

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Adela J. Zobenica

**UČINAK SISTEMSKE TERAPIJE NA  
REZILIJENTNOST PORODICA  
ALKOHOLIČARA**

doktorska disertacija

Beograd, 2012

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Adela J. Zobenica

**EFFECT OF SYSTEMIC THERAPY ON  
ALCOHOLICS FAMILY RESILIENCE**

doctoral disseratation

Belgrade, 2012

**MENTOR:**

dr Slađana Dragišić – Labaš, docent  
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

**ČLANOVI KOMISIJE:**

1. dr Smiljka Tomanović, redovni profesor  
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet
2. dr Zorica Kuburić, redovni profesor  
Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet

**DATUM ODBRANE:** \_\_\_\_\_

## **IZJAVA ZAHVALNOSTI**

Za izradu ovog rada zahvalnost dugujem prof. dr. Petru Opaliću, doc. dr. Slađani Dragišić-Labaš, prof. dr. Zorici Kuburić, prof. dr. Anđelki Milić, prof. dr. Smiljki Tomanović i prof. dr. Lazaru Tenjoviću. Imala sam čast i sreću da sa njima saradujem i da učim od njih.

Hvala im na pažnji, poverenju i podršci koju su mi dali.

Zahvalnost dugujem i članovima stručnog tima za porodičnu terapiju alkoholizma, prim. dr. Milanu Zobenici, neuropsihijatru i socijalnoj radnici Veri Blanuši, porodičnom terapeutu alkoholizma.

Posebnu zahvalnost dugujem porodicama koje su bile na terapiji i učestvovale u istraživanju, zajedno smo postajali rezilijentniji.

Adela J. Zobenica

**Ovaj rad posvećujem mom Nikoli.**

# UČINAK SISTEMSKE TERAPIJE NA REZILIJENTNOST PORODICA ALKOHOLIČARA

## REZIME

Cilj ovog istraživanja je bio identifikacija specifičnih kvaliteta rezilijentnosti koji se razvijaju i jačaju tokom porodične terapije alkoholizma i koji pomažu porodici u prevladavanju nevolja izazvanih alkoholizmom.

Istraživanje je imalo dva cilja: istraživanje uticaja terapije na procese rezilijentnosti u dvema grupama, jednoj koja je prošla terapiju i drugoj koja je na početku procesa lečenja. Drugi cilj je bio da se istraži trajnost promena nastalih tokom terapije koje smo sagledali kroz odnos procesa rezilijentnosti i kvaliteta života u ispitivanim grupama.

Ovo istraživanje je neeksperimentalno, kvazi-eksperimentalno i usmereno na razvoj naučnog saznanja na polju porodične rezilijentnosti, ima implikacije na porodičnu terapiju alkoholizma. Koristili smo Rezilijentni model H. McCubbin (1996) kao teorijsku osnovu kako bi ispitali doprinos terapije promenama u porodičnom funkcionisanju, porodičnim resursima, porodičnim procenama, načinima rešavanja i prevladavanja problema (kopinzima).

Ispitali smo 100 porodica od kojih 50 porodica koje su uz pomoć terapije savladale krizu alkoholizma i najmanje tri godine su u stabilnost apstinenciji sa promenama stila života, i 50 porodica koje su na početku sistemske porodične terapije alkoholizma. Terapija se obavljala na Odeljenju i Dispanzeru za lečenje alkoholizma somborske Opšte bolnice.

Korištene su kvantitativne mere, a rezultati merenja analizirani korelacionim tehnikama i regresionom analizom.

Rezultati su pokazali da se grupa porodica koja je prošla terapiju razlikuje od grupe koja je počela terapiju u načinu porodičnog funkcionisanja, u korištenju porodičnih resursa, te u načinima rešavanja problema (kopinzima). Razlike

registrovane u domenu porodičnih procena (osećaj koherentnosti) pokazale su se kao najmarkantnije obeležje po kojem se grupe dosledno razlikuju na svim nivoima analize. Rezultati su takođe pokazali da su porodične procene, posebno duhovnost, najvažniji prediktor trajnosti učinka terapije, te su predložene i mogućnosti za proširenje terapijskih setinga.

**KLJUČNE REČI:** rezilijentnost, porodična rezilijentnost, alkoholičarska porodica, sistemska terapija, evaluacija sistemske terapije alkoholizma

**NAUČNA OBLAST:** Sociologija

**UŽA NAUČNA OBLAST:** Sociologija mentalnih poremećaja; Sociologija društvenih devijacija

**UDK:** 316.624

# **EFFECT OF SYSTEMIC THERAPY ON ALCOHOLICS FAMILY RESILIENCE**

## **SUMMARY**

The aim of this research is to identify specific qualities of resilience which develop and strengthen during the family therapy of alcoholism and which help the family to overcome the difficulties caused by alcoholism.

The research had two goals: to study the influence of the therapy on resilience processes in two groups, the first, which went through the therapy and the other which is on the beginning of the treatment process. The second goal was to study permanence of changes induced by the therapy through the connection between resilience process and the quality of life in examined groups.

This research is non-experimental, meta-experimental, and aimed at the development of scientific knowledge about family resilience, and it has implications to family therapy of alcoholism. We used Resilience Model of H. McCubbin (1996) as a theoretical basis in order to examine contribution of the therapy to changes in family functioning, family resources, family appraisals, and the family's problem-solving and coping repertoire.

We studied 100 families, out of which 50 families overcame the crisis of alcoholism with the therapy and at least three years have been in stable abstinence with a changed life style, and 50 families which are at the beginning of the systemic family therapy of alcoholism. The therapy was conducted at the Department and Outpatient clinic for alcoholism treatment of The General Hospital Sombor.

We used quantitative measures, and the results were analyzed by correlation techniques and regression analysis.

The results showed that the group of families which went through the therapy differs from the group which has just started it, in the way the family functions, in using family resources, and in the way of solving problems and copings. Differences registered in the domain of family appraisals (sense of coherence) proved themselves to be the most



remarkable feature in which groups consistently differ at all levels of analysis. The results also showed that family appraisals, especially spirituality, the most important permanence predictor of therapy effects, and that is why, the possibilities of therapeutic setting expansion are suggested.

**KEY WORDS:** resilience, family resilience, alcoholic family, systemic therapy, evaluation of the systemic therapy for alcoholism

**SCIENTIFIC FIELD:** Sociology

**SPECIAL TOPICS:** Sociology of mental disorders; Sociology of social deviations

**UDK:** 316.624

# SADRŽAJ

## TEMATSKI SADRŽAJ

SADRŽAJ.....	i
Tematski sadržaj.....	i
Slike.....	iii
Tabele.....	iv
Grafikoni.....	vii
UVOD.....	1
1. TERMINOLOŠKA OBJAŠNENJA I MOTIVACIJA ZA ISTRAŽIVANJE.....	4
1.1. Terminološka objašnjenja.....	4
1.1.1. Porodica i alkoholizam.....	4
1.1.2. Porodična rezilijentnost.....	6
1.1.3. Merenje učinka systemske porodične terapije alkoholizma.....	6
1.2. Motivacija za istraživanje.....	7
TEORIJSKI DEO.....	9
2. O REZILIJENTNOSTI.....	10
2.1. Definicija rezilijentnosti.....	11
2.1.1. Definicija porodične rezilijentnosti.....	12
2.2. Teorijski modeli relevantni za koncept rezilijentnosti.....	15
2.3. Validnost rezilijentnosti kao konstrukta.....	16
2.4. Individualna rezilijentnost.....	18
2.5. Porodična rezilijentnost.....	27
2.5.1. Istraživanja porodičnih snaga.....	30
2.6. Koncept H. McCubbin-a.....	42
2.6. Koncept F. Walsh.....	53
2.7. Koncept H. Keller.....	56
2.8. Motivacija za uzimanje modela rezilijentnosti H. McCubbin-a proširenog konceptom H. Keller.....	57
3. O ALKOHOLIČARSKOJ PORODICI.....	60
3.1. Porodica alkoholičara (alkoholičarska porodica, porodica sa alkoholičarskim relacijama, alkoholičarski porodični sistem).....	60

3.1.1. Istorijski kontekst izučavanja porodica alkoholičara .....	60
3.1.2. Sistematski pristup razumevanju porodice uopšte .....	60
3.1.3. Sistematski pristup razumevanju alkoholičarske porodice .....	66
4. O PORODIČNOJ TERAPIJI ALKOHOLIZMA .....	81
4.1. Istorijat izučavanja porodične terapije .....	81
4.2. Istorijat izučavanja porodične terapije alkoholizma .....	84
4.3. Terapijski modeli porodične terapije .....	86
4.3.1. Ekosistemski model terapije alkoholizma.....	89
4.4. Sistemska terapija i njen uticaj na alkoholičarsku porodicu ili kako porodica funkcioniše po prestanku pijenja i tokom terapije.....	95
5. O ISTRAŽIVANJU PORODIČNE REZILIJENTNOSTI I ALKOHOLIZMA ..	104
5.1. Metodološki problemi .....	104
5.2. Istorijat ispitivanja porodične rezilijentnosti.....	105
5.3. Ispitivanja porodične rezilijentnosti u alkoholičarskoj porodici.....	107
EMPIRIJSKI DEO .....	113
6. NACRT I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA .....	114
6.1. Problem istraživanja.....	114
6.2. Predmet istraživanja.....	114
6.3. Cilj i zadaci istraživanja.....	120
6.4. Hipoteze istraživanja.....	122
6.5. Uzorak.....	122
6.5.1. Formiranje uzorka .....	124
6.5.2. Procedura ispitivanja i opis uzorka.....	125
6.6. Osnovne metode istraživanja .....	126
6.6.1. Instrumenti istraživanja.....	126
6.6.2. Varijable istraživanja .....	131
6.6.3. Dizajn istraživanja i analiza podataka.....	132
6.6.4. Primenjeni statistički postupci .....	133
7. ANALIZA I INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA.....	134
7.1. Pregled poglavlja .....	134
7.2. Analiza sociodemografskih, sociopsihijatrijskih i socijalnih podataka eksperimentalne i kontrolne grupe .....	134
7.3. Rezultati vezani za porodično funkcionisanje u ispitivanim grupama .....	152
7.3.1. Porodična kohezivnost .....	152

7.3.2. Porodična adaptabilnost .....	157
7.3.3. Diskusija porodičnog funkcionisanja – kohezivnost i adaptabilnost ..	158
7.4. Rezultati vezani za porodične resurse u ispitivanim grupama .....	161
7.4.1. Unutrašnji porodični resursi – emocije i komunikacije .....	162
7.4.2. Spoljašnja podrška – podrška socijalne mreže (mrežna podrška) i finansijska sigurnost.....	166
7.4.3. Diskusija porodičnih resursa .....	167
7.5. Rezultati vezani za porodične procene.....	175
7.5.1. Porodična koherentnost .....	175
7.5.2. Porodične paradigme – religioznost i duhovnost .....	180
7.5.3. Diskusija procesa porodične procene u ispitivanim grupama .....	186
7.6. Načini rešavanja problema (koping strategije, koping) .....	201
7.6.1. Lični načini rešavanja problema .....	202
7.6.2. Socijalni načini rešavanja problema .....	205
7.6.3. Diskusija načina za rešavanje problema (kopinga) .....	206
7.7. Kvalitet života u ispitivanim grupama .....	212
7.7.1. Procena fizičkog aspekta kvaliteta života.....	213
7.7.2. Procena psihičkog aspekta kvaliteta života .....	216
7.7.3. Procena socijalnog aspekta kvaliteta života .....	218
7.7.4. Diskusija kvaliteta života u ispitivanim grupama .....	220
7.8. Rezilijentnost i kvalitet života.....	222
7.8.1. Uticaj procesa rezilijentnosti na kvalitet života.....	227
7.9. Zaključno razmatranje.....	231
LITERATURA .....	238
PRILOZI.....	252

## **SLIKE**

Slika 1. Carver-ova shema mogućih odgovora na životne nevolje, navedeno po Van Breda (2001) .....	23
Slika 2. Proces usklađivanja u Modelu rezilijentnosti po McCubbin et al., 1996.....	43
Slika 3. Četiri tipa porodice po McCubbin et al., 1996.....	44
Slika 4. Proces adaptacije u Modelu rezilijentnosti po McCubbin, 1996. ....	47
Slika 5. Shema procesa rezilijentnosti po H. Keller, 2003.....	57

Slika 6. Model porodičnog sistema za održavanje alkoholizna (Nastasić, 1998) .....	69
Slika 7. Prikaz porodične i socijalne mreže u vidu mape .....	173
Slika 8. Procenjene marginalne sredine – koherentnost-optimizam.....	177

