sa ljudima, agresivne i disocijativne reakcije. Kod adolescenta iz porodica sa lečenim porodičnim alkoholizmom izraženo je: besposličenje, sukob sa vršnjacima, suicidalno ponašanje, bežanje od kuće, poremećaji aktiviteta(hipermanično i abulično ponašanje), u poređenju sa adolescentima iz porodica sa nelečenim alkoholizmom. Odrastanje u disfunkcionalnom alkoholičarskom porodičnom sistemu je povezano sa formiranjem specifičnog psihološkog funkcionisanja, eksternalizovanim, eksternalizovanim i bihevioralnim problemima.

Zaključci. Studija ukazuje na povezanost odrastanja u disfunkcionalnoj alkoholičarskoj porodici sa razvojem specifičnih psiholoških karakteristika adolescenata, u poređenju sa njihovim vršnjacima iz nealkoholičarskih porodica.

Ključne reči: disfunkcionalna alkoholičarska porodica, psihološke karakteristike adolescenta, eksternalizovani, interlanizovani i problemi u ponašanju

THE ASSOCIATION BETWEEN CONATIVE FUNCTIONING OF ADOLESCENTS EXPOSED TO INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND FAMILY DIMENSIONS OF COHESION AND ADAPTIBILITY

POVEZANOST IZMEĐU KONATIVNOG FUNKCIONISANJA ADOLESCENATA IZLOŽENIH INTERPARTNERSKOM NASILJU I PORODIČNIH DIMENZIJA KOHEZIVNOSTI I ADAPTABILNOSTI

Ljiljana Simonović Grujić*

* **Secondary School “Bora Stanković“, Vranje, Serbia**

Abstract

Background / Aim. Childhood exposure to various emotional, physical and sexual abuses in IPV (Intimate partner violence) families is associated with difficulties in emotional and social adjustment, including conduct problems, internalized and externalized symptoms. The aim of this study was to determine the relationship between intimate partner violence and: family system functioning (cohesion and adaptability), conative functioning of adolescents and risk of psychopathological symptomatology development. The specific aim of this study is establishing mental - hygiene and preventive measures in order to reduce the negative consequences of growing up in IPV families. **Method.** The study was done on a sample of 308 adolescents, aged 15-18 years, divided in IPV group (n = 68 adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV in which the violence had been reported and processed), and control group (n=240 adolescents coming from families in which there was not found any type of violence or psychosocial pathology by using the CPRS-R Questionnaire). Faces III scale of measurement was used for measuring the dimensions of family functioning, Cybernetic model of conative dimensions of personality (KON-6) for conative functioning of adolescents. The data was processed by using discriminate and linear regressive analysis. **Results.** Adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV showed statistically significant differences ($p < 0,01$) in conative functioning: psychosomatic $\beta = -.509$, anxiety $\beta = -.393$, aggressive $\beta = -.398$, dissociative $\beta = -.509$ and adaptive personality reactions $\beta = -.455$, as compared to control group. 32,35% of adolescents exposed to IPV showed pronounced pathological values for social-adaption reaction, 23,53% for pathological anxiety and 23,53% for dissociative reactions. The greatest negative relationship was found between intimate partner violence and family dimension of cohesion ($\beta = -.605$, $p < 0,01$). **Conclusion.** Adolescents growing up and exposure to intimate partner violence were significantly associated with

changes in conative functioning and risk of externalized and internalized symptoms development in social-adaptive, anxiety and dissociative reactions and the need to introduce preventive mental-hygienic measures. The mediator between intimate partner violence (IPV) and conative functioning of adolescents' was family cohesion.

Key words:

Intimate partner violence, cohesion, adolescents, conative functioning

Introduction

The study pointed to the relationship between intimate partner violence (IPV) and family functioning problems in parenting behaviour and numerous psychosocial developmental difficulties of adolescents ¹.

Family stability, homework routines, discipline and cohesiveness were associated with internalized/externalized symptoms and they significantly predicted symptomatology. A positive relation was found between parenting behaviour and child adjustment problems ². Family functioning problems in parenting behaviour failed to mediate relations between maternal psychopathology and adolescent problems. Maternal psychopathology was directly associated with adolescent internalized problems. Paternal perceptions of family functioning problems mediated relations between paternal psychopathology and adolescent externalized problems ³. Adolescents whose mothers were victims of physical IPV showed higher incidence of DSM-IV disruptive disorders and externalized behaviour problems (high risk of serious conduct problems). Adolescents who were directly exposed to physical IPV and were also victims of physical punishment by parents showed increased internalized problems. IPV badly affected, either directly or indirectly through physical punishment, children's externalized problems ⁴.

Adolescent exposure to intimate partner violence was associated with aggression⁵, impulsive behaviour, ADHD - attention deficit disorder, ODD-attention deficit disorder / hyperactivity disorder, CD-authority issues, disorders of habits (thumb sucking, night terrors), hyperactivity, bulimia and delinquent behaviour ⁶.

Numerous studies found the association between adolescent exposure to IPV and internalized symptoms: depression, anxiety, hypersensitivity, learned helplessness and fear and acute condition ^{7, 8}.

Childhood exposure to traumatic experience of witnessing or being a victim of intimate partner violence showed increased incidence of somatic symptoms (SS), which might result in diminished daily functioning. Over 95% of children showed at least one SS on the child-

rated measure. Children who had been victims of sexual abuse had higher rates of SS, anxiety, depression, posttraumatic stress, dissociation, and anger. Anxiety mediated the association between sexual abuse and child-rated SS⁹.

Growing up in families with various forms of violence influenced the development of expressed symptoms of post-traumatic stress disorder, due to the presence of children to murders, suicides or fights between parents. Further development of posttraumatic symptomatology in youth led to the appearance of: depression, suicidality¹⁰, anxiety¹¹, drug addiction (cigarettes, marijuana) and the intergenerational transmission of family violence¹².

The study examined the relationship between intimate partner violence (IPV), child abuse and neglect, other traumatic experiences, and children's post-traumatic stress (PTS) symptoms and explored the moderating role of family functioning in the aftermath of IPV with PTS symptoms. For family functioning, higher levels of parenting stress were associated with higher levels of PTS symptoms¹³.

An increase in the index of intimate partner violence in Serbia and its consequences on the murder rate and number of psychic difficulties of family members led to defining a “National strategy for preventing and containing violence against women in the family and intimate partner violence, The Government of Serbia”¹⁴.

Methods

The study was conducted on a sample of 308 adolescents, aged 15-18 ($\bar{X}=16, 5 \pm 1,5$). There were no differences between the groups by the age ($t_{(198)} = -1.09$, non-significant). The sample consisted of two subsamples: the IPV one was made up of adolescents exposed to IPV, which was reported to and processed at the Centre for Social Work in Vranje ($n=68 / 22.8\%$) and the control one made up of 240 / 77.3% adolescents coming from families in which there had not been found any type of violence and social pathology using a revised CPRS-R Questionnaire. Faces III was used for measuring family functioning dimensions (cohesion, adaptability) and Cybernetic model of conative personality dimensions (KON-6) for conative functioning of adolescents.

The study was conducted on a sample of 308 adolescents, aged 15-18 ($\bar{X}=16, 5 \pm 1,5$). There were no differences between the groups by the age ($t_{(198)} = -1.09$, non-significant). The sample consisted of two subsamples: the IPV one was made up of adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV, which was reported to and processed at the Centre for

Social Work in Vranje (n=68 / 22.8%) and the control one made up of 240 / 77.3% adolescents coming from families in which there had not been found any type of violence and social pathology using a revised CPRS-R Questionnaire. Faces III was used for measuring family functioning dimensions (cohesion, adaptability) and Cybernetic model of conative personality dimensions (KON-6) for conative functioning of adolescents. After being acquainted with the Approval by the Ethics Committee of the Medical Faculty in Kragujevac as regards conducting the design of study and upon getting the respective Consent by the Centre for Social Work in Vranje and Secondary School "Gimnazija Bora Stanković" in Vranje, the respondents gave, after being acquainted with the aims of the study, written information consent for participating in the study.

The testing was conducted by psychologists and specialist teachers, who did therapeutic work with the parents and the adolescent or the adolescent only. The study was anonymous. Testing total test material took one hour. KON-6 (Test conative functioning personality) respondents filled out for 30 minutes, while answering the Questionnaire (CPRS-R) and FACES III lasted up to 15 min. The study was conducted during the period from 2010. to 2012.

The results for the control group of adolescents coming from families without intimate partner violence was obtained by using the revised Questionnaire for determining psychological and social pathology of family members (Revised Conners Parent Rating Scale (CPRS-R). It contains 20 items¹⁵. In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha = .94$.

Family dimensions cohesion and adaptability were measured by using the Scale of Family Adaptability and Cohesion (FACES III), which consisted of 20 items. Obtained results were expressed by using raw scores and categories (cohesion: low – dissociated, mild – separated, developed – coherent and high – intertwined; adaptability: low, moderate – flexible, developed – structured, high – rigid)¹⁶. In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha = .89$.

Conative dimensions, measured by the KON-6 Conative Personality Dimensions, were: reaction activity-introversion/extroversion, psychosomatic reactions, anxiety-defence reactions, aggressive-response attacks, dissociative reactions, integrative reaction-social adaptation. It contains 180 items. Conative personality dimensions were expressed in the following categories: superior, above-the-average, average, below-the-average, and pathological functioning¹⁷. In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha = .96$. Data analysis was performed using the software package SPSS version 11.5. Discriminative analysis was used for determining the level of pronunciation of family and conative dimensions of adolescents. The significance of differences between the samples was determined by using the Chi-square

test, One-Way ANOVA and t-test. Linear regressive model was used for determining the relationship between family violence, family and conative functioning of the adolescents. The level of statistical significance was less than 1% ($p < 0.01$) and 5% ($p < 0.05$).

Results

Family dimension of cohesion was statistically greater in functional non-violence families. IPV families and functional non-violence families significantly ($p \leq .002$) differ when it comes to the level of pronunciation of adaptability dimension (Table 1).

The category of high cohesion, closeness among family members, was more pronounced with functional non-violence families, as opposed to families with violence ($p \leq 0.001$) (Table 2).

The category of rigid/high adaptability was more pronounced with IPV families than with functional non-violence families. Functional non-violence families had the most prevalent developed adaptability, whereas fifty percent of IPV families showed families with moderate and developed adaptability dimension (Table 3).

Conative functioning of adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV statistically significantly differed ($p \leq 0.001$) in measured dimensions: organic regulator (chi-psycho-somatic reactions), defence reaction regulator (alpha-anxiety reactions, attack reaction regulator (sigma-aggressive reactions), system for coordinating regulation functions (delta-dissociative reactions), system for integrating regulation functions (etha-social im/maturity), except for the activity regulator dimension (epsylon introversion / extroversion) (Table 4).