## TABELE

Tabela 1. Faze oporavka od alkoholizma, po Brown i saradnicima, 2000.....	99
Tabela 2. Prikaz alkoholičarskih porodica uključenih u porodičnu terapiju i onih koje su završile porodičnu terapiju na Odeljenju za alkoholizam od 1994. do 2010. godine...	123
Tabela 3. Kompatibilnost koncepta porodične koherentnosti i koncepta porodične snage .....	129
Tabela 4. Sociodemografska, sociopsihijatrijska i socijalna obeležja ispitivanog uzorka ispitanika po grupama i polu .....	135
Tabela 5. Starosna struktura ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima .....	138
Tabela 6. Prikaz školske spreme ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima .....	138
Tabela 7. Prikaz zanimanja eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika po polu .....	140
Tabela 8. Prikaz zanimanja ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe, značajnost razlika po grupama .....	140
Tabela 9. Prikaz radnog statusa ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima .....	141
Tabela 10. Prikaz dužine trajanja braka ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima .....	142
Tabela 11. Socijalno-psihijatrijski i socijalni podaci uzorka od 200 ispitanika .....	143
Tabela 12. Prikaz razloga dolaska na lečenje u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi i značajnost razlika među njima .....	144
Tabela 13. Prikaz zastupljenosti bolesti u primarnim porodicama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika po polu .....	145
Tabela 14. Prikaz zastupljenosti bolesti u primarnim porodicama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima na nivou grupe...	146
Tabela 15. Prikaz izloženosti stresnim situacijama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe, značajnost razlika po polu.....	147
Tabela 16. Prikaz izloženosti stresnim situacijama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima.....	148
Tabela 17. Prikaz procene poboljšanja somatskog zdravlja ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima.....	149

Tabela 18. Prikaz procene poboljšanja somatskog zdravlja kod muškaraca eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima.....	149
Tabela 19. Prikaz procene poboljšanja somatskog zdravlja kod žena eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima.....	150
Tabela 20. Prikaz napredovanja na poslu eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima .....	150
Tabela 21. Prikaz gratifikacija iz socijalnog okruženja i učestvovanja u društvenim aktivnostima ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima, po polu.....	150
Tabela 22. Prikaz gratifikacija iz socijalnog okruženja i učestvovanja društvenim aktivnostima ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima .....	151
Tabela 23. Dimenzije porodične kohezivnosti uzorka od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe (prema odgovorima na skali od „skoro nikad“, „retko“, „ponekad“, „često“ i „skoro uvek“ .....	153
Tabela 24. Dimenzija porodične kohezivnosti i značajnosti razlike između muškaraca eksperimentalne i kontrolne grupe .....	156
Tabela 25. Dimenzija porodične kohezivnosti i značajnosti razlike između žena eksperimentalne i kontrolne grupe .....	156
Tabela 26. Dimenzije porodične adaptibilnosti uzorka od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe (prema odgovorima na skali od „skoro nikad“, „retko“, „ponekad“, „često“ i „skoro uvek“ .....	157
Tabela 27. Dimenzije unutrašnjih resursa – komunikacije na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe .....	162
Tabela 28. Dimenzije unutrašnjih resursa – izražavanje emocija na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe.....	163
Tabela 29. Dimenzije izražavanja emocija u porodici i test značajnosti razlika po polu eksperimentalne i kontrolne grupe .....	164
Tabela 30. Dimenzija porodične koherentnosti na uzorku 200 ispitanika i test značajnosti razlika eksperimentalne i kontrolne grupe.....	176
Tabela 31. Prosečne vrednosti skora koherentnost-optimizam po grupama i polu.....	177
Tabela 32. Značajnost t-testa na pitanja koherentnost-pesimizam .....	178
Tabela 33. Dimenzija koherentnost-pesimizam na uzorku 200 ispitanika i test značajnosti razlike po polu .....	180
Tabela 34. Dimenzija religioznosti na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe.....	181
Tabela 35. Dimenzija religioznosti na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika eksperimentalne i kontrolne grupe po polu .....	182
Tabela 36. Učešće ispitanika u religioznim aktivnostima .....	183

Tabela 37. Dimenzije religioznosti, sujeverja i duhovnosti na grupi od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe .....	184
Tabela 38. Dimenzije religioznosti, sujeverja i duhovnosti eksperimentalne i kontrolne grupe ispitanika, značajnosti razlika po polu.....	184
Tabela 39. Prosečne vrednosti skora načina rešavanja problema po grupama.....	202
Tabela 40. Značajnost t-testa na stavke ličnog načina rešavanja problema .....	202
Tabela 41. Značajnost razlike na stavkama ličnih načina rešavanja problema po polu	204
Tabela 42. Značajnost t-testa na stavke socijalnog rešavanja problema .....	205
Tabela 43. Dimenzija kvalitet života-opšta ocena kvaliteta života po polu i grupama	212
Tabela 44. Dimenzija kvalitet života-fizički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na fizički aspekt, po polu .....	213
Tabela 45. Dimenzija kvalitet života-fizički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na fizički aspekt, po grupama i polu .....	214
Tabela 46. Dimenzija kvalitet života-fizički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na fizički aspekt, po grupama.....	214
Tabela 47. Dimenzija kvalitet života-psihički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na psihički aspekt, po polu .....	216
Tabela 48. Dimenzija kvalitet života-psihički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na psihički aspekt, po grupama i polu .....	217
Tabela 49. Dimenzija kvalitet života-psihički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na psihički aspekt, po grupama .....	217
Tabela 50. Dimenzija kvalitet života-socijalni aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na socijalni aspekt, po grupama .....	219
Tabela 51. Spirmanov koeficijent korelacije faktora rezilijentnosti i kvaliteta života na celom uzorku .....	222
Tabela 52. Spirmanov koeficijent korelacije faktora rezilijentnosti i kvaliteta života u eksperimentalnoj grupi porodica .....	224
Tabela 53. Spirmanov koeficijent korelacije faktora rezilijentnosti i kvaliteta života u kontrolnoj grupi porodica .....	226
Tabela 54. Standardizovana prediktivna vrednost koeficijenta Pirsonove korelacije u regresionom modelu na celom uzorku .....	227
Tabela 55. Standardizovana prediktivna vrednost koeficijenta Pirsonove korelacije u regresionom modelu u eksperimentalnoj grupi .....	229
Tabela 56. Standardizovana prediktivna vrednost koeficijenta Pirsonove korelacije u regresionom modelu kontrolne grupe.....	230

## **GRAFIKONI**

Grafikon 1. Korelacije kvaliteta života i kohezivnosti .....	223
Grafikon 2. Korelacije kvaliteta života i optimističke koherentnosti .....	224
Grafikon 3. Korelacija kvaliteta života i duhovnosti.....	227



DEO I

**UVOD**

Promena je činjenica života. Biti izložen promenama, različitim životnim etapama, neočekivanim događajima, problemima, svakodnevnim životnim stresovima ili doživeti traumu, sve ovo može da bude mogućnost za poremećaj, bolest porodice i pojedinca, ali i šansa za rast, razvoj i napredak. Narodno iskustvo kaže (ili je to parafraza Ničea?): „Sve što me ne ubije, ojača me“. Ognjenović (1996: 4) u knjizi „Zdravo da ste“ piše: „Život nije problem, život je aktivnost“. Kako razumeti i autentično živeti život, ne kao problem, već kao aktivnost koja ponekad boli, a ponekad raduje?

Promena, stres, trauma i prva mogućnost reagovanja na ove pojave u smislu predaje, bolesti, ili poremećaja, društvene nauke sve do druge polovine 20. veka izučavaju sa paradigmom koja se fokusira na poremećaje i probleme koje izazivaju stres, kriza ili trauma. Mogućnost reagovanja i izlaska iz krize i stresa sa šansom za rast i napredak je viđena sa novom paradigmom u nauci. Nova paradigma, koja se fokusira na snage i potencijale pojedinca, porodice i zajednice, otvorila je nove vidike i konceptualizovala i fenomen rezilijentnosti. Tako se od kraja 20. veka izučava i ovaj drugi aspekt: činjenica da neki ljudi i porodice izlaze iz teškoća, stresa i trauma, (p)ostaju zdravi i rastu i napreduju.

Porodični sistem posebno je narušen alkoholizmom, on je svakodnevni stres i permanentna kriza. Ulazak alkoholičarske porodice u terapijski program lečenja implicitno definiše porodicu kao rezilijentnu zbog činjenice da se vrlo mali broj alkoholičara uopšte leči, a onda, da se još manji broj uključuje u porodično lečenje, a tek „najžilavije“ porodice završavaju zahtevne programe lečenja i dalje žive život aktivno, odgovorno i zadovoljno, njihov kvalitet života je dobar. Tokom terapije pokrenute su porodične snage, ili ovo može biti i pitanje efekata i trajnosti terapije na kvalitet života kako to istražuje Berger (1989). Novi pogledi konceptualizuju i nove termine. Činjenicu da neke porodice koje su prošle porodičnu terapiju alkoholizma i godinama posle nje žive kvalitetno, vidimo i kao doprinos terapije i izraz rezilijentnosti tih porodica.

Šta je to što je terapija pokrenula ili izgradila, a što omogućava porodici da funkcioniše dobro? Ako znamo koje osobine ima porodica koja je jaka, funkcionalna,

uprkos teškoćama kroz koje je prošla, da li alkoholičarska porodica posle terapije ima te osobine i ako ih ima da li su sve „srećne“ porodice „srećne“ na isti način?

Alkoholizam je stresor i kriza kroz koju je porodica prošla i „preživela“ je. Da li se alkoholičarska porodica razlikuje od porodica koje su preživele druge krize?

Upoređujući porodice na početku terapije i tri godine posle, mi ne posmatramo šta je alkohol pokvario, uništio i cementirao, već šta je ostalo, šta je dobro i šta „radi“. Pošli smo od toga da je tokom alkoholizma mnogo toga bilo porušeno, a drugo u riziku da propadne i da je postojala neka pozitivna osnova koja je omogućila da se ono pozitivno razvije. Iz mnoštva pozitivnih snaga fokusirali smo se na grupe faktora koja su u ranijim istraživanjima i po teorijskim konceptima teoretičara porodične rezilijentnosti (McCubbin, 1998; Walch, 1996.) najčešće opisivani u istraživanjima, a to su: porodična verovanja, porodična izdržljivost, socijalna podrška, porodična kohezija i adaptabilnost, lične i porodične veštine rešavanja problema. Ako se potvrdi da su te grupe faktora ili procesa više zastupljene u grupi „preživelih“ alkoholizam, onda su oni deo objašnjenja efekata terapije i zašto su oni „preživeli“. Jedno je sigurno, nećemo odgovoriti na pitanje šta je bilo prvo, da li su oni to već imali (mi mislimo da jesu), ali ćemo iscrpno odgovoriti na deo problema da li sistemska porodična terapija zaista jača porodicu i da li se njeni efekti mogu meriti kroz procese rezilijentnosti i kvalitet života i tri i više godine posle terapije.

Ovo je istraživanje efekata i trajnosti sistemske terapije alkoholizma kroz koncept porodične rezilijentnosti. Porodicu razumemo sa sistemske perspektive. Fokus je na istraživanju snaga i veština koje je alkoholičarska porodica u apstinenciji naučila tokom terapije, a koje poseduje i više godina posle terapije. Vremenska perspektiva studije uslovlila je potrebu razumevanja i objašnjenja strukture i dinamike alkoholičarske porodice, kako u početku terapije tako i tokom oporavka.

# 1. TERMINOLOŠKA OBJAŠNENJA I MOTIVACIJA ZA ISTRAŽIVANJE

## 1.1. TERMINOLOŠKA OBJAŠNENJA

### 1.1.1. *Porodica i alkoholizam*

Sociologija porodice kao naučna disciplina je do kraja 60-tih godina 20. veka bila pod uticajem shvatanja o univerzalnosti porodične grupe odnosno insitucije, te viđenja porodice kao jedinstvene, univerzalne društvene konstante. Porodica se tretirala kao nepromenljiva konstanta u svim društvenim oblicima i stanjima, prisutna u jedinstvenoj formi monogamne bračne zajednice, odnosno reproduktivnog nukleusa oca, majke i deteta (Milić, 1988). Sa društvenim i dubokim promenama porodice i njene intime nastaje čitav niz novih porodičnih formi. Najčešće su to: dobrovoljni celibat, vanbračna heteroseksualna kohabitacija, vanbračna homoseksualna kohabitacija, bračni homoseksualni parovi, brakovi bez dece (na dobrovoljnoj osnovi), ko-roditeljstvo, porodice sa zakonskim starateljima, jednoroditeljske porodice, brakovi na daljinu i dr. (Macklin, 1987. prema: Milić, 2007). Može se reći da je savremena definicija porodice kompleksna i multifaktorska, jer postoje mnoge varijacije u porodičnoj strukturi i kulturi (Patterson, 2002; Walsh, 1998). Uprkos težini definisanja, neminovan je značaj porodice u zaštiti, ekonomskoj podršci, socijalizaciji njenih članova. Ove porodične funkcije su posebno važne u 20. veku, koji se opisuje kao era porodice u tranziciji i izloženosti porodice brojnim promenama i stresovima (Duvall, 1997).

Socijalna očekivanja od porodice su da bude kompetentna uz sve promene i stresove, te je zato značajno istraživati faktore koji omogućavaju porodici da prevaziđe i preživi posledice nevolja (Walsh, 1993). Porodica se u savremenoj Tranzicionalnoj porodičnoj teoriji (Garrett i Landau, 2007) vidi kao suštinski kompetentna i zdrava, te kao važan resurs članovima porodice u stresnim i kriznim situacijama.

Za potrebe našeg istraživanja porodicu razumemo iz systemske perspektive kao primarnu jedinicu društva, prvu socijalnu grupu, dinamički sistem koji se menja kroz vreme zbog promena i razvoja članova porodice, promena relacija i promena porodičnog konteksta. Porodični sistem može da se razume samo kada su razumljive njegove komponente uključujući članove porodice, relacije među njima, porodične relacije sa okolinom i porodična istorija.

Alkoholizam se može definisati na više načina (Nastasić,1998):

- kao socijalno patološki obrazac pijenja alkoholnih pića;
- kao sindrom zavisnosti od alkohola;
- kao poremećaj ponašanja praćen zloupotrebom alkohola;
- kao ozbiljan psihijatrijski, psihoorganski poremećaj nastao hroničnom intoksikacijom alkoholom;
- kao hronični stresni uslov koji trajno menja odnose u porodici i
- kao simptom poremećenog porodičnog sistema kojim se taj sistem održava, traje i nastavlja u sledećoj generaciji.

Ovo poslednje shvatanje alkoholizma kao simptoma održavanja porodice prihvatamo u našem istraživanju proširujući ga sledećim objašnjenjem.

Stres, normativne i nenormativne promene, rezultiraju u porodici gubitkom funkcionalnosti. U ovakvim situacijama, neki članovi porodice dobijaju „simptom“ i pokazuju ponašanje koje je inicijalno kreirano da zaštiti porodicu od bola, zadrži porodicu na okupu i pomogne izgradnji homeostatskog funkcionisanja (Haley, 1980; Stanton, 1997). Ova adaptivna ponašanja kao što su zavisnosti, depresija i suicidalnost, nasilje, post-traumatski stres, rizično ponašanje, kasnije se razvijaju u destruktivne oblike koji se mogu prenositi kroz generacije, onemogućavajući da se porodica kreće od jednog ka drugom životnom ciklusu (Landau, 1982; Landau, et all., 2000). Godinu dana posle septembarske tragedije u Americi, 2002. godine, za 31% je porastao procenat zloupotrebe i zavisnosti od supstance u gradu Njujorku (Landau i Saul, 2004). Studije porodica koje su preživele Holokaust (Fossion et all., 2006) pokazuju kako se zbog poremećaja porodične povezanosti, porodičnog kontinuiteta i kulturalne tranzicije razvio alkoholizam. Stopa alkoholizma u jevrejskim porodicama pre Drugog svetskog rata bila je ekstremno niska, dok je posle rata povećana za 28% . Ovo povećanje je uzrokovano prekidom tradicionalnog porodičnog funkcionisanja, migracijama, konfliktima pri dolasku u novu kulturu (McGoldrick et all. 1982). Alkoholizam je proces koji utiče na porodicu, a porodica alkoholičara je definisana kao sistem organizovan oko alkohola kao svog centralnog životnog principa (Steinglass, 1987). Naše istraživanje je bazirano na 20-godišnjem kliničkom iskustvu da alkoholičarska porodica ima inherentne kompetencije i rezilijentnost koje se mogu jačati i kroz

terapiju, a cilj istraživanja je provera mogućnosti merenja efekata terapije i kroz koncept rezilijentnosti.

### ***1.1.2. Porodična rezilijentnost***

Koncept rezilijentnosti potiče iz teorija stresa i kopinga u razvojnoj psihologiji (Garmezy, 1991; Rutter, 1999; Dale, 2000).

Istraživanje porodične rezilijentnosti alkoholičarskih porodica zahteva razumevanje dinamike i strukture ovih porodica, a posebno razumevanje dinamike oporavka porodice (White, 2005, 2008) i njenog izlaska iz alkoholizma. White (2008) navodi da su kliničke intervencije sa alkoholičarima istorijski zasnovane na studijama patologije alkoholizma, tako da mnogo znamo o epidemiologiji, psihofarmakologiji, ličnim i socijalnim posledicama pijenja, neurobiološkoj adaptaciji na alkohol. Takođe mnogo znamo o dijagnostici i tretmanu alkoholizma. Ali sa naučne tačke gledišta, navodi White (2008), veoma malo znamo o prevalenciji, neurobiologiji, oblicima, stilovima i fazama oporavka od alkoholizma. Paradigmom patologije i intervencija treba proširiti paradigmom oporavka. Upravo je studija porodične rezilijentnosti porodica koje su prošle sistemsku terapiju alkoholizma, doprinos razumevanju uticaja terapije na procesa oporavka od alkoholizma.

Za potrebe našeg istraživanja rezilijentnost smo definisali kao porodičnu sposobnost za prevazilaženje dugotrajnog stresora, koristeći naučeno u terapiji, kako bi se postigao zadovoljavajući stepen prilagođavanja i funkcionisanja, kao proces koji se ispoljava doživljajem dobrog kvaliteta života.

### ***1.1.3. Merenje učinka sistemske porodične terapije alkoholizma***

Sistemska porodična terapija alkoholizma koju primenjujemo ima dva glavna cilja: koristimo porodične snage i resurse da pomognemo porodici da pronade ili razvije načine života bez alkohola kao i da se ublaže posledice disfunkcionalnosti. Jedinica tretmana je porodica u celini. Identifikovani pacijent je subsistem čiji simptomi imaju značaj u porodičnom sistemu. Učinak porodične terapije operacionalizovan je u ciljevima terapije – adekvatno fizičko, psihičko i socijalno funkcionisanje (adekvatan kvalitet života), a koje se postiže rekonstrukcijom i jačanjem porodičnog sistema koji čini porodična struktura (pravila, uloge, granice, hijerarhija), procesi (načini komunikacije) i porodična dinamika (rutine, rituali), a svi oni su deo porodične

rezilijentnosti. Znači, efekti terapije su povezani sa ciljevima terapije (kvalitet života), a ciljevi zahvatajući navedene oblasti, operacionalizuju procese rezilijentnosti.

## **1.2. MOTIVACIJA ZA ISTRAŽIVANJE**

Zaposlena sam u Opštoj bolnici u Somboru na Odeljenju i Dispanzeru za lečenje alkoholizma. Dugogodišnji rad u grupnoj terapiji alkoholizma, a od 1994-te godine do danas i u porodičnoj terapiji u istom gradu, u istoj ustanovi, sa istim terapijskim timom, po istom modelu – omogućio mi je jednu „privilegiju“. Ova privilegija je da mogu da pratim na razne načine (neke i preko 10 godina) većinu porodica koje su bile u terapiji. Najviše je bilo, naravno, onih porodica koje su prekinule terapiju, pa se ponovo javile na lečenje. Grupa od preko 290 porodica je završila porodičnu terapiju, a u ovoj grupi se izdvajaju one porodice koje apstiniraju preko tri godine i imaju dobar kvalitet života. To su one uspešne porodice koje daju smisao i zadovoljstvo terapeutima u teškom i frustrirajućem radu sa porodicama zavisnika. Od ovih porodica je, preko 50, na razne formalne ili neformalne načine u kontaktu sa terapijskim timom. One su bile inspiracija i motivacija za ovo istraživanje. Neki autori (Berger, 1989) ovu „vezanost“ za terapeute i/ili instituciju procenjuju kao indikator „suvog alkoholičarskog sistema“ i to objašnjava na sledeći način. Terapeuti i teoretičari porodične terapije koji se bave alkoholizmom, govore o „suvom“ alkoholizmu posle završetka terapije kod svih onih slučajeva i porodica koji ostaju i dalje u vezi sa alkoholizmom na neki način i nakon što je terapija završena (dolazak u Klub, učestvovanje u grupama samopomoći i drugo). Steinglass (1987) u tom smislu govori o „stabilno suvoj alkoholičarskoj porodici“ koja i dalje svoj život na neki način organizuje oko alkohola i „stabilno suvoj nealkoholičarskoj porodici“ koja je „izlečena“ od alkoholizma. Sa druge strane, naše kliničko iskustvo ukazuje da se tokom terapije i praćenja efekata (follow-up), osipaju „teži“, „lošiji“ slučajevi, skloni recidivima. Povremeni kontakt sa institucijom i/ili terapeutima i odazivanje na poziv za učestvovanje u našem istraživanju, vidimo kao izraz rezilijentnosti ovih porodica. Ove porodice, naime, u okviru svoje socijalne mreže podrške, negujući povremene kontakte sa nama, snaže svoje resurse za pomoć ukoliko im bude potrebna.

Dugogodišnje uspešno funkcionisanje porodica koje su prošle porodičnu terapiju i dostupnost za ispitivanje – omogućava da se dobiju odgovori na mnoga pitanja vezana

za efekte i kvalitet života posle terapije. Pitanje koje se često nameće jeste: zašto su baš ove porodice „preživle“ haos alkoholizma, uspešno se nosile sa zahtevnom porodičnom terapijom (neki i kasnije imali teška životna iskustva i gubitke) i nastavili da žive odgovorno, adekvatno i funkcionalno? Ove porodice poznajemo od početka terapije. Kako se njihov broj tokom godina povećavao postepeno nam se izgrađivao timski utisak da su se ove porodice razlikovale od drugih. I one su kao i ostale porodice uključene u terapiju po istim kriterijumima, došle sa nizom problema, ali su nosile verbalno i neverbalno iskazano poverenje u terapeute, poverenje u terapiju, u svoju porodicu, partnerski odnosi su bili očuvani. Neki članovi tima su ih nazivali „poslušne porodice“, često su pripadali etničkim grupama (Slovaci, Rusini), u toku terapije i posle su bili optimistični i aktivni, spremni da se našale i pomognu drugima. Ove porodice su i nas terapeute učile da verujemo u ono što radimo i govorimo, jer, što je bilo više njih uspešnih, sve više smo verovali u terapijske tehnike, u sebe i u njih. Tako smo izgradili „interne skale“ za predikciju uspešnosti terapije i života posle nje: to su bile porodice u kojoj je identifikovani pacijent bio suprug, prihvatili su odmah terapijske zadatke, bili su duhoviti, sedali su odmah jedno pored drugog, nije se pokazivala borba za moć, verbalizovali su poverenje u terapiju i terapeute, u svoje supružnike, smeštali su događaje u širi kontekst i problemima davali pozitivnu konotaciju. Sva ova saznanja bi mogla da se iskoriste u terapiji i prevenciji, ali zahtevaju naučnu proveru i potvrdu. U praktičnom radu smo prepoznali snage porodice, a u teorijskom okviru sistemske terapije kojom se bavimo polazi se od pitanja „tri šta“, od prepoznavanja slabosti u sistemu. Sa „tri šta“ i odgovorima na njih nismo mogli da objasnimo važnost verovanja i poverenja, smeštanja događaja u širi kontekst, poverenja u terapeute i terapiju- za uspešnost terapije i života posle nje. Trebalo je pronaći novi model viđenja porodice koji će prepoznati snage i potencijale porodice. U fenomenu porodične rezilijentnosti i procesa koji ga čine otkrili smo faktore koje smo prepoznali i u praktičnom radu. Proveravajući ovim istraživanjem, kroz model porodične rezilijentnosti, praktična iskustva u radu sa porodicama alkoholičara, premošćujemo jaz između istraživanja, teorije i prakse u radu sa porodicama.



DEO II

**TEORIJSKI DEO**

## 2. O REZILIJENTNOSTI

Sistematska ispitivanja rezilijentnosti rade se od 60-tih godina 20. veka. Istraživanja počinju u oblastima prevencije i tretmana problema u mentalnom zdravlju dece (Werner i Smith, 1982; Rutter, 1985). Rezilijentnost, najšire shvaćena kao dobro psihološko funkcionisanje ili pozitivan ishod, uprkos patnji ili rizičnom iskustvu je postala važan konstrukt u mnogim daljim istraživanjima kako u razvojnoj i kliničkoj psihologiji, tako i sociologiji i dobija implikacije u terapijskim i preventivnim programima.

Termin „rezilijentnost“ u društvene nauke uvodi Werner (1982), a termin rezilijentna ličnost Wolin (1993). Dakle, već skoro 30 godina ovaj termin se koristi u literaturi u opštem značenju sposobnosti brzog oporavka individue iz bolesti, promene ili nesreće.

Ganong (2002) svoj revijalni članak počinje konstatacijom da možda ulazimo u eru rezilijentnosti, te mada se rezilijentnost izučava više decenija, interes je pojačan posebno u Americi posle događaja od septembra 2001. Od tada je individualna, porodična i rezilijentnost u zajednici važna tema kako naučnih istraživanja tako i novinskih članaka. Posle tragedije u Njujorku, u „Njujork Tajmsu“ je za tri meseca 100 članaka bilo posvećeno rezilijentnosti.