The study found a significant ($p \leq 0.001$) difference in pathological functioning of conative dimensions between adolescents exposed to family violence: in the dimension of activity-introversion/extroversion regulator; psychosomatic reactions; defence reactions/anxiety reactions; attack reactions/aggressive reactions; system for coordination of regulation functions/dissociate reactions; system for integrating regulation functions or social adaptation problems, as opposed to adolescents from functional non-violence families (Table 5).

Regressive linear analysis was used for determining the relationship of IPV with family dimensions (cohesion and adaptability) and conative functioning of adolescents, as opposed to adolescents from functional non-violence families. Intimate partner family violence was significantly ($p \leq 0.001$) associated with family dimensions and conative functioning of adolescents. The least, slight relationship was found between IPV and activity dimension. Low

negative relationship was found between IPV and conative dimensions: defence reactions (anxiety reactions) and defence reactions - aggressive reactions. Moderate, negative, relevant correlation was found between IPV and system for integrating regulator functions - social im/maturity, organic functioning regulator - psychosomatic reactions and system for coordinating regulator functions - dissociative reactions ($p \leq 0.001$). The mediator between IPV and conative functioning of adolescents was family cohesion. Intimate partner family violence and adaptability are significantly, but slightly related ($p = .002$). The relationship between intimate partner family violence and conative functioning of adolescents is not significant in the activity dimension (epsilon-introversion/extroversion, $p = .260$). IPV best predicted the development of family cohesion and conative dimension of adolescents: psychosomatic, dissociative reactions and social adaptation (Table 6).

The data obtained in the study showed that IPV was significantly associated with the changes in conative functioning and risk of development of internalized and externalized psychosomatic symptoms of adolescents, where the mediator was decreased family cohesion (Picture 1).

Discussion

The theoretical and conceptual basis of the study was a family system theory, which defined a family with intimate partner violence (IPV) as a dysfunctional system, caused by the dysfunction of a sub-system, a violent parent, in which multiple damaged spouse differentiation led to the impossibility of developing differentiation in children growing up in these families^{18,19}.

The data obtained in the study indicated that intimate partner violence and conflict in a marital dyad caused significant disorders in family functioning by reducing family dimensions of cohesion and adaptability. Emotional difficulties, constant conflicts and different forms of violence in the functioning of marital dyad caused reduced closeness, cohesion, unity and trust among all family sub-systems. Dimension category of high cohesion was statistically significantly less established in families with IPV as opposed to functional non-violence families. Changes in cohesion within IPV families were also confirmed by the regressive linear analysis, which determined the greatest influence of intimate partner family violence on this dimension. In the functioning of family dimension of adaptability, realization of disciplining children, setting norms, habits and boundaries in conduct, there was found a statisti-

cally significant, yet slight difference between IPV families and functional non-violence families. The category of developed adaptability was more pronounced in families without violence as opposed to IPV families. Disorders of IPV family parents' capability to fulfil family roles, disrupted quality of the parent – child relationship, and not being interested in the functioning of children were all associated with psychosocial adjustment and development of internalized and externalized symptoms in the adolescents coming from such families ^{20, 21}.

Marital dyad imbalance was associated with disorders of conative functioning of adolescents exposed to IPV. Adolescents adjusted to emotional, physical and sexual IPV through increased defence, attack and internal organ reactions ^{4, 22}.

According to the Cybernetic model of personality dimensions, six hierarchical conative personality dimensions, cognitive and motoric system regulated the whole psychological functioning of the personality. Disorders of lower regulation functions: organic, defence and attack reaction regulator cause impaired functioning of higher systems for coordinating and integrating regulation functions ¹⁷.

Conative functioning of adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV was significantly different in hierarchically lower and higher dimensions: defence regulator, attack, organic reactions, and systems for coordinating and integrating regulation functions, except for the hierarchically lowest activity regulator. Although the study did not find significant differences in the functioning of activity regulator, the hierarchically lowest located system which regulates the energy level of all the other systems, including cognitive and motoric processors, the category of pathological functioning of this dimension was more pronounced with the adolescents exposed to IPV from an early age, as opposed to the adolescents coming from functional non-violence families. Pathological functioning of the activity regulator led to abulic, depressive and hypomanic reactions ^{2, 4, 8}. Given that the activity level determined the speed of information flow within the central nervous system, those disorders affected the efficiency of cognitive and motoric processes. Adolescents exposed to IPV experienced mental health consequences: psychological, social and academic difficulties in accomplishing school assignments ²³.

Family cohesion disorders, such as self-control problems, were associated with statistically significant differences in the functioning of hierarchically higher conative dimensions: defence/anxiety regulators, attack/aggressive and organic/psychosomatic reactions of adolescents exposed to IPV, as opposed to adolescents coming from functional non-violence families ²⁴. Adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV showed significantly disordered functioning of the organic function regulator (chi), responsible for organic func-

tion centres, as opposed to adolescents coming from functional non-violence families. The category of pathological functioning of the organic function regulator was more pronounced with adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV. With approximately 10% of adolescents exposed to IPV disorders of this regulator could be caused functional disorders of the basic organic systems (cardiovascular, respiratory, urogenital, sensory, motoric) and control of biological processes, which secondarily formed a hypochondriac reaction system and the onset of psychosomatic illnesses^{9, 13, 25}.

Adolescents exposed to IPV had significantly more pronounced defence reactions, anxiety and trauma symptoms, as opposed to adolescents coming from functional non-violence families⁵. The category of pathological functioning of this conative dimension was found with almost one quarter of adolescents exposed to IPV. Disorders of regulator functioning of defence reactions (alpha) led to anxiety symptoms, forms the basis of pathological reactions such as: phobias, obsessive-compulsive disorders, sensory and emotional hypersensitivity⁸. Dysfunction of the regulator dimension of defence reactions coupled with activity regulator dysfunction formed the basis of possible future psychopathology, depression modalities and psychasthenia²⁶. Along with the dysfunctions of the system for coordinating regulation functions (dissociative reactions), defence regulator dysfunction caused more serious depressive, obsessive and compulsive reactions, while neuroticism was a consequence of defence and organic reaction regulator dysfunction^{9, 27}.

Dysfunctional communication in IPV was characterized, among other things, by low levels of verbal expressiveness and emotional responsiveness, low tolerance to criticism and its interpretation as a threat or intimidation, and consequently increased anxiety and subsequent escalation of an argument into violence²⁸.

Attack regulator reactions (sigma) or aggressive reactions were significantly more pronounced with adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV, as opposed to adolescents coming from functional non-violence families. Because of the energy potential necessary for the aggression to be carried out, a model represented a significant relationship between attack regulator and activity regulator. Attack reaction regulator dysfunctions were manifested by variously modelled aggressive reactions and weak control of immediate impulses. Conative dimension pathological values of aggressive reactions were found with one fifth of adolescents exposed to IPV. In unfavourable development, this percent of adolescents' increased aggressive reactions might develop various externalized symptoms: impulsiveness, destructiveness, conduct disorders, delinquency^{5, 29}. Aggressive reactions of adolescents exposed to IPV were associated with maternal mental health, lack of family warmth, and child

maltreatment. Witnessed and experienced intimate partner physical violence, maltreatment and abuse in family relationships caused the development of aggression, aggression perpetration in the future and risk of trans-generational transfer of violence with adolescents^{30, 31}. Dysfunction of lower conative regulators with adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV, such as psychosomatic, anxiety and aggressive reactions, was associated with significant disorders in the functioning of the superior system for coordinating regulation functions (delta), as opposed to adolescents coming from functional non-violence families.

Pathological functioning of the system for coordinating regulation functions was more pronounced with adolescents growing up in and exposed to IPV. Pathological values of the system for coordinating regulation functions caused disorganization and dissociation of cognitive and conative processes and motoric function disorders. Schizoid, paranoid and manic symptoms were direct products of this system's disorder. More serious disorders of the system for coordinating regulation functions produced secondary disorders of all the functionally subordinated systems: severe forms of sensory and motoric conversions, some forms of inhibitory conversions and fixed phobias, obsessions and compulsions^{9, 22, 32}.

Disorders of hierarchically lower conative dimensions with adolescents exposed to IPV led to significant differences in the functioning of the highest system for integrating regulation functions, etha, as opposed to adolescents coming from functional non-violence families. The system for integrating regulation functions (etha) integrated conative changes in the form of a psychological field structure, especially in the form of social field and changes in that field. Because of that, a set of programmes which determined the functions of this system was primarily formed during the process of upbringing, through conditioning and identification. Pathological functioning of the system for integrating regulation functions were more pronounced with adolescents exposed to IPV, as opposed to adolescents coming from functional non-violence families. Unfavourable development of pathological system for integration was associated with social maladaptation, lower level of social maturity and externalized symptoms. Adolescent exposure to IPV, together with parenting psychopathology and low self-regulation with adolescents, influenced antisocial behaviour, alcohol addiction, aggression, hostile reactions and trans-generational violence transfer^{20, 29, 33}. Suicidal behaviour was often accompanied by dysfunctional familial relationships, family communication and interaction¹⁰.

Related scientific works stated that protection factors for adolescents exposed to IPV were found within family, school and social community. Family characteristics were the most

important ones when it came to the influence of violence on the appearance of the symptoms with adolescents: a) close family relationships and social support at school for internalized symptoms (e.g. anxiety, depression, posttraumatic stress disorder PTSD) and b) close family relationships for externalized symptoms (e.g. aggression, substance use)³⁴.

Limitations

The limitation of this study and the possibility of new research was the fact that apart from the family dimensions of cohesion and adaptability, the associations among other forms of family functioning were not studied (e.g. un/employment, material well-being, education level of the parents, psychopathology of the parents) and cognitive functioning of adolescents growing up in families with IPV and exposed to IPV from an early age.

The second limitation was that our results were based on self-reported measures. Therefore, offering could be connected with high confidence in the capacity to describe oneself.

This study has scientific relevance for clarifying the mechanisms linking family violence and cohesion with cognitive dysfunctioning as well as monitoring high risk of developing psychopathological behaviour.

Conclusions

This study suggested that growing up in a dysfunctional family system with IPV, which damaged multiple basic dimensions, communication and cohesion between sub-systems and the exercise of parental roles, was associated with cognitive, social, emotional, and behavioural problems, and significantly predicted psychopathological symptomatology of adolescents as opposed to adolescents from functional non-violence families. Adolescents exposed to IPV showed significantly higher pathological values for dimensions: psychosomatic, anxiety, aggressive, dissociative and social maladjustment reactions. Growing up in a dysfunctional violence family was accompanied by the continuous exposure to negative, stressful and traumatic experiences, which in turn was associated with intensified reactions of attack and defence, but also with weak potential for integrative functions. The data illustrates the need for introducing preventive and psychotherapeutic measures in working with the adolescents exposed to IPV. Preventive measures for stopping the development of psychopathological internalized and externalized symptoms represented preservation or restoration of close family relationships and social support at school.