Šta je rezilijentnost? Da li je to karakteristika, proces ili rešenje? Kada se porodična rezilijentnost manifestuje? Da li je to fenomen koji se pojavljuje samo kada su okolnosti neočekivane i teške ili se rezilijentnost može opservirati kod pojedinca i porodice u normativnim ili svakodnevnim promenama? Da li je rezilijentnost samo individualni fenomen ili postoji i porodična i relacionalna rezilijentnost? U terminima teorije ponašanja, rezilijentnost je dinamički proces u kojoj individua demonstrira pozitivnu bihevioralnu adaptaciju kada je pod teškoćama ili traumom. Rezilijentnost znači savladati teškoće i dalje se razvijati. Rezilijentnost je normalna, ljudi je obično imaju. Biti rezilijentan ne znači da osoba ili porodica nema iskustvo teškoća, rezilijentnost nije crta ličnosti koju čovek ima ili nema, rezilijentnost je ponašanje, misao, akcija koja može da se nauči i razvije. Rezilijentnost je po Grotberg-ovoj (2005) ljudski kapacitet za promenu. To je snaga u osobi, institucijama i narodu. Rezilijentnost se razvija, navodi Grotberg-ova (2006) kad postoji podrška institucija (*mi imamo*), kada

osobe imaju unutrašnje snage kao što je poverenje, optimizam, poštovanje i empatiju (*mi jesmo*) i kada su usvojene interpersonalne veštine za rešavanje problema (*mi možemo*).

## **2.1. DEFINICIJA REZILIJENTNOSTI**

Rezilijentnost kao kompleksan koncept ima mnogo definicija. Istraživači je definišu različito zavisno od konteksta njihovog istraživanja i teorijske orijentacije.

Rolf i Johnson (1999) naglašavaju da te definicije uvažavaju biološke, psihološke i okolinske procese. Generalno, rezilijentnost karakteriše dobar ishod uprkos nevolji, kompetentnost u stresu ili oporavak posle traume (Masten i Coatsworth, 1998). Kako je rezilijentnost koncipirana iz istraživanja individualne vulnerabilnosti, dugo je invulnerabilnost bila izjednačavana sa rezilijentnošću i time se gubio suštinski kvalitet rezilijentnosti, a to je da rezilijentnost nije crta koju pojedinac ima ili nema nego dinamički proces koji se može menjati protekom vremena i promenom okolnosti (Cicchetti, 1998; Simon et al., 2005).

Masten i Coatsworth (1998) operacionalizuju sledeće ključne koncepte koji se istražuju u okviru fenomena rezilijentnosti:

- Nevolje, teškoće (engl. adversity) kao okolinske ili razvojne teškoće i nevolje;
- Rizik-mogućnost za neželjen ishod;
- Rizik faktore – merne karakteristike u grupi i/ili situaciji koja predviđa nepovoljan ishod;
- Vulnerabilnost-individualnu sklonost ka neželjenom ishodu;
- Resurs, kompenzatorni faktor (engl. resource) merna karakteristika u grupi i/ili situaciji koja predviđa generalno ili specifično pozitivan ishod;
- Protektivni faktor – kvalitet osobe ili konteksta ili interakcije koja predviđa dobar ishod.

Luthar et al., (2000) navode da se u istraživanjima, usmeravanjem fokusa na rezilijentnost u kontekstu opštih razvojnih procesa, izgubilo bavljenje „invulnerabilnošću“, te je rezilijentnost prepoznata kao dinamički proces. Ovim se dobija punija, višedimenzionalna slika i pomaže razumevanju zašto i kako

određeni procesi mogu graditi rezilijentnost u jednom, ali ne i u drugom socijalnom kontekstu.

Rutter (1993: 317) razume rezilijentnost kao „individulnim varijacijama obojeni odgovori na rizik“, Werner (1992: 92) definiše rezilijentnost kao „zadovoljavajuću adaptaciju na stresne događaje“, Garmezy (1991: 129) kao „funkcionisanje kao odgovor na teškoće“ .

Hawley i DeHaan (1996) iz ovih definicija izdvajaju suštinu:

- Prvo, rezilijentnost je odgovor na teškoće što podrazumeva načine na koje individua odgovara na probleme, te da bez nevolja, rezilijentnost ne postoji.
- Drugo, rezilijentnost nosi u sebi mogućnost oporavka, osoba je sposobna da se vrati ili oporavi od nevolje dostižući ili prevazilazeći raniji nivo funkcionisanja.
- Treće, rezilijentnost je generalno opisana u terminima dobrog osećaja, a ne patologije. Snage, pre nego deficiti su viđene kao resursi koji omogućavaju individui da prevaziđe nevolje.

Rezilijentnost je često diskutovana u terminima rizičnih i protektivnih faktora. Rizični faktori kao barijere efektivnom funkcionisanju kako u detinjstvu tako i tokom celog razvoja, to su obično fizičke i psihičke bolesti, razvod, siromaštvo. Porodica je često viđena kao rizični faktor kojeg su rezilijentne osobe savladale. Wolin (1993) uvodi izraz „*ponos preživelih*“ –osoba koje uprkos alkoholizmu ili mentalnim bolestima u porodicama u kojima su odrastale, nisu ispoljavali znake patologije. Wolin (1993) opisuje protektivne faktore kao što je nezavisnost, odnosi, inicijativa, humor, kreativnost i moralnost. U poglavlju o individualnoj rezilijentnosti opisaćemo detaljnije ove faktore. Rutter (1999) primećuje da rizični i protektivni faktori nisu statični oni se menjaju tako da nekad protektivni faktori imaju svoju osnovnu funkciju, ali u drugom kontekstu mogu se ispoljiti kao rizični.

### ***2.1.1. Definicija porodične rezilijentosti***

Hawleya i DeHaan (1996: 293) opisuju porodičnu rezilijentnost kao „put koji porodica sledi u adaptaciji i inicijatva uprkos stresu, u sadašnjosti kao i tokom vremena. Rezilijentne porodice odgovaraju pozitivnije na promenjene uslove i to na svoj način, zavisno od konteksta, nivoa razvoja, interakcije rizičnih i protektivnih faktora i

porodične procene situacije“. McCubbin (1988: 49) definiše porodičnu rezilijentnost kao „karakteristike, dimenzije i mogućnosti koje pomažu porodici da bude rezistentna na stres uprkos problemu i adaptivna uprkos krizi“. Ovaj autor vidi rezilijentnost kao konstrukt na porodičnom nivou. Izučavajući porodicu u stresu, navedeni autor je proširio Hilov ABCX model stresa u Dupli ABCX model, da bi stigao do Modela rezilijentnosti. On ističe u ovom modelu da je velik broj faktora interaktivan u predikciji porodičnog nivoa adaptacije na stresor. To su: porodična vulnerabilnost, tip porodice, porodični resursi, procena stresa i problem solving i koping veštine (veštine rešavanja problema). Porodična shema kao bitan koncept u Modelu rezilijentnosti podrazumeva porodični pogled na život, generalno verovanje da će nepovoljne okolnosti biti savladane, da je porodica sposobna da izdrži efekte nevolja i čak jačati uprkos teškim okolnostima.

Nacionalna mreža za porodičnu rezilijentnost (National Network for Family Resilience, 1996) definiše porodičnu rezilijentnost kao snage koje porodica koristi kao odgovor na teškoće. Oni konceptualizuju rezilijentnost kao zbivanja na više nivoa, uključujući individualni, porodični i socijalni nivo. Ovde je najvažniji porodični nivo, literatura o porodičnim snagama identifikuje faktore asocirane sa porodičnom rezilijentnošću.

Walsh (1996) uvodi koncept relacione rezilijentnosti sa fokusom na porodici kao funkcionalnoj jedinici. Relaciona rezilijentnost je porodični proces i sadrži i razvojnu perspektivu, odnosno, kako se porodica nosi sa teškoćama tokom vremena. Rezilijentnost je i put koji porodica prolazi tokom vremena i daje svoje odgovore na stres ili seriju stresora. Iz ove perspektive treba pratiti put koji porodica sledi tokom delovanja stresa i anticipirati put reorganizacije. Walsh (2002) dalje proširuje svoj koncept navodeći principe porodične rezilijentnosti:

- individualna rezilijentnost se najbolje razume i jača u kontekstu porodice i šire socijalne zajednice, kao uzajamna interakcija individualnog, porodičnog, socio-kulturnog i institucionalnog uticaja;
- krizni događaji i perzistirajući stresovi pogađaju celu porodicu, nose rizik za individualnu disfunkcionalnost, konflikte i porodični slom;

- porodični procesi su medijatori uticaja stresa na sve članove porodice i njihove relacije;
- protektivni procesi jačaju rezilijentnost smanjenjem stresa i jačanjem adaptacije;
- sve individue i porodice imaju potencijal za jačanje rezilijentnosti.

U kontekstu našeg istraživanja, kad alkoholičarska porodica ulazi u terapiju, ima male potencijale, malo procesa koji mogu oblikovati rezilijentnost. Čitav sistem je, posmatrajući alkoholičarsku porodicu, poremećen. Kada se posmatra porodica sa šire perspektive, u dužem vremenskom periodu, evaluira pre i posle krize (u našem slučaju prolongirane krize alkoholizma) mogu se sagledati i porodične snage. Ako posmatramo porodicu samo kad ulazi u terapiju, gubimo mogućnost sagledavanja širih potencijala porodice. Važnost ovog istraživanja je upravo u tome da posmatrajući porodicu tokom i posle krize alkoholizma, identifikujemo snage koje se mogu primeniti u terapijske svrhe, odnosno i u preventivne principe i programe. Razvojno sagledavanje porodice omogućava procenjivanje sadašnjosti i budućnosti porodice. Tako porodicu ne procenjujemo kao žrtvu prošlosti, nego kao kompetentnu, u procesu stalne promene i adaptacije. Pogled unapred podrazumeva da nije sve završeno sa terapijom. Kada porodica dobro i uspešno završi terapiju to nije garancija da se problem ne može desiti ponovo, isti, ili neki drugi. Ovakav način sagledavanja porodice, koji prihvatamo i mi u našem istraživanju i tokom dugogodišnjeg kliničkog rada, porodicu vidi sa potencijalima i periodima dobrog funkcionisanja i sa mogućim lošim periodima. Svaka porodica je rezilijentna na svoj način, zavisno od konteksta u kojem porodica živi - istorijskog i kulturnog. Ne postoje dve porodice koje su rezilijentne na isti način. Cowen et al., (1997) razlikuj sledeće tipove porodica u odnosu na kriterijum rezilijentnosti:

1. Porodice koje od početka formiranja funkcionišu dobro i ostaju funkcionalne;
2. Porodice koje su pod stresom, loše funkcionišu i ostaju trajno u stanju lošeg funkcionisanja ( na primer, alkoholičarska porodica koja se ne leči);
3. Porodice koje razviju neku disfunkcionalnost, ali uspeju da se oporave (na primer, alkoholičarske porodice koje dolaze na terapiju);
4. Porodice koje razviju disfunkcionalnost (alkoholizam) ali se uz pomoć terapije oporave i kasnije funkcionišu na višem nivou nego pre terapije.

## **2.2. TEORIJSKI MODELI RELEVANTNI ZA KONCEPT REZILIJENTNOSTI**

Psihologija i sociologija su nauke iz čijih teorijskih polja su istraživači rezilijentnosti uzimali ideje i koncepte.

Od *psiholoških teorija* uzeti su neki principi iz pozitivne psihologije, transakcionalne teorije razvoja i razvojne psihopatologije.

Usmeravanje na snage i pozitivnu adaptaciju je jedan od koncepata porodične rezilijentnosti uzete iz pokreta pozitivne psihologije. Seligman i Csikszentmihaly (2000), osnivači pokreta pozitivne psihologije, ističu da je cilj psihologije izmeriti, razumeti i graditi ljudske snage.

Iz Transakcionalne teorije razvoja (Bronfenbrenner, 1979) je uzeta ideja da je razvoj rezultat detetovih predispozicija, porodičnih karakteristika i šire zajednice, kao i konteksta (kultura), te da su oblici uticaja recipročni.

Iz razvojne psihopatologije (Egeland et all., 1993) naglašavaju da je razvoj rezultat interakcija genetskih, bioloških, psiholoških i socijalnih faktor u kontekstu okruženja. Ova teorija takođe naglašava da kompetenca za rešavanje problema u jednom razvojnom periodu, ne mora da bude dobra za drugi period. Relacioni i ekološki kontekst u okviru porodične rezilijentnosti potiče iz ovog učenja.

Iz *sociologije*, kao nauke koja proučava grupni i makro nivo uticaja na čovekovo ponašanje, u teoriju rezilijentnosti inkorporirani su koncepti važnosti povezivanja individue i porodice sa socijalnim okruženjem, te teorija o socijalnom kapitalu. Sociologija naglašava društvo u celini i potrebu da se porodica povezuje sa institucionalnim resursima i socijalnim mrežom, širom porodicom, prijateljima, institucijama. Ovo naglašavanje životnog okruženja ili ekološki pristup, više pripadaju sociologiji nego razvojnoj psihologiji. Kada se u porodičnoj rezilijentnosti naglašavaju ekološki i kulturni kontekst, uzimaju se u obzir sociološke datosti. Sociološka teorija o Socijalnom kapitalu (Furstenberg i Hughes; 1995), naglašava da unutar porodice roditelji snaže dečje mogućnosti ako investiraju u socijalne resurse ( kroz porodične veze sa zajednicom). Tomanović (2004) u našoj sredini izučava socijalni kapital kao društvene procese i mreže koji uključuju deljenje normi, vrednosti i shvatanja koja olakšavaju saradnju unutar grupa, te ističe važnost socijalne mreže i kontakata porodice

kao podrška roditeljstvu. Ovaj sociološki koncept je omogućio da se prepozna značaj povezanosti porodice sa zajednicom.