REFERENCES

1. *De Fife JA, Drill R, Nakash O, Westen D.* Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history. *American Journal of Psychiatry* 2010; 23: 45-78.
2. *Harris AN, Stopelbein L, Greening L, Becker SP, Luebbe A, Fite P.* Child routines and parental adjustment as correlates of internalizing and externalizing symptoms in children diagnosed with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2014; 45(2):243-53.
3. *Burstein M, Struger C, Dumenci L.* Relations between parent psychopathology, family functioning, and adolescent problems in substance-abusing families: disaggregating the effects of parent gender. *Child Psychiatry hum Dev* 2012; (43):631-47.
4. *Miranda JK, de la Osa N, Granero R, Ezpeleta L.* Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse Negl* 2011; 35(9):700-11. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.05.008.
5. *Holmes MR.* Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(8): 520-30. doi: 10.1016/j.chiabu. 2012.12.006.
6. *Evans SE, Davies C, DiLillo D.* Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 2008; 13: 131–140.
7. *Self-Brown RS.* Effects of family violence and parental psychopathology on the psychological outcome of urban adolescents exposed to community violence. A Dissertation, The Department of psychology, University of West Florida, 2004; 20: 54-64.
8. *Moylan CA, Herrenkohl TI, Sousa S, Tajima EA, Herrenkohl RC, Russo JM.* The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems *J Fam Violence* 2010; 25(1): 53–63.
9. *Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, Truax TV, Storch EA.* Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012; 43(5): 661-73. doi: 10.1007/s10578-012-0289-y.
10. *Tschan T, Schmid M, In-Albon T.* Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. 2 *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015; 8;9:17. doi: 10.1186/s13034-015-0051-x.
11. *Briggs-Gowan MJ, Pollak SD, Grasso D, Voss J, Mian ND, Zobel E, et al.* Attention bias and anxiety in young children exposed to family violence. *J. Child Psychol Psychiatry.* 2015; 56(11): 1194-1201.
12. *De Bellis MD.* The intergenerational transmission of family violence: the neurobiology of the relationship between child victimization, parental

- mental health and addiction. In *Trauma, Psychopathology and Violence: Causes, Correlates or Consequences?* Widom, CS, (eds.), American Psychiatric Press, Inc 2012; 79-108.
13. *Telman MD, Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers - Winkelman F, Finkenauer C, Schuengel C.* Family Functioning and Children's Post-Traumatic Stress Symptoms in a Referred Sample Exposed to Interparental Violence. *J Fam Violence.* 2016; 31: 127-136.
 14. "National strategy for preventing and containing violence against women in the family and intimate partner violence, The Government of Serbia. 027/2011 -20.04.2011. (Srbian)
 15. *Conners K, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein J.* The Revised Conners, Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998; 26(4): 257-668. PMC4217462.
 16. *Olson D.* Outcome Study of Alcoholic Families Polish FACES. 2014.
 17. *Momirović K, Wolf B, Đžamonja Z.* KON-6 Cybernetic model of personality dimensions. SDPS-Center for Practice Psychology, Beograd, 2002-2015. (Srbian)
 18. Systemic Family Therapy for Families who have Experienced Trauma: A Randomised Controlled Trial *Br J Soc Work* 2011; 41(4/1): 502-519.
 19. *Pearson MR, D'Lima GM, Kelley ML.* Self-regulation as a buffer of the relationship between parental alcohol misuse and alcohol-related outcomes in first-year college students. *Addictive Behaviors* 2011; 36(12): 1309-12. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.009.
 20. *Visser MM, Telman MD, de Schipper JC, Lamers-Winkelman F, Schuengel C, Finkenauer C.* The effects of parental components in a trauma-focused cognitive behavioral based therapy for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2015; 23: 15-131. doi: 10.1186/s12888-015-0533-7.
 21. *van Rooij FB, van der Schuur WA, Steketee M, Mak J, Pels T.* Interparental Violence: Similarities and Discrepancies between Narratives of Mothers and Their Children. *J Child Fam Stud.* 2015; 24(11): 3350-62.
 22. *Miranda JK, de la Osa N, Granero R, Ezpeleta L.* Multiple mediators of the relationships among maternal childhood abuse, intimate partner violence, and offspring psychopathology. *J Interpers Violence.* 2013; 28(14): 2941-65. doi: 10.1177/0886260513488686.
 23. *Alisic E, Krishna RN, Groot A, Frederick JW.* Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015; 10: 342-54.
 24. *Conners-Burrow NI, McKelvey L, Kyzer A, Swindle T, Cheerla R, Kraleti S.* Violence exposure as a predictor of internalizing and externalizing problems among children of substance abusers. *J Pediatr Nurs.* 2013; 28(4): 340-50. doi: 10.1016/j.pedn.2012.11.006.
 25. *de la Vega A, de la Osa N, Ezpeleta L, Granero R, Domènech JM.* Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers

- exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl.* 2011; 35(7): 524-31. doi: 10.1016/j.chiabu. 2011.03.006.
26. *Kassis W, Artz S, Scambor C, Scambor E, Moldenhauer S.* Finding the way out: a non-dichotomous understanding of violence and depression resilience of adolescents who are exposed to family violence. *Child Abuse Negl.* 2013 ;37(2-3): 181-99. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.11.001.
 27. *Levendosky AA, Lannert B, Yalch M.* The effects of intimate partner violence on women and child survivors: an attachment perspective. *Psychodyn Psychiatry.* 2012; 40(3): 397-433.
 28. *Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S, Pejovic-Milovancevic MI, Popovic-Deusic S, Christodoulou N, Botbol M.* Child is father of the man: child abuse and development of future psychopathology. *Psychiatriki.* 2014; 25(3): 185-91.
 29. *Ehrensaft MK, Cohen P.* Contribution of family violence to the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Prev Sci.* 2012; 13(4): 370-83. doi: 10.1007/s11121-011-0223-8.
 30. *Callaghan JE, Alexander JH, Sixsmith J, Fellin LC.* Children's experiences of domestic violence and abuse: Siblings' accounts of relational coping. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2015. pii: 1359104515620250.
 31. *Narayan AJ, Englund MM, Egeland B.* Developmental timing and continuity of exposure to interparental violence and externalizing behavior as prospective predictors of dating violence. *Dev Psychopathol.* 2013; 25(4 Pt 1): 973-90. doi: 10.1017/S095457941300031X.
 32. *Martinez W, Polo AJ, Zelic KJ.* Symptom variation on the trauma symptom checklist for children: a within-scale meta-analytic review. *J Trauma Stress.* 2014; 27(6): 655-63. doi: 10.1002/jts.21967.
 33. *Hardaway CR, McLoyd VC, Wood D.* Exposure to violence and socioemotional adjustment in low-income youth: an examination of protective factors. *Am J Community Psychol.* 2012; 49(1-2):112-26.
 34. *Ozer EJ, Lavi I, Douglas L, Wolf JP.* Protective Factors for Youth Exposed to Violence in Their Communities: A Review of Family, School, and Community Moderators. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015; 26: 1-26.

Appendix

Table 1

Family dimensions of cohesion and adaptability in functional non-violence families and

IPV families

Family dimensions		Type of family		
		Functional	IPV* families	Total
Cohesion	$\bar{X} \pm SD$	41.050 \pm 4.314	29.088 \pm 1.616	35.069 \pm 2.965
	F [†]		157.049	
	df		1	
	p		.000, ^{††}	
Adaptability	$\bar{X} \pm SD$	29.887 \pm 5.388	26.667 \pm 6.521	29.943 \pm 6.127
	F		10.010	
	df		1	
	p		.002 [§]	
Total	n	240	68	308

* Intimate partner violence, [†] One-way ANOVA, ^{††} p<0,01, [§] p<0,05

Table 2

Dimension categories of cohesion of functional non-violence and IPV families

Cohesion	Type of family		
	Functional	IPV* families	Total
		n (%)	
Low, disunited	0 (.0%)	4 (5.9%)	4 (1.3%)
Moderate, separated	1 (.4%)	22 (32.4%)	23 (7.5%)
Developed, related	62 (25.8%)	28 (41.2)	90 (29.2%)
High, intertwined	177 (73.8%)	14 (20.6%)	191 (62.0%)
Total	240	68	308

$\chi^2 = 126.191$ df = 6 p = 0.000,

* Intimate partner violence

Table 3**Dimension categories of adaptability of functional non-violence families and IPV families**

Adaptability	Type of family		
	Functional	IPV* families	Total
Moderate, flexible	44 (18.3%)	30 (44.12%)	74 (24%)
Developed, structured	178 (74.2%)	30 (44.12%)	208 (67.5%)
High, rigid	18 (7.5%)	8 (11.8%)	26 (8.4%)
Total	240	68	308

$\chi^2 = 24.319$ df = 4 p = 0.000

* Intimate partner violence

Table 4**Pronunciation of conative dimensions of adolescents from functional non-violence and dysfunctional IPV families**

Type of family		Epsilon	Chi	Alpha	Sigma	Delta	Etha
Functional	\bar{X}	112.88	47.05	69.91	82.81	41.92	54.52
	SD	14.375	11.348	18.169	12.214	9.774	13.257
IPV* families	\bar{X}	115.91	72.06	94.44	99.97	70.68	77.47
	SD	17.140	26.058	24.036	18.118	26.487	23.452
ANOVA	F	1.275	95.262	49.753	51.299	145.705	70.922
	df	1	1	1	1	1	1
	p	.260	.000†	.000†	.000†	.000†	.000†

* Intimate partner violence, † p < 0.01

Table 5

Pathological functioning of conative dimensions of adolescents from functional non-violence families and IPV families

Pathological functioning of conative dimensions	Type of family		
	Functional	IPV* families	Total
Extroversion-Introversion	4 (1.7%)	6 (8.8%)	10 (3.3%)
Psychosomatic reactions	2 (.8%)	12 (8.8%)	17 (5.5%)
Anxiety reactions	2 (.8%)	16 (23.5%)	18 (5.8%)
Aggressive reactions	4 (1.7%)	14 (20.6%)	18 (5.8%)
Dissociative reactions	0 (.0%)	16 (23.5%)	16 (5.2%)
Social im/maturity	4 (1.7%)	22 (32.4%)	26 (8.4%)
Total	240	68	308