Baldwin et al., (1990) koncept rezilijentnosti opisuju kroz distalne (faktori u okolini koji utiču na osobu preko proksimalnih faktora) i proksimalne faktore (rizik faktor u okolini koji direktno utiče na osobu). Distalni faktori su oni koji preko posrednika utiču na rizičnu individuu. Tako, socijalno ekonomski status roditelja, kao distalni faktor, ne utiče direktno na dete, već ima indirektan uticaj kroz medijatorne faktore. Govori se o distalnim rizik faktorima i proksimalnim karakteristikama. Distalni faktori preko proksimalnih utiču na ishod kod rizičnih porodica i tako se objašnjava zašto nekad distalni faktor (socio-ekonomski status kao što je siromaštvo) može da uzrokuje lošu adaptaciju ako te siromašne porodice nemaju tople interakcije. Ako ih imaju, porodica može i u periodu siromaštva da funkcioniše dobro (Otther, et al., 2004). Suština je da studije interakcije proksimalnih karakteristika i distalnih rizika jesu načini da se razume zašto su neke porodice sposobne da smanje stresogenost distalnih faktora, mogu da produkuju dobar ishod uprkos rizičnim okolnostima.

### **2.3. VALIDNOST REZILIJENTNOSTI KAO KONSTRUKTA**

Osnovna kritika koncepta rezilijentnosti, koju Kaplan et al., (1996) navode: nema jasne granice između fenomena koji se nazivaju rizični faktori, protektivni faktori, vulnerabilnost i rezilijentnost. Ovo je razlog što se ne mogu upoređivati rezultati različitih studija.

Smith (1999) dalje diskutuje ovaj problem navodeći da se o rezilijentnosti mora razmišljati kao multifaktorskoj, promenljivoj kroz vreme, različitoj za različite ljude, ona se proteže od čisto genetske predispozicije kao što je temperament i inteligencija, do kontekstualne kao što su porodične i socijalne varijable. Ona navodi da vulnerabilnost i rezilijentnost koegzistiraju u kompleksnoj ravni bioloških, socijalnih i fenomenoloških matrica. Oni ne isključuju jedni druge, već se neophodno konvertuju jedni u druge. Tako, na primer, imati roditelja koji ima probleme sa mentalnim zdravljem se često navodi kao vulnerabilni faktor za buduće mentalno zdravlje deteta, ali ako dete nema roditelja sa problemom mentalnog zdravlja, to nije neophodno faktor rezilijentnosti. Vulnerabilnost i rezilijentnost ne mogu stajati kao zasebne komponente



života, oni su aspekti totaliteta života, gde je celina više od zbira delova i gde možemo biti istovremeno vulnerabilni i rezilijentni, zavisno od konteksta.

Kumpfer (1999) kritikujući termin navodi da istraživači koriste termin rezilijentnost da opišu sve varijable koje koreliraju ili predviđaju pozitivan ishod kao reakciju na stresor.

Glantz i Sloboda (1999) kritikuju koncept rezilijentnosti zbog njegove neodređenosti. On se shvata istovremeno i kao crta i kao proces i kao ishod. Autori navode da zbog toga nema standarda za primenu ovog koncepta ni jedinstvenog teorijskog okvira.

Luthar et al., (2000) takođe navode da se rezilijentnost definiše ujedno kao personalna crta i dinamički proces bez razlikovanja u njihovom korištenju. Kada se rezilijentnost vidi kao crta onda je kritika da je to statični kvalitet, a ne dinamički proces koji se menja kroz mesto, vreme, nivo razvoja i zavisno od situacionog konteksta (Kaplan, 1996). Ali kad se rezilijentnost vidi kao dinamički proces dovodi se u pitanje njena korisnost jer je malo unifomnosti u efektima, npr, neka visoko rizična deca su kompetentna u jednim, ali nekompetentna u drugim oblastima života (Luthar et al., 2000).

Tarter i Vanykov (1999) navode da naučnici otkrivaju rezilijentnost uvek kad se dogodi dobar i pozitivan ishod pod nepovoljnim okolnostima, te ovaj koncept ima problematičnu heurističku i praktičnu vrednost. Dalje navode da je korištenje istraživanja rezilijentnosti za predikciju budućih ishoda problematično, jer razvoj nije linearan, a rezilijentnost se ispoljava zavisno od konteksta. Njihova najveća primedba je da je istraživanje rezilijentnosti kao konstrukta kontraproduktivno, jer se kod onih koji nisu rezilijenti, (imaju nizak skor na rezilijentnoti, pokazuju znake smetnji), može javiti „stid žrtve“ (kao pandan „ponosu preživelih“).

Longitudinalne studije (Werner,1995; Egland et al., 1993; Cowen et al., 1997) nalaze da rezilijentnost nije efemeran fenomen i njegova najveća sazajna vrednost je da istraživanja opišu kontekst u kome su se dobili određeni rezultati i da nalazi jedne studije ne moraju značiti da će se isti faktori pokazati kao značajni u borbi protiv nevolja u drugim domenima i istraživanjima. Primedba je i da je uzorak na kojima se studije rade suviše mali, te se rezultati i ne mogu generalizovati na populaciju. Što se

tiče porodične rezilijentnosti (Hawley i DeHaan, 1996) navode da je sam naziv nov, ali da se njegova suština izučavala u radovima o porodičnom stresu i porodičnoj snazi.

Uvažavajući gore navedene primedbe i ograničenja, i mi rezilijentnost vidimo kao nov naziv za dugačku priču o ljudskoj izdržljivosti. Radeći na njoj i razumejući je u novom kontekstu (sa alkoholičarskom porodicom), očekujemo da ćemo naučiti nešto novo. Dajući novo ime za nešto dobrim delom poznato, a manjim delom novo, ulazimo u „zonu narednog razvoja“ (Vigotski, 1977) u kojoj je ono što je novo - „*najtiše*“, a to novo je moguće oslušivati i otkrivati samo kroz aktivnost (istraživanja). Zato ćemo individualnu i porodičnu rezilijentnost izučavati i razumeti prateći nalaze empirijskih studija koje će nam pomoći i za naše istraživanje.

## **2.4. INDIVIDUALNA REZILIJENTNOST**

Individualnu rezilijentnosti ćemo prikazati sa aspekta njenog definisanja i rezultata istraživanja koja su se bavila različitim fenomenima koji su povezani ili ulaze u polje teorije individualne rezilijentnosti.

Caplan (1982) definiše individualnu rezilijentnost kao kapacitet ispoljavanja dobrog funkcionisanja uprkos životnim stresovima.

Garmezy (1991) navodi da su rezilijencije veštine, mogućnosti i znanja individue koja se akumuliraju tokom vremena za oporavak i u susret životnim promenama i teškoćama. To je razvojni proces pronalaženja energije i veština koji se koriste za prevazilaženje životnih teškoća.

Polk (1997) sintetiše istraživanja o rezilijentnosti i definiše četiri kvaliteta kojima se opisuje rezilijentnost:

1. Dispozicioni kvaliteti: to su svi fizički i ego usmereni psihosocijalni atributi koji podržavaju rezilijentnost kao što su: osećaj autonomije, samopouzdanje, bazična sigurnost, dobro fizičko zdravlje;
2. Relacioni kvaliteti – odnosi se na uloge u društvu i relacije individue sa drugima. Te uloge i relacije kreću se od intimnih, dijadnih do relacija sa institucijama socijalnog sistema;

3. Situacioni kvaliteti – su sposobnosti rešavanja problema i sposobnosti procene situacije i davanja adekvatnog odgovora kao i preuzimanje akcije u odnosu na situaciju;
4. Filozofski kvaliteti – odnose se na individualnu životnu paradigmu. Ona uključuje verovanja koja promovišu rezilijentnost-pozitivna razmišljanja, važnost razvoja selfa, osećaj da je život smislen.

Bernard (1997) opisuje individualne fenomene koji u literaturi koreliraju sa rezilijentnošću, a to su: visok količnik inteligencije, da se sibling (braća ili sestre) nije rodio unutar 20-24 meseca, kapacitet i veštine za razvijanje intimnih relacija, unutrašnji lokus kontrole, odsustvo ozbiljnih bolesti u adolescenciji i drugi.

Pearlin i Schooler (1982) opisuju individualnu rezilijentnosti kao kapacitet osobe da se bori sa teškoćama kao i ponašanja koja osoba koristi da izbegne da bude povređena u nevoljama. Intervjujući 2300 građana Čikaga o načinima suočavanja sa životnim teškoćama, definisali su tri načina odgovora na životne nevolje, teške životne situacije, stresogene događaje:

1. Odgovor kojim se (delimično) menja situacija. Ovaj odgovor se najređe koristi, jer ljudi u teškoj situaciji (koja je sama po sebi nedefinisana i bez odgovora) teško nalaze strategiju za promenu nekih aspekata nepovoljne situacije. Tu se više radi o malim koracima, za diskretne promene.
2. Odgovor kao pozitivna konotacija, pre prepoznavanja i anticipacije svih opasnosti od situacije. Ovo je najbolji tip odgovora, njime se smanjuje percepciju opasnosti od stresa i pozitivno selekcioniše percepcija na manje opasne i bolne aspekte stresa. Ovako se umanjuje težina stresne situacije i ona prihvata kao teži, ali savladiv deo životnog toka.
3. Odgovor na stresnu situaciju koji se bazira više na kontroli stresa, a manje na doživljaju opasnosti od njega. Ovim se omogućavaju efikasniji i raznovrsniji odgovori na stres.

U opisanim konceptima rezilijentnost prepoznajemo kao individualno viđenje životnih problema i individualni način odgovora na teškoće.

Konstrukcija teorije rezilijentnosti počinje sa studijama dece koja su odrasla u teškim životnim okolnostima. Ove studije prve počinju da prepoznaju faktore rezilijentnosti.

### *Rezilijentnost kod dece*

Studije koje su ispitivale rezilijentnost dece kasnije su dale osnovu za razumevanje rezilijentnosti odraslih kao i rezilijentnosti porodice. Werner i Smit (1992) objavljuju rezultate longitudinalnog istraživanja koje su radile od 1955. do 1992. sa decom koja su odrasla u teškim životnim okolnostima (alkoholizam roditelja, siromaštvo, nasilje u porodici). One su pratile 698-ro dece i roditelja iz grada Kauai na Havajima. Od ove grupe dece njih 210 je bilo opterećeno sa pet faktora rizika (siromaštvo, slabo obrazovane majke, alkoholizam, nasilje i mentalne bolesti u porodici). Deca su praćena posle 1, 2, 10, 18, 32 i 40 godina. Od 210 dece opterećene sa pet faktora rizika, u 18 godini njih 138 su pokazivali probleme u ponašanju, ali 73 dece je bilo bez problema. One su praćenjem 73-oje dece našle da su ta deca u 18 godini postala vredni, radni i odgovorni mladi ljudi. U 32. godini života, 2/3 od 73-oje dece je ponovo bilo uspešno i bez patologije. Zaključak ove studije je bio da su ovu vulnerabilnu decu neki faktori štitili od razvitka očekivane patologije i da životni put vulnerabilne osobe može da se menja i nije determinisan samo ranim detinjstvom. Ova studija, koja se često navodi u literaturi, nije dala odgovor na pitanje koji su faktori ovu decu „štitili“ od nepovoljnog uticaja okoline.

Istraživanja inspirisana ovom studijom kasnije su pokušala da odgovore i na ova pitanja. Istraživanja (Rutter, 1979; Butler, 1997) navode sledeće osobine koje imaju deca iz problematičnih porodica, a koja u kasnijem životu nisu pokazivali znake patologije:

1. socijalno otvoreno, kooperativno i prijateljsko ponašanje
2. dobru vezu sa majkom ili primarnim objektom
3. imaju više osoba koje im pružaju pažnju i koji su za njih pozitivni identifikacioni modeli
4. imaju jasno definisane granice između sebe i sistema kojima pripadaju
5. najmanje su prosečne inteligencije

6. obično su ženskog pola
7. nisu se tokom prve godine života odvajali od primarne porodice
8. imaju samopouzdanje
9. imaju veštine rešavanja problema
10. osećaju se kompetentni
11. nova iskustva percipiraju kao konstruktivna iako u njima može da bude i bola
12. imaju dobre interpersonalne veštine
13. imaju unutrašnji lokus kontrole
14. imaju dobru kontrolu impulsa
15. vole školu
16. nezavisni su
17. imaju hobije
18. u stanju su da traže podršku i pomoć kad im treba

Istraživači, tokom daljih istraživanja, pokušavaju da odgovore na pitanje šta to neku decu i odrasle čini otpornima, a neke ne. Tako se konceptualizuje niz pojmova od kojih ćemo detaljnije objasniti sledeće koncepte : 1. osećaj koherentnosti, 2. napredak, 3. jačinu, 4. naučeni optimizam i 5. lokus kontrole.