* Intimate partner violence

Table 6

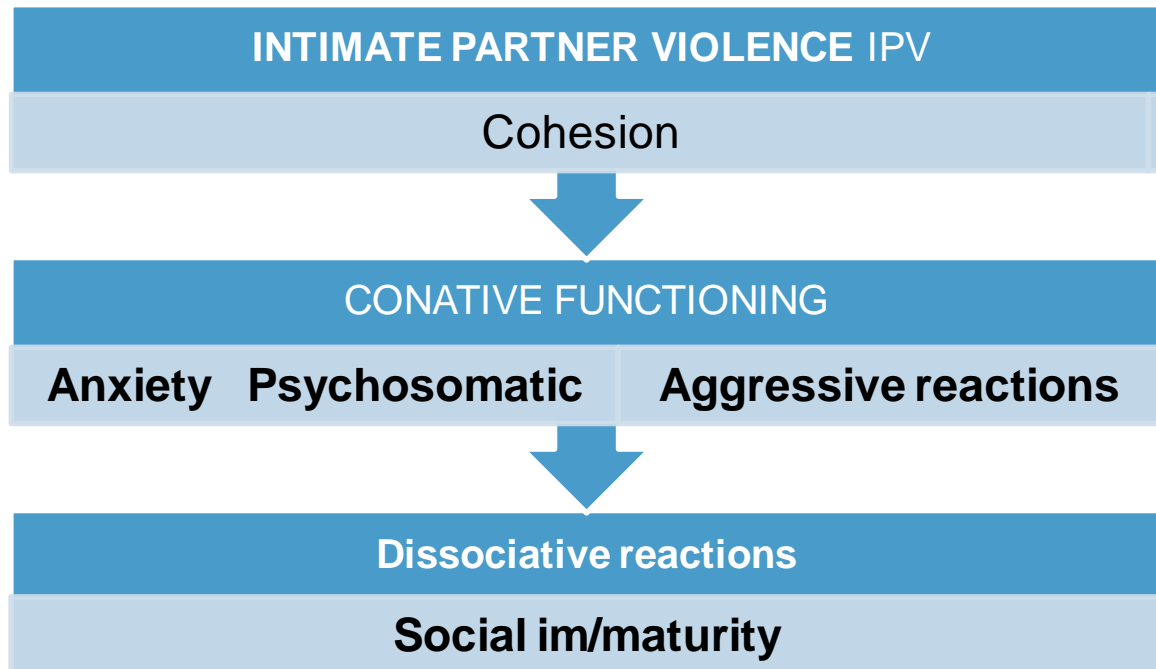
Linear regression analyses of adolescent and family conative dimensions

Variables	R	R ²	Adjustment R ²	F	p	β	t -test	p
Epsilon	.068	.005	-.001	1275	.266	-.068	23.127	.000*
Chi	.509	.259	.257	95.262	.000*	-.509	19.889	.000*
Alpha	-.393	.155	.152	49.753	.000*	-.393	17.962	.000*
Sigma	.398	.159	.156	51.299	.000*	-.398	25.670	.000*
Delta	.591	.349	.346	145.705	.000*	-.591	21.912	.000*
Etha	.455	.207	.204	70.992	.000*	-.455	19.347	.000*
Cohesion	.605	.366	.364	157.049	.000*	-.605	9.420	.000*
Adaptability	.188	.035	-.032	10.010	.002†	.188	12.139	.002†

*p<0,01, †p<0,05

Picture 1

The association between conative functioning of adolescents exposed to intimate partner violence and family dimensions



Apstrakt

Uvod/Cilj. Izloženost dece različitim oblicima emocionalnog, fizičkog i seksualnog zlostavljanja u porodicama sa IPV (partnersko porodično nasilje) povezana je sa teškoćama u emocionalnom i socijalnom prilagođavanju, uključujući i probleme ponašanja, internalizovane i eksternalizovane simptome. Cilj istraživanja je da utvrdi povezanost partnerskog nasilja IPV sa: funkcionisanjem porodičnog sistema (kohezivnost i adaptabilnost), konativnim funkcionisanjem adolescenata i rizikom za razvoj psihopatološke simptomatologije. Specifični cilj studije je utvrđivanje mentalno-higijenskih i preventivnih mera radi smanjenja negativnih posledica odrastanja u porodicama sa nasiljem. **Metode.** Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 308 adolescenata, uzrasta od 15-18 godina, podeljenih u IPV grupu (n=68 adolescenata koji su odrastali u porodicama sa partnerskim nasiljem i izloženi partnerskom nasilju, koje je prijavljeno i procesuirano, i kontrolnu grupu (n=240

adolescenata iz porodica u kojima Upitnikom CPRS-R nije utvrđen bilo koji oblik nasilja ili psihosocijalne patologije). Skala Faces III je korišćena za merenje dimenzija porodičnog funkcionisanja, Kibernetički model konativnih dimenzija ličnosti (KON-6) za konativno funkcionisanje adolescenata. Podaci su obrađeni diskriminativnom i linearnom regresivnom analizom. **Rezultati.** Adolescenti iz porodica sa partnerskim nasiljem imaju statistički značajne razlike ($p < 0.01$) u konativnom funkcionisanju: psihosomatskim $\beta = -.509$, anksioznim $\beta = -.393$, agresivnim ($\beta = -.398$), disocijativnim $\beta = -.509$ i adaptivnim reakcijama ličnosti $\beta = -.455$, u odnosu na kontrolnu grupu. 32,35% adolescenata iz porodica sa partnerskim nasiljem ima izražene patološke vrednosti u socijalno-adaptivnim reakcijama, 23,53% patološku anksioznost i 23,53% disocijativne reakcije. Najveća negativna povezanost dobijena je između porodičnog nasilja i porodične dimenzije kohezivnosti ($\beta = -.605$, $p < 0,01$).

Zaključak. Izloženost adolescenata porodičnom nasilju je značajno povezana sa promenama konativnog funkcionisanja i rizikom od razvoja eksternalizovanih i internalizovanih simptoma u socijalno-adaptivnim, anksioznim i disocijativnim reakcijama i potrebom za uvođenje preventivnih mentalno-higijenskih mera. Medijator između porodičnog nasilja (IPV) i konativnog funkcionisanja adolescenata je porodična kohezivnost.

Ključne reči:

Porodično nasilje, kohezivnost, adolescenti, konativno funkcionisanje.

PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING OF ADOLESCENTS FROM VIOLENT FAMILIES

Ljiljana Simonović Grujić¹

¹Secondary School "Bora Stanković" Vranje, Serbia

PSIHOLOŠKO FUNKCIONISANJE ADOLESCENATA IZ PORODICA SA NASILJEM

FV – Family violence

PN – Porodice sa nasiljem

SAŽETAK

Uvod/Cilj. Cilj istraživanja je utvrđivanje povezanosti porodičnog nasilja sa psihičkim funkcionisanjem i razvojem specifičnih osobina adolescenata. **Metode.** Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 308 adolescenata, uzrasta od 15-18 godina, podeljenih u PN grupu adolescenata (n=68), koji su odrastali u porodicama sa porodičnim nasiljem i izloženi nasilju, koje je prijavljeno i procesuirano, i kontrolnu grupu (n=240) adolescenata iz porodica u kojima Upitnikom CPRS-R nije utvrđen bilo koji oblik nasilja ili druga psihosocijalna patologija. Skala Faces III i Upitnik za ispitivanje psihosocijalnih karakteristika mladih i porodice (Revidrani CPRS-R) korišćeni su za merenje dimenzija porodičnog funkcionisanja, Kibernetički model dimenzija ličnosti (KON-6) za konativno funkcionisanje adolescenata, Test rezonovanja likova (TRL) za merenje intelektualnog razvoja i Skala latentne zrelosti (SLZ) za utvrđivanje razvoja psihičke zrelosti. Podaci su obrađeni linearnom regresivnom analizom.

Rezultati. Poremećaji porodičnog funkcionisanja izazvani nasiljem značajno ($p \leq 0.01$) su i visoko povezani sa psihičkim funkcionisanjem adolescenata: brigom za porodične odnose ($\beta = -.968$), potrebom za stručnom pomoći ($\beta = -.873$), saradnjom sa ljudima ($\beta = .523$), orijentacijom ka budućnosti ($\beta = .669$), latentnom zrelošću ($\beta = .618$), psihosomatskim reakcijama ($\beta = -.509$), disocijativnim reakcijama ($\beta = -.591$), opravdanim izostajanjem iz škole ($\beta = .618$), neopravdanim izostajanjem ($\beta = -.824$), poremećajima pamćenja ($\beta = -.541$), noćnim strahovima ($\beta = -.722$), bežanjem od kuće

($\beta = -.569$), kršenjem pravila i kažnjavanjem u školi ($\beta = -.569$) i sukobima sa vršnjacima ($\beta = -.460$). **Zaključak.** Izloženost adolescenata porodičnom nasilju povezano je sa promenama psihičkog funkcionisanja, razvojem specifičnih osobina ličnosti i rizikom od nastanka internalizovanih i eksternalizovanih simptoma u socijalno-adaptivnim, anksioznim i disocijativnim reakcijama. Medijatori između porodičnog nasilja i psihosocijalnog funkcionisanja i razvoja adolescenata su porodična kohezivnost i poremećaji u bračnoj dijadi.

Ključne reči: porodično nasilje, psihološko funkcionisanje adolescenata, specifične osobine adolescenata.

ABSTRACT

Objective. The aim of the study was to determine the association of family violence with the functioning of the family system, psychological functioning and development of specific characteristics of the adolescents who grew up in violent families.

Methods. The study was carried out on a sample of 308 adolescents, aged 15–18, divided in a FV group of adolescents coming from dysfunctional families ($n = 68$) adolescents who grew up in violent families and were exposed to family violence, which was reported and processed, and a control group ($n = 240$) adolescents from families in which according to the CPRS-R Questionnaire there was not found any form of violence, alcoholism or any other psychosocial pathology. FACES III Scale and Questionnaire for the examination of psychosocial characteristics of the adolescents and family (Revised CPRS-R) were used for measuring dimensions of family functioning, Cybernetic model of personality dimensions (CON-6) for conative functioning of the adolescents, Test for reasoning images (TRI) for measuring intellectual development and the Scale of Latent Maturity (SLM) for determining the level of psychological maturity. The data were processed by using linear regression analysis.

Results. Family functioning disorders caused by family violence were significantly and highly associated with psychological functioning of the adolescents: concern about family relationships ($\beta = -.968$), need for professional help ($\beta = -.873$), cooperation with people ($\beta = .523$), orientation towards the future ($\beta = .669$), latent maturity ($\beta = .618$), psychosomatic reactions ($\beta = -.509$), dissociative reactions ($\beta = -.591$), ex-

cused absence from school ($\beta = .618$), unexcused absence from school ($\beta = -.824$), memory disorders ($\beta = -.541$), night fears ($\beta = -.722$), running away from home ($\beta = -.569$), breaking rules and getting punished at school ($\beta = -.569$), conflicts with peers ($\beta = -.460$). Conative functioning of the adolescents exposed to a violent family environment showed a pathological form of functioning in dissociative, anxiety reactions and social adaptability. **Conclusion.** Exposure of adolescents to a violent family environment was associated with changes in psychological functioning, development of specific personality characteristics and risk of developing internalized and externalized symptoms when it came to social-adaptation, anxiety and dissociative reactions. The mediators between family violence and psychological functioning and development of the adolescents was family cohesion and disorders within the marital dyad.

Key words: family violence, psychological functioning of the adolescents, specific psychological features of adolescents

INTRODUCTION

Functioning of a violent family system

The study of De Fife et al. (1) pointed out to the relationship between family violence (FV), family functioning problems and numerous psychosocial developmental difficulties of adolescents. Violent family showed a pronounced dysfunction within the marital dyad, which was reflected on all family subsystems. Role reversals in a violent family were associated with failing to satisfy basic psychological needs for security, love, belonging and respect which hindered individual functioning of one or more family members, that is, subsystem differentiation (2).

Family violence was often the result of pronounced violent parents' mental health problems. The structure of a violent person was predominantly characterized by emotional dysregulation, hostility, impulsiveness, bipolar disorder, antisocial personality disorder, substance use disorder (3). Intimate partner violence was significantly associated with poor mother's mental health (4). Abused women suffered more from a high level of depression, anxiety, phobias, posttraumatic symptoms and

low self-esteem; they had suicidal ideas and suffered from attempted suicide, auto destructive actions; alcohol, nicotine and other addiction; sleep and diet disorders; social functioning disorders; behavioral problems and unsafe sexual behavior (5). Poor mental health of the mother was associated with the child's increased aggressive behavior, lowered mother's warmth and more frequent physical and psychological abuse of the child. Negative consequences of increased aggression and deficit of the mother's mental health and warmth significantly affected the adolescent's social and behavioral development (6).

The most pronounced consequences of the violence family system were the changes in family dimensions of cohesion and communication among subsystems (7). Weakening of closeness and communication within the marital dyad brought about the weakening of emotional association between the mother and the children (7). Within violent families, 20-60% of children were themselves exposed to some form of violence – physical, psychological or sexual (8).

Consequences of adolescent growing up in violent families

The consequences of growing up within violent families were emotional, cognitive, behavioral and health problems (9). Long-term exposure to negative traumatic stress on the part of adolescents from violent families was associated with the sensation of fear, tremor, hyperactive attention and responses that might bring about cognitive problems: low cognitive and school performance (10), lost or inhibited skills of problem and conflict management (11), accepting violent forms of behavior and attitudes, belief in rigid sex stereotypes and men's privileges (12). During their social development, adolescents exposed to family violence had difficulties in establishing contact with their peers (7). Growing up in violent families was associated with increased risk of PTSD (posttraumatic stress disorders) and alcohol addiction (13). Psycho-socio-pathology of adolescents growing up in violent families was associated the most with the characteristic of the families themselves (14). Close family association and social support were important for internalized symptoms: anxiety, acute state of fear, depression, hypersensitivity, acquired helplessness, posttraumatic stress disorder (PTSD), whereas low cohesion intensified externalized symptoms

such as aggression, behavioral disorders (lying, thefts, fights, idleness), antisocial and delinquent behavior, substance use disorder, impulsive behavior, attention deficit disorder (ADD), attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder (ODD) (15).

Symptoms of adolescent from violent families

Psychopathological symptoms of a child within a violent dysfunctional family system occurred as a consequence of the inability to reduce anxiety and family structure disorder. Resolution of a high fusion level within the family was a sign of low differentiation, because high tension and inter-dependence level brought about emotional cut-off, most frequently at the onset of the first symptoms. High family and marital anxiety was centered on the child/adolescent. The result was the very dysfunction of the child/adolescent (16).

Adolescents from violent families had more pronounced symptoms of posttraumatic stress disorders (17) and showed the development of posttraumatic symptomatology: depression, suicidality, anxiety, substance use disorder, delinquency and somatic difficulties (18). Adolescent exposure to verbal and physical abuse was accompanied by depression, delinquency and suicidal ideas (19). Pronounced externalized adolescent problems predicted a high degree of negative emotional expressiveness, hostile reactions and trans-generational transfer of violence (20).

The theoretical concept of this survey was represented by a system family theory, which, through an eclectic approach of theoretical systems, highlights the functioning of a family system in general and its subsystems in the form of establishing family homeostasis and morphogenesis or the ability to adapt to changes (21).

Aims of survey

The basic aim of the survey was to determine the association between the functioning of a violent family system and the changes in psychological functioning of adolescents coming from such families.

Specific aims of the survey:

1. *To determine the effect of family violence on intellectual functioning of adoles-*

- cents coming from such families.*
2. *To determine the effect of family violence on conative functioning of adolescents coming from such families.*
 3. *To determine the effect of family violence on the problems of psychosocial development and behavioral disorders.*
 4. *To determine the effect of family violence on the level of pronunciation of psychological maturity dimensions on the part of adolescents coming from such families.*

METHODS

Sample/Participant

The study was conducted on a sample of 308 adolescents, aged 15-18 ($M = 16.5 \pm 1.5$). There was no difference between the groups by the age ($t_{(198)} = -1.09, p = .125$). The sample consisted of two subsamples: the FV one was made up of adolescents growing up in violence families (FV) and exposed to FV, which was reported to and processed at the Centre for Social Work in Vranje ($n = 68 / 22.8\%$, 52.9% males and 47.1% females) and the control one made up of (240 / 77.3% , 42.5% males and 57.5% females) adolescents coming from families in which there had not been found any type of violence and social pathology using a Revised CPRS-R Questionnaire (22). FACES III Scale (23) and Questionnaire for the Examination of Psychosocial Characteristics of the Adolescents and Family (Revised CPRS-R) were used for measuring dimensions of family functioning, the Scale of Latent Maturity (SLM) (24) for determining the level of psychological maturity, Test for reasoning images (TRI) (25) for measuring intellectual development, Cybernetic model of personality dimensions (CON-6) (26) for conative functioning of the adolescents.

Procedures

After being acquainted with the Approval by the Ethics Committee of the Medical Faculty in Kragujevac as regards conducting the design of study and upon getting the respective Consent by the Centre for Social Work in Vranje and Secondary

School Gimnazija „Bora Stanković” in Vranje, the respondents gave, after being acquainted with the aims of the study, written information consent for participating in the study.

The testing of adolescents coming from functional families was conducted by a school psychologist in the school premises. The testing of adolescents coming from violent families was conducted by psychologists and specialist teachers, who did therapeutic work with the parents and the adolescent or the adolescent only in the Centre's premises. The study was anonymous. Testing total test material took one hour. KON-6 (Test conative functioning personality) respondents filled out for 30 minutes, while answering the Questionnaire (CPRS-R) and FACES III lasted up to 15 min. The study was conducted during the period from 2010. to 2012.

Instruments

The results for the control group of adolescents coming from families without family violence was obtained by using the revised Questionnaire for determining psychological and social pathology of family members - Revised Conners Parent Rating Scale (CPRS-R). It contains 20 items (22). In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha = .94$.

Family dimensions cohesion and adaptability were measured by using the Scale of Family Adaptability and Cohesion (FACES III), which consisted of 20 items. Obtained results were expressed by using raw scores and categories (cohesion: low - dissociated, mild - separated, developed - coherent and high - intertwined; adaptability: low, moderate - flexible, developed - structured, high - rigid) (23) . In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha = .89$.

Conative dimensions, measured by the KON-6 Conative Personality Dimensions, were: reaction activity-introversion/extroversion, psychosomatic reactions, anxiety-defence reactions, aggressive-response attacks, dissociative reactions, integrative reaction-social adaptation. It contains 180 items. Conative personality dimensions were expressed in the following categories: superior, above-the-average, average, below-the-average, and pathological functioning (26). In this study, reliability estimates for the scores were $\alpha = .96$.

Psychosocial development of latent maturity: accomplished level of forming personal, social identity and personality identity (differentiation of personality, inclusion into a social community, defining psychological and ideal I) was surveyed by using the Scale of Latent Maturity. The Scale of Latent Maturity was made up of five subscales, with a total of multiple choice questions which the respondents answered by choosing from five given answers: I completely agree, I mostly agree, I cannot make up my mind, I mostly disagree, I do not agree at all. The subscales of latent maturity were: cooperation with other people, frustration tolerance, trust in people, selflessness and orientation towards the future. As an answer to the question: *What are my plans and desires for the future*, the respondent should choose from one of the five given answers. Raw scores at these subscales were turned into categories (low, below the average, average, above the average, pronounced), on the basis of the tables in the manual. The values of these scales were accumulated and Latent maturity was obtained. According to the table, raw scores were defined as maturity categories: pronounced immaturity, predominantly immature behaviour, mature behaviour with occasional regression, predominantly mature behaviour, pronounced mature behaviour (24). The reliability of the Scale of Latent Maturity in this study was $\alpha = .92$.

Overall intellectual ability was measured by using the Test of Reasoning Images (25). The test included 45 tasks with six possible answers. Raw scores were transferred into intelligence quotient (IQ), according to standardised tables, into five categories: below the average, average, somewhat above the average, high and gifted. The reliability of the Scale was $\alpha = .97$.

The reliability were medium and high value α confirms the validity of applied techniques and number of measured dimensions.

Statistical analysis

Linear regression analysis was used for evaluating the contribution of independent variables to a certain outcome of psychological functioning of adolescents exposed to family violence.

Determining association between the respective types of family: functional one and a violent family, and psychological functioning of adolescents coming from above mentioned respective families, was performed by using linear regression analysis, where the predictor variable was: type of family with two categories coded as dummy variables: 0 = functional and 1 = dysfunctional affected by violence.

The level of pronunciation of family and psychological variables was shown by using statistical description techniques.

The level of statistical significance was less than 1% ($p < 0.01$) and 5% ($p < 0.05$). Data analysis was performed using the software package SPSS version 11.5.

RESULTS

The results obtained by using the linear regression analysis showed that family violence was a significant ($p = .000$) predictor of disorders in the functioning of the family and psychosocial development of adolescents growing up in and exposed to family violence (Table 1, Figure 1).