**1. Osećaj koherentnosti** je koncept koji je povezan sa individualnom rezilijentnošću. Ovaj termin je konceptualizovao Antonovsky (1979) u okviru svog salutogenog modela (salutogeneza- kao sintezu grčke i latinske reči, a prevodi se kao "razvoj zdravlja"). Koherentnost njen autor ne vidi kao specifičan stil ili metodu spasavanja iz nevolja. To je generalni stav u životu koji omogućava mobilizaciju specifičnih mehanizama za rešavanje problema. Osećaj koherentnosti je i okvir za izučavanje specifičnih koping resursa. Osnovna ideja je sledeća: nevolje su raznovrsne i nema jedinstvenog odgovora na njih, osećaj koherentnosti omogućava da osoba probleme vidi kao razumljive, rešive i smislene, te izabere rešenja za koja veruje da će pomoći da se problemi reše. Antonovsky (1984) navodi tri elementa koji čine osećaj koherentnosti (sense of coherence-SOC, engl. )

1. Sveobuhvatnost ili razumljivost
2. Savladivost, snalažljivost
3. Značajnost, smislenost

Sveobuhvatnost je kognitivna dimenzija, način kako osoba razmišlja i oseća o setu internih ili eksternih stimulusa ili situacija, a koji podrazumeva da je život pre, sada i u budućnosti razumljiv.

Savladivost se odnosi na osećaj da je život pod "kontrolom". Osećaj koherentnosti podrazumeva da stvari nisu samo pod kontrolom osobe (unutrašnji lokus kontrole) već uopšte da su pod kontrolom i drugih, prijatelja, porodice, institucija, Boga, istorije. Lokus kontrole je određen shvatanjima Zapadne civilizacije koja favorizuju individuu, ego, kao centar sveta i sve mora da bude samo pod "mojom kontrolom", a shvatanja "stvari i život su pod kontrolom" (osećaj koherentnosti) izraz su shvatanja i drugih civilizacija.

Smislenost, značajnost je emocionalna dimenzija doživljaja sveobuhvatnosti. Razumevajući koherentnost kao stav, sveobuhvatnost bi bila kognitivna, savladivost-konativna, a smislenost emocionalna dimenzija stava.

**2. Napredak ili jačanje** je takođe važan koncept za razumevanje individualne rezilijentnosti. Termin uvode Ickovics i Park (1998), a bio je poznat pre koncepta salutogeneze i rezilijentnosti jer se spominjao u istraživanjima stresa i mogućnosti da se iz njega izade jači.

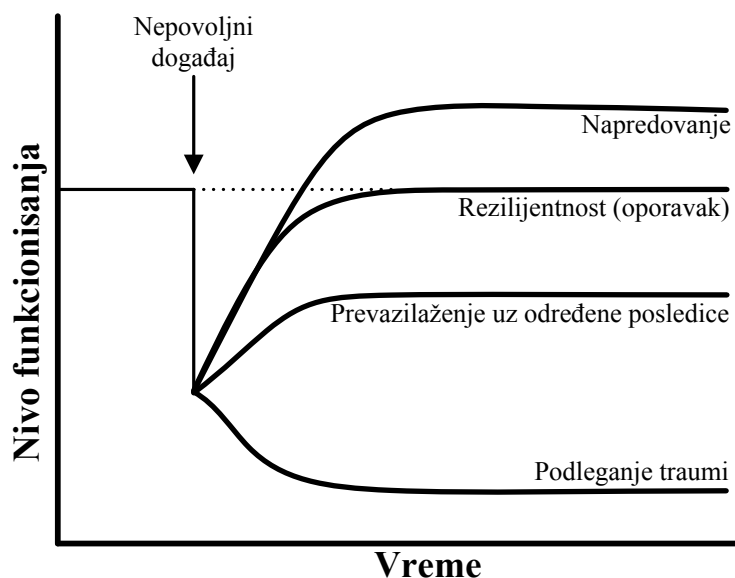
U odnosu na rezilijentnost, *napredak* je viši nivo. Carver (1998) navodi da se posle nevolje osoba može oporaviti do nivo funkcionisanja pre nevolje i to je rezilijentnost ili mogućnost povratka, oporavak. Navodeći da literatura o rezilijentnosti, ne uzima u obzir „bolje ili naprednije” funkcionisanje, Carver promovise termin *napredak* (engl. thriving), a to su nove veštine i znanja (učenje o sebi, nove interpersonalne relacije). U daljem tekstu ćemo prikazati i objasniti Carver-ovu shemu mogućih odgovora na životne nevolje. Na ordinati je prikazano vreme, a na apcisi nivo funkcionisanja kao odgovori na životne nevolje. Prva dva nivoa, napredak i oporavak ili rezilijentnost, smo opisali. Odgovor na životne nevolje može biti preživljavanje sa oštećenjem (engl. survival with impairment), što je niži nivo funkcionisanja od onog pre nevolje. Postoji i mogućnost da se podlegne traumi (engl. succumbing).

Dakle, odgovor na životne teškoće može biti potpuno neadekvatan, osoba ispoljava neki oblik patologije.

Sledeći nivo je da osoba odgovara na zahteve i životne teškoće ali neadekvatno, odnosno preživljava ali sa oštećenjem.

Osoba se iz nevolje može oporaviti i nastaviti da živi na način kako je funkcionisala pre nevolje, ona je rezilijenta ili se oporavila.

Posle nevolje može da se živi kvalitetnije nego do tada, da iz nevolje izađe „jači i bolji“, što je suština koncepta *napredka*.



Slika 1. Carver-ova shema mogućih odgovora na životne nevolje, navedeno po Van Breda (2001)

3. **Jačina** je još jedan od konceptata koji se koriste u teoriji individualne rezilijentnosti i u nauku ga uvodi Kobasa (1979). Kobasa je bila inspirisana istraživanjima povezanosti stresnih životnih događaja u precipitiranju somatske i psihičke bolesti (Holmes i Rahe, 1967. prema: Kobasa, 1979). Navedeni autori su ispitivali mornare koji idu na dugu plovidbu, a pod stresom su. Ustanovili su da oni koji su imali viši skor na indeksu stresa imaju i više bolesti tokom plovidbe. Međutim, bilo je i onih koji su imali visok skor na indeksu stresa, ali se nisu razboleli. Ova grupa je bila zanimljiva za ispitivanje onog što je kasnije Kobasa nazvala *jačina*. Kobasa (1979) ispituje dve grupe ispitanika, jednu grupu koja ima visok skor na testu stresa i nisu oboleli od psihosomatskih bolesti kao i drugu grupu koja ima visok skor na testu stresa i u visokom procentu su oboleli od psihosomatskih bolesti. U prvoj grupi našla je osećaj smislenosti, unutrašnji lokus kontrole, energičan stav u odnosu na okolinu, kao faktore po kojima se prva grupa, koja nije obolela, razlikovala od druge grupe i ovu grupu

faktora nazvala *jačina*. Kobasa je zaključila da skup ovih faktora štiti ispitanike prve grupe od bolesti.

Jačina, po Kobasi, ima dva subkonstrukta, a to su:

1. Uključivanje kao kontrast alijenaciji. Uključivanje se sastoji u osećanju svrhe koja nosi osobu kroz teškoće, ovaj termin egzistencijalisti nazivaju „biti sa drugima”;
2. Izazov kao kontrast bespomoćnosti. Kad su ljudi pod stresom oni koji vide promene kao izazov bolje se nose sa njima nego oni koji vide stvari kao sudbinu koja se ne može promeniti. Izazov je baziran na verovanju da je promena, radije nego stabilnost, normalni oblik života.

Kobasa (1981/1982) opisuje jake ličnosti. Jaka ličnost vidi svoje iskustvo kao interesantno i važno. Ona veruje da može da utiče na ono što zamisli, kao i da utiče na ono što kaže i radi. Promena je za jaku ličnost važan deo razvoja. Svoja verovanja dobro koristi u rešavanju životnih problema. Promene unosi u svoj životni plan i tako stresni događaji postaju manje stresni. Nasuprot njima, slabe ličnosti vide sebe i okolinu kao dosadne, bez značaja. Osećaju se bespomoćno, veruju da je najbolji život bez promena, ne znaju da je razvoj važan, pasivni su u interakciji sa okolinom. Kad se stres desi nemaju pozitivnu kognitivnu ocenu, nemaju predviđene akcije za rešavanje teških situacija i stres onda utiče na zdravlje.

4. Rosenbaum i Ben Ari (1985) formulišu koncept *Naučeni optimizam* kao antipod fenomenu "naučene bespomoćnosti". Studije naučene bespomoćnosti ističu neuspehe pokušaja ljudi da izmene određenu situaciju, a zatim njihov doživljaj bespomoćnosti i u svim ostalim situacijama na koje suštinski mogu da utiču. Vremenom ljudi nauče da ne mogu da utiču i kontrolišu spoljašnje događaje. Self kontrol studije koje je vodio Rozenbaum su se fokusirale na to šta se događa kad osoba bude efikasna u kontrolisanoj situaciji i postane neefikasna u nekontrolisanoj. Tada se aktivira samoregulatorni proces i ljudi menjaju svoje ponašanje i to utiče na situaciju i oni postaju manje zavisni od okoline. Rozenbaum kaže da se ljudi razlikuju po kapacitetu samoregulacije i uvodi termin "naučeni optimizam" da opiše repertoar ponašanja i veština (najviše kognitivnih) kojima osoba samoreguliše interne odgovore (kao emocije,



kogniciju ili bol), a koje interferiraju sa željenim ponašanjem. Rozenbaum i Ben-Ari (1985) opisuju tri faze procesa samoregulacije:

1. Reprezentacija- u kojoj individualno iskustvo, bez svesnih namera, podstiče kognitivnu ili emocionalnu reakciju koja menja okolinu.
2. Evaluacija- procena promene kao željene ili moguće.
3. Akcija ili koping kojim se minimiziraju negativni efekti internih ili eksternih promena.

Na sledećem primeru objasnićemo navedene tri faze samoregulacije:

Terapeut u porodičnoj terapiji primenjuje intervenciju koja se ne pokazuje kao efikasna i oseća se frustrirano (reprezentacija). Terapeut koji je optimističan razmišlja o drugim intervencijama (evaluacija) i to primenjuje u terapiji (akcija). Ako terapeut nema dovoljno optimizma i misli da nema dovoljno znanja, da bi se zaštitio od ovih misli, može da projektuje na klijenta da je rezistentan na terapiju (evaluacija) i prekida terapiju. U prvoj situaciji kod terapeuta nastupa mehanizam samoregulacije, on odgovara efikasno i tako potkrepljuje svoj optimizam koji će poslužiti i u novim problematičnim situacijama. Slabo optimistične osobe misle o sebi kao neefikasnim u koping u sa stresom i zato u stresnoj situaciji više misle na svoje nedostatke nego na samu teškoću. Visoko optimistični, nasuprot, sude o sebi kao o efikasnim u teškoćama, nastavljaju sa samoregulacijom i uspešno rešavanju problematične situacije, „Ništa ne uspeva kao uspeh“.

Naučeni optimizam nije crta ličnosti već klaster kognitivnih veština. To je bazični bihevioralni repertoar koji se uči od momenta rođenja i čini osnovu veština rešavanja stresnih situacija.

**5. Lokus kontrole** je sledeći koncept kojim se mogu opisati neki aspekti individualne rezilijentnosti. Rotter (1996) ga uvodi u nauku i definiše kao individualnu percepciju uzroka i posledica ponašanja, te na osnovu ovog kriterijuma razlikuje osobe sa unutrašnjim i spoljašnjim lokusom kontrole. Osoba sa internim lokusom kontrole ima percepciju da su uzroci i posledice njenog ponašanja pod njenom kontrolom, ona ima osećaj da može da kontroliše svoju sudbinu i u okruženju pronalazi više korisnih informacija za svoje adekvatno ponašanje i otporna je na spoljne uticaje. Za razliku od nje, osoba koja ima percepciju da su uzroci i posledica njenog ponašanja van njene

kontrole, koja procenjuje da ne može da utiče na sebe i svoju okolinu, ima spoljašnji lokus kontrole.

Rotter (1996) je konstruisao Skalu za merenje lokusa kontrole. Ispitujući osobe koje imaju visok indeks stresa i koje su obolele od psihosomatskih bolesti, on je utvrdio da osobe sa spoljašnjim lokusom kontrole, u uslovima visokog stresa, oboljevaju od psihosomatskih bolesti, dok osobe sa unutrašnjim lokusom kontrole i pored visokog indeksa stresa pokazuju otpornost na psihosomatske bolesti.