Family violence was significantly associated with cohesion ($\beta = .605$), among family subsystems. Functional families obtained an average value for the dimension of cohesion ($M = 41.050 \pm 4.314$), which corresponded to category 4 or highly pronounced closeness among family members, as compared with average values in a violent family environment ($M = 29.0881 \pm .616$) in terms of one category lower (3) which corresponded to achieved cohesion. Family violence was significantly associated with un/employment of the father ($\beta = .618$, $p = .000$). In violent families, half of the entire numbers of fathers were unemployed (50.0%, vs. 1.3% in functional families). Family violence was significantly associated with fathers' mental health. There was a negative correlation ($\beta = -.489$) between mental problems of the father and family violence. Within violent families, 25.5% of fathers had a certain mental disorder, compared to 0.0% in functional families. Family violence significantly affected father – children relationship. There was a negative correlation ($\beta = -.445$) in nonviolent father's behavior towards the children. The father's punishing or being

violent to the children was more frequent within violent families (17.6% vs. 1.3%), as compared with the father – children relationship within functional families.

Disorders in family functioning caused by family violence were ($p = .000$) highly associated with disorders in psychological functioning of adolescents in the form of pronounced being worried for family relationships. Obtained highly pronounced negative correlation ($\beta = -.968$) and a high level of children being worried about their family relationships (100% vs. 0.4%), were associated with the need for psychological and psychiatric help with the aim of restoring disrupted psychological balance ($\beta = -.8739$). Obtained negative correlation between family violence and internalized adolescent homeostasis growing up in a violent family environment showed that 88.2% got or is still getting expert help from psychologists and psychiatrics, compared to 1.7% adolescents from functional families.

Adolescents from violent families were significantly associated with impaired intellectual development ($\beta = .357$). Adolescents from functional families had a category of overall intelligence somewhat above the average ($M = 112.775 \pm 7.307$), as compared to adolescents from a violent family environment who showed lower or average intelligence levels ($M = 104.235 \pm 8.038$).

Significant negative correlations were obtained between family violence and cognitive functioning. Adolescents from a violent family environment had bigger cognitive problems: memory disorders ($\beta = -.541$; 58.8% vs. 5.4%), attention deficit disorders ($\beta = -.338$; 76.5% vs. 27.9%), unexcused ($\beta = -.824$; $M = 15.00 \pm 7.596$) and excused leave from school ($\beta = .618$; $M = 51.39 \pm 31.218$ vs. $M = 16.04 \pm 11.516$). Difficulties in intellectual development and learning problems were accompanied with lower school achievement ($\beta = -.408$; $M = 3.25 \pm 1.456$ vs. $M = 4.339 \pm .826$). Adolescents from violent families had on the average good achievement at school, as opposed to adolescents from functional families who accomplished very good achievement on the average.

Negative correlations were obtained between family violence and cognitive functioning of the adolescents.

Adolescents from violent families had difficulties in cognitive functioning and ran the risk of developing psychopathological symptomatology due to increased psy-

chomatic ($\beta = -.509$; $M = 72.06 \pm 26.058$, category 4 – below the average functioning vs. $M = 47.05 \pm 11.348$, category 1- superior functioning), dissociative ($\beta = -.591$; $M = 70.68 \pm 26.487$, category 4 – below the average functioning, vs. $M = 41.92 \pm 9.774$, category 3 – average functioning), anxiety ($\beta = -.393$; $M = 94.44 \pm 24.036$, category 4 – below the average functioning, vs. $M = 69.91 \pm 18.169$, category 3 – average functioning) and aggressive reactions ($\beta = -.359$, $M = 99.97 \pm 18.118$, category 4 – below the average functioning vs. $M = 82.81 \pm 12.214$, category 3 – average functioning). Disorders in conative functioning were associated with impaired integrative and adaptive systems of adolescent socialization ($\beta = -.455$, $M = 77.47 \pm 23.452$, category 4 – below the average functioning vs. $M = 54.52 \pm 13.257$, category 3 – average functioning).

Significant negative correlations were obtained between family violence and psychosocial development of adolescents.

The study showed that the adolescents growing up in violent families had significant development disorders in: night fears ($\beta = -.722$, 82.4% vs. 5.0%), phobias ($\beta = -.586$, 64.7% vs. 5.45%) and enuresis ($\beta = -.323$, 11.76% vs. .0%).

Obtained negative correlations pointed out that family violence significantly increased adolescent behavioral disorders: running away from home ($\beta = -.569$, 35.3% vs. .0%), breaking rules and getting punished at school ($\beta = -.569$, 44.1% vs. .8%), conflicts with peers ($\beta = -.460$, 29.4% vs. .8%), alcohol addiction ($\beta = -.428$, 79.4% vs. 37.5%).

Impaired emotional, intellectual and social development of adolescents from violence families were accompanied by slower development of psychological, latent maturity ($\beta = .618$, $M = 17.65 \pm 2.215$, category 4 – predominantly mature behavior, vs. $M = 12.00 \pm 3.339$, category 2 – predominantly immature behavior) and maturity dimensions: cooperation with other people ($\beta = .523$, $M = 160.47 \pm 16.279$, category 4- high, vs. $M = 127.588 \pm 25.958$, category 2/3 borderline moderate/developed), orientation towards the future ($\beta = .669$, $M = 4.89 \pm 0.466$, category - pronounced need for accomplishing one's values in life, vs. $M = 3.088 \pm .142$, category – perceiving obstacles in planning the future and carrying out the potential), frustration tolerance ($\beta = -.416$, negative correlation pointed out to the fact that family violence

lowered the readiness to deal with a failure; $M = 99.88 \pm 10.225$, category 4 - high, vs. $M = 83.382 \pm 16.720$, category 3 - developed), trust in people ($\beta = -.368$, negative correlation showed that family violence lowered trust in people, $M = 121.46 \pm 12.368$, category 3 - developed, vs. $M = 106.205 \pm 13.143$, category 2 - moderate), lowered selflessness ($\beta = .348$, $M = 71.21 \pm 9.102$, category 3- developed, vs. $M = 59.941 \pm 15.233$, category 2- moderate).

DISCUSSION

Family violence significantly damaged functionality and structure of all the subsystems as well as their mutual association (27). Altered behavior consequently threatened to destroy the wholeness of a dysfunctional family, triggering chain changes in the functioning of other family subsystems and their mutual relationships in the form of intemperance, unpredictability, emotional cut-offs or distance, the feeling of failure to fulfill one's one role as well as the feeling of other people's failure to fulfill their roles (21).

Family violence exhibited pronounced unemployment and bad financial conditions. Family's failing to fulfill its financial role as regards providing necessary prerequisites for satisfying basic physiological and psychological needs was associated with failing to satisfy the motive for material and psychological security of the family's subsystems and bad emotional relationships within it (28). Disorders of emotional relationships within dysfunctional families were reinforced by a significantly higher rate of children getting punished by parents in violent families. A large number of adolescents from violent families showed a markedly pronounced fear of the father (29). The quality of emotional relationships within violent families was damaged the most between the husband and wife i.e. within the marital dyad. The relationships within the marital dyad in violent families were characterized by the presence of various forms of violence and communication problems (30).

Structural and dynamic changes of violent families significantly affected the level of the adolescents being worried about their family relationships (31). Growing up of adolescents in violent families was significantly associated with difficulties in

psychosocial functioning, because of which they showed an increased need for getting professional help from the psychologist and psychiatric with the aim of restoring homeostasis in their own system or attaining self-regulation and normal functionality of personality (32).

Violent families were significantly characterized by the presence of family pathology which disrupted the accomplishment of basic dimensions of cohesion and communication, lowering closeness, warmth and sense of unity (33).

Adolescent exposure to family violence made their intellectual development more difficult. Attention deficit disorder, adolescents' memory difficulties were associated with a significantly lower school achievement. Exposure to chronic negative family stress and various forms of violence affected increased excused and unexcused leave from school. A high rate of unexcused leave from school on the part of adolescents from dysfunctional families provided the basis for mandating educational-disciplinary measures. Obtained data on the significantly lower school achievement (11) of adolescents growing up in violent families represented the consequence of absence of cognitive stimuli provided in the family because of the following: fathers uninterested in carrying out their role as regards the in children's education, poor material conditions, pronounced psychopathology of the parents, low cohesion and impaired communication. Family violence brought about poor school achievement, due to overall decreased social and intellectual stimulation and lack of media influence: TV, the Internet, music, low physical activity, substance use disorder and emotional problems of adolescents (34). Certain studies of internalized problems of adolescents from violent families associated anxiety and depression with learning problems due to psychobiological mechanisms. High alert of the nervous system (arousal) and years' long exposure to stress led to decreased agility, learning problems and externalized symptoms (35).

Conative functioning of adolescents growing up in violent families was significantly different in hierarchically lower and higher dimensions (26). Adolescents from violent families showed significantly bigger depressive reactions (13, 36, 37), anxiety, aggressive, psychosomatic reactions and a higher risk for developing psychosomatic diseases (38). Disorders in the functioning of the Regulator of Defense Reac-

tions led to the anxiety symptom, which provided the basis for pathological reactions such as: phobias, obsession, compulsiveness, sensory and emotional hypersensitivity, posttraumatic stress disorder (39, 40, 41). Characteristics of dysfunctional communication in violent families include lower levels of verbal expression and emotional reactions, lower tolerance to criticism and its intimate interpretation, which increased the anxiety and a number of reasons for violence (42). Reactions of the Attack Regulator or aggressive reactions were significantly more pronounced with the adolescents from violent families. Under unfavorable circumstances, increased aggressive reactions in this group might bring about a lot of externalized symptoms such as: impulsiveness, destructiveness, behavioral disorders, delinquency (43). Aggressive reactions of adolescents from violent families were associated with the mental health of the mother, lack of maternal love and warmth, physical punishing of the children (44).

Dysfunction of lower conative regulators on the part of the adolescents from violent families, psychosomatic, anxiety and aggressive reactions, was associated with significant disorders in the functioning of the supervising System for Regulating Function Coordination (45). Pathological values of the System for Regulating Function Coordination brought about the disorganization of cognitive and conative processes, motoric function disorders, schizophrenic, paranoid, manic, more severe forms of sensory and motoric conversion, some form of inhibitory conversion and fixated phobia, obsession and compulsion (46).

Disorders of hierarchically lower conative dimensions of adolescents from violent families brought about significant differences in the functioning of the highest Regulation Function Integration System. Pathological functioning of the Regulation Function Integration System was associated with social dis-adaptation, lower level of social maturity and externalized symptoms. Exposure to family dysfunctionality caused by family violence along with parental psychopathology and low self-regulation on the part of the adolescents brought about antisocial behavior, alcohol addiction, aggression, hostile reactions and trans generational violence transfer (9, 19, 43, 47).

Psychosocial development of adolescents from violent families was significantly associated with a number of disorders (48). Family violence within the family was associated the most with the occurrence of night fears, phobias and enuresis. Psychosocial development disorders of adolescents from violent families were the consequence of long-term exposure to negative family stress, open conflicts and traumatic experiences. Traumatic symptoms, flash episodes, impaired communication and lack of closeness with parents were associated with the occurrence of psychosocial development disorders (49).

Growing up of adolescents in violent families was associated with a larger number of behavioral disorders. Adolescents from violent families showed a significantly higher rate of abandoning their families and attempting suicide; they broke more school and social rules, because of which they got punished more often (50). Disrupted parent-children relationships, low cohesion, emotional loneliness, insecurity in social skills caused overall inadequacy, running away from problems and reality by abandoning their own home or attempting suicide. Poor material wellbeing and tendency to exhibit uncontrollability in communication enhanced suicide rate of adolescents from violence families (51).

The most significant data on the effect of family violence on psychological functioning of adolescents were obtained in the domain of psychological maturity development. Adolescents from a violent family environment scored two category lower psychological maturity when compared with adolescents from functional families. Psychological functioning of adolescents from violent families reached the level of predominantly immature behavior, as opposed to adolescents from functional families who, in their functioning, reached predominantly mature behavior. Family violence hindered integrative personality abilities in terms of achieving one's personal identity, i.e. family functioning disorders resulted in having difficulties when it came to achieving homeostasis on the part of the adolescent, as a subsystem.

Family violence was associated with the formation of immature personality, the kind of immaturity that *Hrnjica* (24) called "underdeveloped personality immaturity". The feeling of not being loved, absence of closeness with parents caused insecurity, emotional instability, identification and integration process disorders. This

type of non-maturity had its existing forms in antisocial behavior (alcoholism, delinquency, loitering, psychopathic) and neurotic behavior (escape from reality).

Adolescents from violent families had significantly lower dimensions of maturity; frustration tolerance, orientation towards the future (52). Diminished cooperation with other people on the part of adolescents from violent families was the result of low personality integrity. Lower level of association among values, characteristics, self-image and motives diminished control over acquired differentiation and the number of contact with other people (24). Anger and negative emotions of adolescents from violent families caused distrust and poor cooperation with other people (53). Impaired emotional, conative and intellectual development of the adolescents from violent families, together with learning problems and lower school achievement and psychological maturity caused uninterestedness and fear of the future (54).

Family psychopathology and family conflicts caused a high risk of alcohol problems on the part of adolescents from violent families. Family violence disrupted the relationship among the siblings, enhanced aggression and led to compulsory alcohol abuse (52).

Growing up in violent families whose functionality was both structurally and dynamically impaired, significantly disturbed psychological functioning of an adolescent, as a family subsystem. Difficulties in intellectual, conative and behavioral functioning brought about the inability of achieving personal integrity and attaining psychological maturity. Family homeostasis disorders were associated with difficulties in achieving personal homeostasis on the part of the adolescent in the process of morphogenesis and they were accompanied by the risk of occurrence of internalized and externalized symptoms.

Limitations

The results of the study were based on the self-evaluation values of family and personal dimensions. Therefore, the conclusions were associated with the respondents' ability to describe their own as well as their family dimensions.

Although the study encompassed a large number of family and psychological variables, some variables were not included (psychological or psychiatric evaluation

of parents from violent families, duration and severity of exposure to family violence, duration of medical attention after reporting intimate partner violence), which might be the subject matter of some other study.

Acknowledgments

The author is sincerely grateful to all people in The Centre for Social Work in Vranje and Secondary School Gimnazija in Vranje who contribute to this study.

CONCLUSIONS

The study pointed out that growing up in a dysfunctional family system, caused by violence, multiply damaged in terms of basic dimensions, cohesion and communication among subsystems was associated with cognitive, conative, social and emotional-behavioral development and that it structured specific characteristics and significantly predicted psychopathological symptomatology of adolescents from such families.

Inter-family violence exposure during adolescent development predicted the following: pronounced level of being worried about family relationships, night fears, enuresis, need for professional help, lower level of cooperation with other people, lowered orientation towards the future and lower level of latent maturity acquired, pronounced psychosomatic, anxiety, aggressive and dissociative reactions, more frequent absence from school, pronounced attention deficit and memory disorders, running away from home, breaking rules and getting punished at school, conflicts with peers, lower frustration tolerance, distrust of people, selfishness, social mal adaptation, impaired intellectual development and alcohol addiction. The mediators between the functioning of a violent family system and adolescent personality psychosocial development were: mental problems of the father, disrupted relationships within the marital dyad, low cohesion and unemployment and psychopathology of the father.

Scientific significance of this work was shedding light on the mechanisms of specific adaptation on the part of adolescents from violent families to growing up in a dysfunctional family system, i.e. inter-family violence families. The possibility of

developing psychopathological symptoms pointed out to the need of undertaking certain preventive, mental-hygienic measures in working with adolescents growing up in and exposed to family violence.

REFERENCES

1. De Fife JA, Drill R, Nakash O, Westen D. Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history. *American Journal of Psychiatry* 2010; 23: 45-78.
2. Elmquist JA, Shorey RC, Labrecque L, Ninnemann, A, Zapor H, Febres J, et al. The Relationship Between Family-of-Origin Violence, Hostility, and Intimate Partner Violence in Men Arrested for Domestic Violence. *Violence* 2015; 22 (10): 1243-58. doi: 10.1177/1077801215621177.
3. Thrap AT, Schumacher JA, Samper RE, McLeish AC, Coffey SF. Relative importance of emotion dysregulation, hostility, and impulsiveness in predicting intimate partner violence perpetrated by men in alcohol treatment. *Psychology of Women Quarterly* 2013; (37): 51-60.
4. Garcia Moreno C et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
5. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners, in Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002: 87-121.
6. Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2013; 37(8): 520-30. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.
7. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S, Pejovic-Milovancevic M, Popovic-Deusic S, Christodoulou N, Botbol M. Child is father of the man: child abuse and development of future psychopathology. *Psychiatriki* 2014; 25(3): 185-91.
8. Feinberg EM, Solmeyer AR, McHale SM. The Third Rail of Family Systems: Sibling Relationships, Mental and Behavioral Health, and Preventive Inter-

- vention in Childhood and Adolescence. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2012; 15(1): 43–57. doi:10.1007/s10567-011-0104-5.
9. Visser MM, Telman MD, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Schuengel C, Finkenauer C. The effects of parental components in a trauma-focused cognitive behavioral based therapy for children exposed to inter parental violence: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015; 23:15-131. doi: 10.1186/s12888-015-0533-7.
 10. Seijo D, Fariña F, Corras T, Novo M, Arce R. Estimating the Epidemiology and Quantifying the Damages of Parental Separation in Children and Adolescents. *Front Psychol* 2016 25; 7: 1611. eCollection 2016.
 11. Carpenter GL, Stacks AM. Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of literature, *Children and Youth Services Review* 2009; 31: 831-39.
 12. Beckmann L, Bergmann MC, Fischer F, Mößle T. Risk and Protective Factors of Child-to-Parent Violence: A Comparison Between Physical and Verbal Aggression. *J Interpers Violence* 2017: 886260517746129. doi: 10.1177/0886260517746129.
 13. Miranda JK, de la Osa N, Granero R, Ezpeleta L. Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse Negl* 2011; 35(9): 700-11. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.05.008.
 14. Ozer EJ, Lavi I, Douglas L, Wolf JP. Protective Factors for Youth Exposed to Violence in Their Communities: A Review of Family, School, and Community Moderators. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 26: 1-26. PMID: 26114611.
 15. Izaguirre A, Calvete E. Exposure to Family Violence and Internalizing and Externalizing Problems Among Spanish Adolescents. *Violence Vict* 2018; 33(2): 368-382. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-17-00016.
 16. Butler JF. Family Psychotherapy: The First Evolutionary Stage during the NIMH Family Study Project. *Family Systems Journal* 2013; 10(1): 29-42.

17. Enlow MB, Blood E, Egeland B. Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *J Trauma Stress* 2013; 26(6): 686-94.
18. Alisic E, Krishna RN, Groot A, Frederick JW. Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2015; 18(4): 328-45. doi: 10.1007/s10567-015-0193-7.
19. Espelage DL, Holt MK. Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. *J Adolesc Health*. 2013; 53 (1 Suppl): S27-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.017.
20. Ehrensaft MK, Cohen P. Contribution of family violence to the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Prev Sci* 2012; 13(4): 370-83. doi: 10.1007/s11121-011-0223-8.
21. Campbell J, Pinkerton J, edit. Systemic Family Therapy for Families who have Experienced Trauma: A Randomised Controlled Trial. *Br J Soc Work* 2011; 41(4/1): 502-519.
22. Conners K, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein J. The Revised Conners, Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998; 26(4): 257-668.
23. Olson D. Outcome Study of Alcoholic Families Polish FACES. *J FamTher* 2014.
24. Hrnjica S. Zrelost ličnosti. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva; 1992; 8: 145-92.
25. Potočnik-Bele Ž, Hruševac B, Tušak M. Test rezonovanja likova -TRL. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela; 1984.
26. Momirović K, Wolf B, Đžamonja Z. KON-6 Kibernetički model ličnosti. Beograd: SDPS - Centar za prmenjenu psihologiju; 2002-2015.
27. Tolou-Shams M, Brogan L, Esposito-Smythers C, Healy MG, Lowery A, Craker L, et al. The role of family functioning in parenting practices of court-involved youth. *J Adolesc* 2018; 63: 165-174. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.12.016.

28. Murphy-Edwards L, van Heugten K. Domestic Property Violence: A Distinct and Damaging Form of Parent Abuse. *J Interpers Violence* 2015; 17. doi: 10.1177/0886260515613341
29. Macdonald GS. Domestic Violence and Private Family Court Proceedings: Promoting Child Welfare or Promoting Contact? *Violence Against Women* 2016; 22(7): 832-52. doi: 10.1177/1077801215612600.
30. Stover CS, Kiselica A. An initial examination of the association of reflective functioning to parenting of fathers. *Infant Ment Health J* 2014; 35(5): 452-61. doi: 10.1002/imhj.21459.
31. Ottaviani C, Lonigro A, Cioffi B, Manzi D, Laghi F, Baiocco R. Family functioning and parents' dispositions moderate the affective, attentional and physiological consequences of rumination in children. *Biol Psychol* 2017; 127: 220-228. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.06.003.
32. Rounsaville D, O'Farrell TJ, Andreas JB, Murphy CM, Murphy MM. Children's exposure to parental conflict after father's treatment for alcoholism. *Addict Behav* 2014; 39(7): 1168-71. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.03.017.
33. Pye RE, Simpson LK. Family Functioning Differences Across the Deployment Cycle in British Army Families: The Perceptions of Wives and Children. *Mil Med* 2017; 182(9): e1856-e1863. doi: 10.7205/MILMED-D-16-00317.
34. Capaldi DM, Pears KC, Kerr DC, Owen LD, Kim HK. Growth in externalizing and internalizing problems in childhood: a prospective study of psychopathology across three generations. *Child Dev* 2012; 83(6): 1945-59. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01821.x.
35. Vandewater EA, Park SE, Carey FR, Wilkinson AV. Intergenerational transfer of smoking across three generations and forty-five years. *Nicotine Tob Res* 2014; 16(1): 11-7. doi: 10.1093/ntr/ntt112.
36. Moylan CA, Herrenkohl TI, Sousa S, Tajima EA, Herrenkohl RC, Russo JM. The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *J Fam Violence* 2010; 25(1): 53-63.