Navešćemo još dva konstrukta koja su u vezi sa konceptom individualne rezilijentnosti. To je potentnost i izdržljivost.

**Potentnost** se definiše kao čovekovo poverenje u sopstvene snage i uključivanje u socijalno okruženje sa bazičnim osećajem sopstvenog značaja u sredini u kojoj živi.

**Izdržljivost** bi bila fizička i moralna snaga koja čini osobu otpornom na bolesti i teškoće, te generalni osećaj kompetentnosti u svim aspektima života.

Napred navedeni koncepti i istraživanja različitih fenomena individualne rezilijentnosti imaju ograničenja u smislu da ovi konstrukti pokrivaju samo intrapsihičke faktore, a malo se pažnje usmeravalo na faktore socijalnog sistema.

Fokus na intrapsihičko vodi do drugog ograničenja: mnogi konstrukti se ne mogu prevesti u kliničku praksu. Šta da radi kliničar sa osobom sa niskim osećajem koherentnosti, osim da se nada da će se kroz terapiju ovaj osećaj spontano razviti. Lokus kontrole ili naučeni optimizam se čine lakšim za kliničke intervencije, jer se zasnivaju na kognitivnim aspektima, ali u literaturi se ne navodi jasno kako sa njima raditi u praksi. Ovo ne znači da ovi konstrukti nemaju kliničke implikacije. One nisu istražene, te ih treba istraživati u smislu mogućnosti njihovog razvitka u kliničkim intervencijama.

Početak proučavanja individualne rezilijentnosti imao je kao osnovnu ideju sagledavanje osobina ličnosti i/ili individualnih načina savladavanja životnih problema dece ili odraslih koji uprkos teškim životnim okolnostima nisu razvili neki oblik patologije ili poremećaja. Porodica je tada shvaćena samo kao uzrok moguće patologije, a rezilijentnost kao urođena osobina, biološka snaga koju neka osoba ima.

Postepeno se fokus interesovanja širio jer se, bez obzira kako uslovljena, rezilijentnost razvija u socijalnom kontekstu. Tako se počinju istraživati i snage i potencijali porodice.

## 2.5. PORODIČNA REZILIJENTNOST

Iako se u prvim istraživanjima rezilijentnost konceptualizovala kao individualni kvalitet deteta, ipak je lokalizovana u sistem nuklearne porodice, odnosno socijalne sredine.

Hawley i De Haan (1996) opisuju porodicu sa dva aspekta:

1. Porodica može da se shvati kao faktor *rizika* tako što povećava vulnerabilnost njenih članova, te se po ovom aspektu mogu istraživati faktori porodičnog rizika (porodični konflikti, mentalne bolesti i drugo);
2. Porodica se može shvatiti i kao *protektivni* faktor za njene članove. Istraživači u sklopu ovog aspekta nastoje da identifikuju faktore koji štite članove porodice. Ovo generalno uključuje dobar odnos roditelja i dece, održavanje porodičnih rituala, proaktivne konfrontacije sa problemima itd.

Praktično se porodična rezilijentnost istražuje poslednjih 70 godina, ali ne pod ovim nazivom. Termin rezilijentnost prvo se pominje u istraživanjima individualne rezilijentnosti. Tokom proteklog perioda interes se pomerao od:

1. Individualne ka porodičnoj rezilijentnosti;
2. Shvatanja da porodica može biti jedino izvor disfunkcije zbog koje neki njeni članovi pokazuju simptome poremećaja i smetnji, do shvatanja da porodica može da bude i izvor snage za njene članove;
3. Od shvatanja porodice samo kao konteksta u kome se razvija individualna rezilijentnost, do shvatanja porodice kao zajednice u terminima relacione rezilijentnosti.

McCubbin (1992) definiše *porodičnu rezilijentnost* kao karakteristične porodične dimenzije i mogućnosti koje pomažu porodici da bude rezistentna uprkos promenama i kriznim situacijama. To su pozitivni bihejvioralni odgovori i kompetence individue i porodice. Oni se ispoljavaju pod stresom ili nepovoljnim okolnostima i određuje porodičnu mogućnost da povrati svoj integritet i dobro stanje članova porodice i porodičnu zajednicu u celini. Walsh (1985) vidi porodičnu rezilijentnost kao skup

procesa, koji omogućavaju porodici efikasne načine za izlazak iz krize ili permanentnog stresa.

Saznanja iz *istraživanja porodičnog stresa* su dala osnove za izučavanje porodičnih snaga i porodične rezilijentnosti.

Huang (1991) daje pregled istraživanja porodičnog stresa od 1930. do 1990. godine u Americi. Ova istraživanja su proučavala porodicu u stresu i uticaj različitih životnih događaja na porodicu. Najčešće su izučavane hronične bolesti, zavisnosti, razvodi, smrt, rat, nezaposlenost, ranjavanje, zarobljavanje i nasilje. Huang, prikazuje hronološki, kojim temama su se tokom 6 decenija bavila istraživanja porodičnog stresa.

Istraživanja koja su rađena 30-tih godina 20. veka sagledavala su efekte Velike ekonomske depresije na porodicu i tada istraživanja identifikuju kvalitete koji su pomogli porodicama da prežive ekonomsku depresiju.

Posledice Drugog svetskog rata na individuu i porodicu su se izučavale 40-tih godina 20. veka. 1949. godine je na osnovu ovog konstruisan ABCX model porodične krize koji je bio platforma za savremena istraživanja i kompleksne teorije porodične rezilijentnosti H. McCubbin-a.

Godina 50-tih godina 20. veka se počinju istraživati bolesti zavisnosti. Ovo je vreme kada su formulisane teorija krize, teorija uloga i životnih ciklusa.

Godina 60-tih 20. veka nastavljaju se prethodna ispitivanja, proširena sa ispitivanjem maloletničke delinkvencije.

Godina 70-tih 20. veka istražuje se stres povezan sa ratom, psihičke i fizičke bolesti i njihova povezanost, nasilje, roditeljstvo. Teorijski modeli su redefinisani i razvijeni, a koncepti bolje operacionalizovani.

Godina 80-tih 20. veka interes se proširio na porodicu sa odsutnim ocem, kao i razvedenu porodicu. Statističke analize su u ovom periodu postale sofisticiranije.

Narastanje interesa za rezilijentnost vidi se po broju publikacija: 1960-te godine su objavljene 2 publikacije, 1970-te godine je objavljeno 7 publikacija, 1980-te godine je bilo 56 objavljenih radova, 1990-te godine je bilo 125 radova iz oblasti rezilijentnosti.

Naučnici su se od 30-tih do 50-tih godina 20. veka bavili opisom, objašnjenjem i predikcijom disfunkcija posle stresora. Rezultati tih istraživanja su bili i razumevanje porodice kao sistema i razumevanje kako sistem pati pod stresom.

Od 70-tih godina 20. veka istraživači koriste salutogenu paradigmu (razvitak zdravlja), tako da se interes od ispitivanja posledica stresa okreće pitanjima i temama, kao što su sledeće:

1. Kako članovi porodice pomažu jedni drugima u teškim okolnostima?
2. Koje snage i kapaciteti pomažu porodici u adaptaciji?
3. Sugerišu se putevi podsticanja rezilijentnosti u porodici.

Ovakva istraživanja bazirana su na 10 premisa o ekološkoj prirodi porodičnog života i intervencija u porodični sistem (McCubbin, 1992):

1. Promena je normalna. Porodice se bore sa teškoćama i promenama kao prirodnim i prediktivnim aspektima porodičnog života tokom porodičnog životnog ciklusa;
2. Homeostaza – porodice razvijaju bazične snage i kapacitete dizajnirane da podrže rast i razvoj članova porodice i zaštite porodično jedinstvo kao i samu porodicu od velikih lomova tokom porodičnih promena;
3. Fleksibilnost – porodica se bori sa krizom i tako što menja svoje funkcionisanje prema promeni situacije;
4. Samozaštita – porodice razvijaju bazične snage i kapacitete dizajnirane da se zaštite od neočekivanih ili nenormativnih stresora i jačaju porodičnu adaptaciju u velikim krizama ili promenama;
5. Network podrška – to je mreža relacija i resursa u zajednici od koje porodica ima koristi.
6. Ritam – porodično funkcionisanje je karakteristično i predvidivo u načinima interpersonalnog ponašanja;
7. Multidimenzionalna ocena- porodica ima sposobnost da proceni intervencije koje koristi za jačanje svojih snaga i resursa;
8. Na problem orijentisane intervencije – porodično funkcionisanje se može poboljšati intervencijama koje ciljaju na disfunkcionalne oblike porodičnog života;

9. Na snage orijentisane intervencije- porodično funkcionisanje može se poboljšati intervencijama na interpersonalne kapacitete porodice;
10. Samoregulacija – porodice razvijaju i održavaju interne i rezistentne adaptivne resurse koji se mogu pojačavati da rade efektivnije. Oni mogu imati značajnu ulogu u porodičnom prevladavanju i adaptaciji čak i kad je porodično jedinstvo razoreno i javljaju se simptomi disfunkcije.

Da bismo razumeli kontekst koji je omogućio da se istraživači fokusiraju na snage, a ne slabosti i patologiju moramo objasniti i novu paradigmu u nauci koja je to omogućila. To je koncept Salutogeneze.

Vladajuća paradigma do 80-tih godina 20. veka, u medicini i srodnim naukama bila je Patogeneza, razvoj i oblici bolesti. Mlađe nauke (psihologija, sociologija i druge) preuzele su paradigmu Patogeneze i koristile je skoro do kraja 20. veka. Paradigma patogeneze sadrži sledeće postulate:

1. Diskontinuitet – postoji ili stanje bolesti ili zdravlja, većina ljudi je zdrava, manjina je bolesna;
2. Fokus je na patogenom, bolesnom;
3. Važno je pronaći uzroke nekog poremećaja ili bolesti;
4. Stresori su loši, jer dovode do bolesti i treba nam sterilno okruženje;
5. Razmišljanje u statističkim terminima kada postoji verovatnoća da će se desiti neka bolest i nas ne interesuju oni koji ostaju zdravi, već oni koji su se razboleli.

Salutogeni model vidi stvari suprotno, i to:

1. Zdravlje je kontinuum, a ljudi nisu samo zdravi ili samo bolesni
2. Fokus je na salutogenom, zdravom i zdravlju
3. Traže se uzroci, ali ne u bolesnom, nego u zdravom
4. Stresor može biti dobar jer mobilizuje snage za njegovo savladavanje

### ***2.5.1. Istraživanja porodičnih snaga***

Istraživanja porodičnih snaga i saznanja do kojih se došlo su omogućila dalji razvoj saznanja o porodičnoj rezilijentnosti.

Istraživači kao što su Jensen et al., (1986); Stinnett, (1989); Epstein et al., (1983) su u svojim radovima opisali i klasifikovali liste porodičnih snaga. Van Breda (2001) iz njihovih radova u svom revijalnom članku identifikuje 11 klastera porodičnih snaga koje ćemo prikazati jer čine različite aspekte porodične rezilijentnosti od kojih smo neke i mi detaljnije ispitivali u ovom radu (porodičnu koheziju i adaptabilnost, socijalnu podršku, koherentnost, aktivnosti za rešavanje problema, emocionalnu podršku, komunikacije).

### **1. Porodična kohezija**

Ovo je najcitiranija snaga procenjena kao takva u zdravim i kliničkim porodicama. U daljem tekstu navešćemo četiri najčešća modele porodičnog funkcionisanja i shvatanja porodične kohezivnosti.

U *Cirkumpleksnom modelu porodičnog sistema*, Olson (1986/1993), porodičnu kohezivnost definiše kao jednu od tri dimenzije važne za porodično funkcionisanje. Osim kohezivnosti tu je i adaptabilnost i komunikacije. Adaptabilnost je sposobnost menjanja strukture snaga, relacija i uloga kao odgovor na situacioni i razvojni stres. Komunikacije su facilitatori porodičnog funkcionisanja. Po ovom modelu postoje četiri stepena kohezivnosti: 1. veoma niska - razjedinjena, 2. separatisana, 3. povezana i 4. zapetljana (veoma visok stepen). Visoki stepeni kohezije su problematični za porodično funkcionisanje. Srednji stepeni kohezije su optimalni i ukazuju na izbalansirana područja. Po Olsonu (1993) balansirane porodice imaju simultani kvalitet između povezanost članova porodice i autonomije svojih članova. Ova simultanost podstiče zdravo porodično funkcionisanje. Porodice mogu da menjaju svoj nivo kohezije u zavisnosti od situacionih i razvojnih promena tokom životnog ciklusa (Olson, 1993). Predstavićemo istraživanja u kojima je korišten Olsonov model i za njegovu proveru konstruisan instrument - Faces III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III, Olson, 1986, 1993). Faces III je skala samoprocene koja meri mesto porodice na Cirkumpleks modelu. Olson (1988) je radio istraživanje 1200 porodica širom Amerike za proveru svog modela. Ovo istraživanje je potvrdilo koncepciju Cirkumpleksnog modela balansiranih porodica. Studija je rađena na uzorku srednje klase američkih belaca sa intaktnom, dvoroditeljskom porodicom koje su bile u balansnom regionu Cirkumpleksnog modela. Porodice koje su na osnovu rezultata sa Faces III procenjene

sa višim nivoom kohezije, unutar balansnog nivoa, izveštavale su u toku strukturiranog intervjua o porodičnoj snazi i višem osećanju zadovoljstva, u odnosu na porodice sa nižim stepenom kohezije. Ova studija je pokazala da su balansirane porodice sposobne da menjaju nivo kohezije tokom životnog ciklusa. Takođe da je većina porodica sa mlađom decom imala viši stepen kohezivnosti, dok su porodice sa adolescentom ili starije porodice imale niži nivo kohezije.