37. Guček NK, Selič P. Depression in Intimate Partner Violence Victims in Slovenia: A Crippling Pattern of Factors Identified in Family Practice Attendees. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(2). pii: E210. doi: 10.3390/ijerph15020210.
38. Simonović Grujić Lj. The association between cognitive functioning of adolescents exposed to intimate partner violence and family dimensions of cohesion and adaptability. *Vojnosanitetski pregled* 2018; 9 doi.org/ 10.2298/VSP170514009S189
39. Zimmerman GM, Posick C. Risk Factors for and Behavioral Consequences of Direct Versus Indirect Exposure to Violence. *Am J Public Health* 2016; 106(1): 178-88. doi: 10.2105/AJPH.2015.302920.
40. Dorrington S, Zavos H, Ball H, McGuffin P, Sumathipala A, Siribaddana et al. Family functioning, trauma exposure and PTSD: A cross sectional study. *J Affect Disord.* 2018; 245:645-652. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.056.
41. Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, Truax TV, Storch EA. Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; 43(5): 661-73. doi: 10.1007/s10578-012-0289-y.
42. Bunston W, Franich-Ray C, Tatlow S. A Diagnosis of Denial: How Mental Health Classification Systems Have Struggled to Recognise Family Violence as a Serious Risk Factor in the Development of Mental Health Issues for Infants, Children, Adolescents and Adults. *Brain Sci* 2017; 7(10). pii: E133. doi: 10.3390/brainsci7100133.
43. Hardaway CR, McLoyd VC, Wood D. Exposure to violence and socioemotional adjustment in low-income youth: an examination of protective factors. *Am J Community Psychol* 2012; 49(1-2): 112-26.
44. Källström Å, Hellfeldt K, Howell KH, Miller-Graff LE, Graham-Bermann SA. Young Adults Victimized as Children or Adolescents: Relationships Between Perpetrator Patterns, Poly-Victimization, and Mental Health Problems. *J Interpers Violence* 2017; 886260517701452. doi: 10.1177/0886260517701452.

45. Peltonen K, Kangaslampi S, Saranpää J, Qouta S, Punamäki RL. Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress disorder symptoms via dysfunctional trauma-related memory among war-affected children. Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress disorder symptoms via dysfunctional trauma-related memory among war-affected children. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 10; 8(sup3): 1375828. doi: 10.1080/20008198.2017.1375828.
46. Martinez W, Polo AJ, Zelic KJ. Symptom variation on the trauma symptom checklist for children: a within-scale meta-analytic review. *J Trauma Stress* 2014; 27(6): 655-63. doi: 10.1002/jts.21967.
47. Guenther KD, Van Dyk TR, Kidwell KM, Nelson TD. The Moderating Role of Dysfunctional Parent-Child Relationships on the Association between Outward Anger Expression and Physical Health in Youth from Low-Income Families. *Pediatr Health Care* 2016; 30(4): 366-73. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.09.007.
48. Dubas JS, Baams L, Doornwaard SM, van Aken MAG. Dark personality traits and impulsivity among adolescents: Differential links to problem behaviors and family relations. *J Abnorm Psychol* 2017; 126(7): 877-889. doi: 10.1037/abn0000290. 208
49. Giupponi G, Giordano G, Maniscalco I, Erbuto D, Berardelli I, Conca A, et al. Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Danub* 2018; 30(1): 2-10. doi: 10.24869/psyd.2018.2.
50. Turanovic JJ, Pratt TC. Longitudinal effects of violent victimization during adolescence on adverse outcomes in adulthood: a focus on prosocial attachments. *J Pediatr* 2015; 166(4): 1062-9.e1. doi: 10.1016/j.jpeds. 2014. 12.059.
51. Liu YY, Wang XT, Qiu HM, Xu AQ, Jia CX. Functional and dysfunctional impulsivity and attempted suicide in rural China: A paired case-control study. *Psychiatry Res* 2017; 253: 22-27. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.025.
52. Conger RD, Martin MJ, Masarik AS, Widaman KF, Donnellan MB. Social and economic antecedents and consequences of adolescent aggressive per-

- sonality: Predictions from the interactionist model. *evPsychopathol* 2015; 27(4 Pt 1):1111-27. doi: 10.1017/S0954579415000711.
53. Birkley EL, Eckhardt CI. Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 40-56. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.002.
54. Baptista J, Belsky J, Marques S, Silva JR, Oliveira P, Mesquita A, et al. The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behavior problems in toddlers. *Child Abuse Negl* 2014; 38(12): 2072-9. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.015

Appendix

Figure 1.

Effects of functioning family violence on adolescent psychological functioning: psychological maturity, cognitive, intellectual functioning, behavioral and psychosocial development disorders

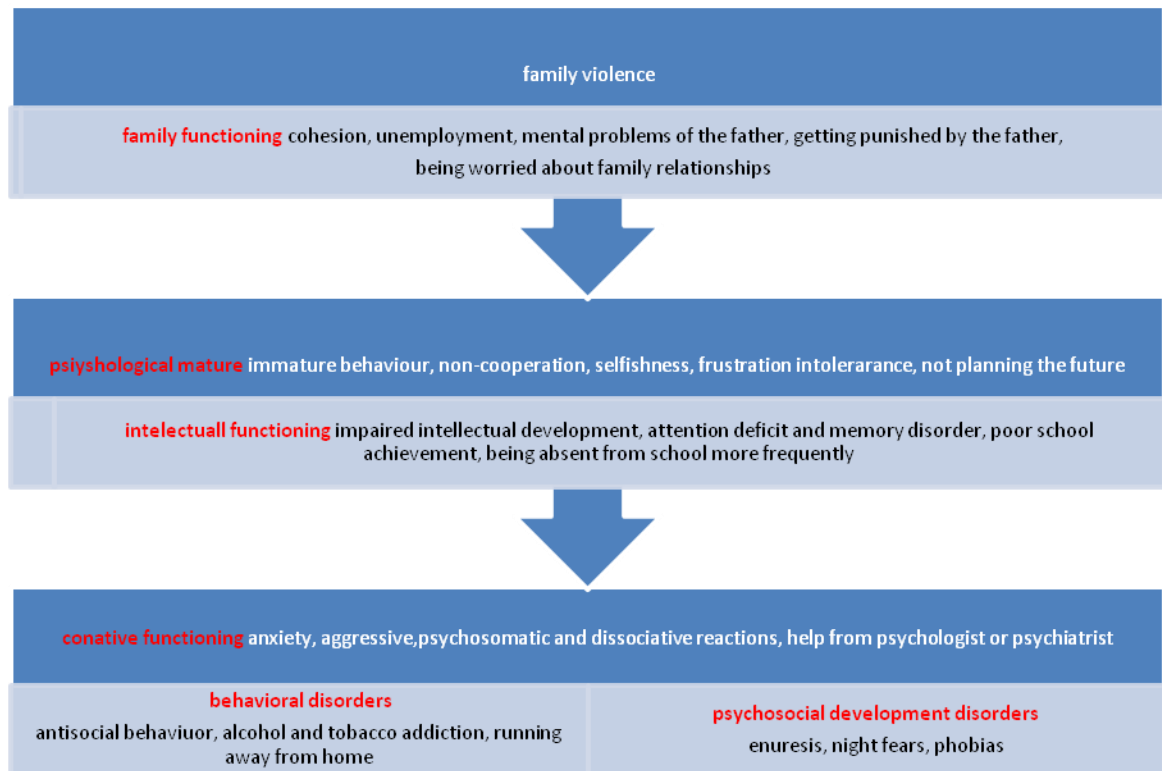


Table 1

Linear regression analysis of predictor variable– type of families: 0 - functional family, 1 –violent family

Variable	R ^a	R ^{2b}	Adjusted R ^{2c}	B ^d	t –test ^e	P ^f
Latent maturity	.618	.382	.379	.608	12.956	.000**
Cooperation	.523	.273	.271	.523	10.116	.000**
Frustration tolerance	.416	.173	.170	.416	7.543	.000**
Trust	.368	.135	.132	.368	6.527	.000**
Selflessness	.348	.121	.118	.348	6.120	.000**
Orientation towards the future	.669	.448	.446	.669	14.864	.000**
Psychosomatic reactions	.509	.259	.257	-.509	-9.760	.000**
Anxiety reactions	.393	.155	.152	-.393	-7.054	.000**
Aggressive reactions	.398	.159	.156	-.359	-7.162	.000**
Dissocative reactions	.591	.349	.346	-.591	-12.071	.000**
Social adaptation	.455	.207	.204	-.455	-8.422	.000**
Cohesion	.605	.366	.364	.605	12.532	.000**
Adaptability	.188	.035	.032	.188	3.164	.091
IQ quotient	.357	.127	.124	.357	6.298	.000**
School achievement	.408	.167	.164	.408	7.378	.000**
Excused absence from school	.608	.389	.379	-.618	-11.360	.000**
Unexcused absence from school	.824	.678	.677	-.824	-19.160	.000**
Employed father	.618	.381	.379	.618	12.902	.000**
Punishing of the mother	.360	.130	.126	-.360	-6.365	.000**
Getting punished by the father	.445	.198	.195	-.445	-8.189	.000**
Marriage problems	.905	.918	.918	-.958	-55.313	.000**
Mental problems of the father	.489	.240	.237	-.489	-9.222	.000**
Alcohol abuse	.428	.180	.180	-.428	-7.806	.000**
Attention deficit	.338	.114	.111	-.338	-5.924	.000**
Memory disorder	.541	.293	.290	-.541	-10.608	.000**
Night fears	.722	.522	.520	-.722	-17.222	.000**
Enuresis	.323	.105	.101	-.323	-5.636	.000**
Phobias	.586	.343	.340	-.586	-11.914	.000**
Being worried about family relationships	.968	.937	.936	-.968	-63.376	.000**
Conflict with peers	.460	.212	.209	-.460	-8.554	.000**
Getting punished for breaking rules	.592	.350	.348	-.592	-12.100	.000**
Running away from home	.569	.325	.321	-.569	-11.400	.000**
Professional help	.873	.762	.762	-.873	-29.527	.000**

Legend: ^a R-regression residual, ^b R² R square, ^c Adjusted R², ^d β-quotient of correlation, ^e t –test, ^f p- significant p<0.01