Druge studije (Farrell i Barnes, 1993) su našli linearan odnos između porodične kohezije i porodične funkcionalnosti, u ovoj studiji viši nivo porodične kohezije bio povezan sa boljim porodičnim funkcionisanjem. Waldern et al., (1990) koristeći Cirkumpleksni model nalaze razliku u kohezivnosti porodica koje su u prvom ili ponovnom braku. Porodice u prvom braku imaju viši nivo kohezije i niži nivo stresa od onih koje su u ponovnom braku. Amato (1987) pokazuje na istraživanju 200 porodica iz Australije da intaktne porodice pokazuju viši nivo porodične kohezije nego porodice sa jednim roditeljem.

Smith (1991) nalazi sličan stepen porodične kohezivnosti na Faces III kod 1000 nekliničkih i 68 parova koji su u drugom braku, osim kad imaju adolescenta i kada je kohezivnost manja. Faces III su koristili Kissane et al., (1996) u istraživanju porodica posle smrti jednog roditelja. Autor identifikuje pet tipova porodica na osnovu klaster analize njihovih odgovora. Približno jedna trećina porodica je bila suportivna, imala visok skor na kohezivnosti i rešavanju konflikata. Dva tipa porodica su bile identifikovane kao nefunkcionalne (hostilne), ostala dva tipa su bila prosečna. Koristan zaključak ove studije je da je kohezivnost bila veoma dobar diskriminator funkcionalne od disfunkcionalne porodice, za razliku od adaptabilnosti koja nije koristila u određivanju tipa porodice. Zaključak ovakvih studija je bio da istraživanja odnosa porodične kohezije i adeklatnog porodičnog funkcionisanja mora uzimati u obzir i faze životnog ciklusa porodice i procenjivati kako porodične tako i kulturne vrednosti. U nekim kolektivistički orijentisanim kulturama porodični cilj je postizanje čvrste povezanosti članova porodice i isticanje kolektivnog identiteta dok su druge kulture individualno orijentisane.

Lewis (1979, prema: Lee i Brage, 1989) piše da kohezija u porodičnim odnosima kreira platformu za jačinu celog porodičnog sistema. Tako se naglašava da će porodica



biti zdravija ako roditelji imaju dobar brak, oboje se osećaju kompetentni, ravnopravni, dostižu visok nivo intimnosti i ako se u porodici podržavaju individualne razlike. Kao primer važnosti bračne kohezije Conger et all., (1999) ispituju njenu ulogu kao medijatora između ekonomskog pritiska i emocionalnog distresa. Bračna kohezija je definisana kao tendencija supružnika da:

1. Saslušaju brige onog drugog;
2. Održavaju kooperativni stav u relacijama;
3. Pokazuju senzitivnost za partnerovu tačku gledišta;
4. Pokazuju izrazito prihvatanje partnerovih osobina.

Rezultati ovog ispitivanja su pokazali da su partneri koji su dobili visok skor na bračnoj koheziji i pod uslovima ekonomskog pritiska, imali manji stepen emocionalnog distresa.

*Beavers sistemski model* (Beavers i Hampson, 1990/1993) opisuje porodične stilove kao centripetalne i centrifugalne. „Centripetalne“ porodice nalaze zadovoljstvo unutar sama porodice, deca kasnije napuštaju ovakve porodice. Članovi „centrifugalne“ porodice traže zadovoljstvo u svetu, van porodičnih granica i deca napuštaju porodicu u ranijim godinama, nego što propisuju razvojne norme. Po ovom modelu, visok stepen po dimenzijama centripetalnih i centrifugalnih stilova porodičnog funkcionisanja proizvodi disfunkciju porodice. Zdrave porodice imaju umerene centripetalne i centrifugalne kvalitete. Porodični stil je interaktivan sa porodičnom kompetencijom i određuje porodično zdravlje. Zdrav porodični sistem ima jasne emocionalne granice između članova, oni imaju odgovornost za sopstvena emocionalna stanja i respektuju tuđa. To je kapacitet za autonomiju i osećanje zadovoljstva u kontaktima. Kao i prethodni, i ovaj model preferira umerenost u dve dimenzije što omogućava adaptaciju ponašanja, kao i potrebu porodice i njenih članova za menjanjem tokom vremena.

*McMaster model porodičnog funkcionisanja* (Epstein i Bishop, 1981) kohezivnost nazivaju afektivno investiranje i vide ga kao jednu od šest dimenzija značajnih za porodično funkcionisanje i fizičko i psihičko zdravlje. Nivo investiranja i interesovanja svakog člana porodice jednih za druge određuje njihov nivo afektivnog ulaganja. Ovaj nivo je na kontinuumu od izostanka ulaganja ili interesa do simbiotskog (ekstremni ili

patološki interes ili investiranje). Oba ekstrema indikuju nezdravo funkcionisanje. Empatijsko ulaganje definisano kao „interes i/ili investicija jednih u druge, za dobrobit drugih (Epstein et al., 1983) je karakteristika najzdravijeg nivoa porodičnog funkcionisanja.

*Procesni model porodičnog funkcionisanja* (Steinhauer i Santa-Barbara, 1984) opisuju koheziji sličnu dimenziju, „afektivno investiranje“ kao stepen i kvalitet interesovanja članova porodice jednih za druge. Stepen je intenzitet porodičnih relacija, a kvalitet je nivo do kojeg su relacije podržavajuće/pažljive ili destruktivne/sebične. Stepen i kvalitet relacija koje članovi porodice imaju jedni sa drugima određuje kojima od sledećih pet tipova porodica pripada: 1. neinvestiranim, 2. porodicama lišenim emocija, 3. narcističkim, 4. empatijskim (visoko afektivno ulaganje uz poštovanja autonomije svakog člana) ili 5. upetljanim (intenzivne relacije). Afektivno ulaganje porodice utiče na sposobnost u rešavanja porodičnih poslova, uključujući svakodnevne i umeće rešavanja kriznih situacija. Porodice sa empatijskim ulaganjem je po ovom modelu najadekvatniji tip porodice.

## ***2. Porodične komunikacije***

Komunikacije su takođe važna porodična snaga kako za pozitivno porodično funkcionisanja tako i porodični kapacitet da prevaziđe probleme. Walsh (1998) navodi da porodice koje dobro funkcionišu ne odlikuje odsustvo problema već veštine da prevladaju probleme. Efektivne komunikacije su bitne u iznenadnim ili prolongiranim krizama, a to je obično vreme kada porodici nedostaje komunikacija.

U najopštijoj definiciji komunikacija je razmena informacija. Jasne, direktne, specifične i iskrene komunikacije (Satir, 1988) odlike su funkcionalne porodice. Komunikacija je razmena socio-emocionalnih i proaktivno/instrumentalnih problem solving informacija (Walsh, 1998). Komunikacija ima dve funkcije, kontekstualnu i relaciju. Prva funkcija znači sama informacija i njome praćena emocija, a druga funkcija govori o prirodi odnosa između onih koji komuniciraju.

Patterson (2002) ističe dva tipa komunikacije: afektivnu i instrumentalnu.

Afektivna komunikacija korespondira sa načinima kako članovi porodice pokazuju jedni drugima ljubav i podršku i važni su za osećaj potpunosti porodičnog funkcionisanja. Ova komunikacija u porodici se menja kada u porodici nastane bolest ili

smrt. Patterson (2002) navodi da u slučaju hronične bolesti, članovi porodice moraju da razviju dobru komunikaciju koja je po njemu jedan od devet protektivnih faktora.

Instrumentalna komunikacija je način kako članovi porodice informišu jedni druge o stvarima koje treba da se urade. Ti oblici se izražavaju u terminima jasnoća, direktnost, koherentnost kao i ko sa kim priča i ko pokreće razgovor.

Studije Smith (1999), i Patterson i Garwick (1998), pokazuju da su porodične komunikacije veoma važni u jačanju porodične rezilijentnosti. Komunikacije su i centralni proces za formiranje osećaja smislenosti u porodici. Kako porodica vidi problem, kako će se boriti sa njim, kako vidi sebe kao zajednicu i sebe u odnosu na svet. Komunikacija je važna i za osećaj odgovornosti u donošenju odluka i u njihovim posledicama. Kvalitet komunikacije u porodici dobar je indikator stepena do kojeg porodica može da redukuje tenziju i postigne zadovoljavajuću adaptaciju (McCubbin, 1996). Komunikacije su važne i za razvoj emocionalnih odnosa u porodici.

Walshova (1998) navodi tri komponente efektivne komunikacije, to su: jasne komunikacije, otvoreno izražavanje emocija i kolaborativne veštine za rešavanje problema.

Stinnett (1979) vidi komunikaciju kao osnovu snage porodice. Suština komunikacije jakih porodica je da njeni članovi govore o bitnim stvarima „šta-treba-da-radimo“ i „kako-treba-da-radimo“, a ne „šta smo trebali da radimo“ i „kako smo trebali da radimo“. Članovi jake porodice koriste mnogo vremena razgovarajući o malim stvarima. Porodična komunikacija je bitna ne samo za rešavanje problema nego i kao mogućnost da članovi porodice jednostavno uživaju jedni u drugima.

McMaster-ov model porodičnog funkcionisanja (prema: Epstein i Bishop, 1981) ističe 3 komponente efikasne komunikacije:

1. Efikasna komunikacija je ujedno "jasna" i "direktna", ona je eksplicitna i jasno usmerena na onoga kome se obraća;
2. Efikasna komunikacija je kongruentna što podrazumeva jedinstvo verbalne i neverbalne komponente poruke;
3. U efikasnoj komunikaciji primalac validira poruku i razume njen kontekst.

Svi autori naglašavaju važnost slušanja u komunikaciji.

Važna komponenta dobre komunikacije je kapacitet članova porodice da uzvрати komunikaciju odgovorom.

**3. Problem solving (aktivnosti za rešavanje problema)** su takođe porodične snage. Sposobnost za pokretanja aktivnosti za zadovoljenje potreba ili otklanjanje nevolja- ići u susret potrebama ili nevoljama je važna osobina jake porodice. Jake porodice identifikuju probleme pre slabih i u stanju su da na vreme i efikasno primene konkretne akcije. Mc Master model opisuje precizno faze rešavanja problema:

1. Identifikacija problema;
2. Komunikacija o problemu;
3. Razmatraje različitih rešenja problema;
4. Diskusija o alternativnim rešenjima;
5. Konkretna akcija;
6. Monitoring ili nadgledanje akcije;
7. Evaluacija ili procena rešenja.

Tallman (1988) definiše problem kao prekid u rutinskim aktivnostima, a njegovo rešavanje podrazumeva preuzimanje rizika. Rešenje problema je dobro onda kada osoba može da nastavi aktivnosti i posle otklanjanja prepreke nastale problemom.

Ovako definisanje pojma- „problem“ i implikacije ove definicije ogučavaju da problem solving razumemo kao nerutinske mentalne ili fizičke aktivnosti u kojima akteri teže da prevaziđu uslove koji sprečavaju pokušaje dostizanja cilja. Ove aktivnosti uključuju određen stepen rizika da problem neće biti rešen.

Conger et all., (1999) su upoređivali bračne parove koji žive u teškim ekonomskim uslovima (ekonomskom stresu) sa parovima koji nemaju ekonomski stres. U obe grupe su merili procene porodičnih konflikata definisanih kao kriticizam, navođenje negativnosti, napade ljutnje i porodičnog distresa kao što je negativna evaluacija bračne veze i razmišljanja o razvodu. Ustanovili su da parovi koji imaju jače veštine rešavanja problema, bez obzira da li su u ekonomskom stresu ili ne, efektivnije odgovaraju na porodične konflikte čime se smanjuje mogućnost porodičnog distresa, parovi evaluiraju pozitivno bračnu vezu i ne razmišljaju o razvodu.

#### **4. Duhovnost i vrednosti**

Duhovnost i vrednosti su takođe važne porodične snage. Stinnett i De Frain (1989) ističu da su česte životne teme jakih porodica duhovno dobro stanje, osećaj optimizma, nada i visoko etički sistem vrednosti. Nekad su jake porodice aktivne u religioznoj zajednici i to Stinnett naziva „visok stepen religiozne orijentacije“.

Beavers i Hampson (1990) smatraju da jake- optimistične porodice imaju iskustva transcendentnih vrednosti koje su neophodne za ugodno, optimistično i življenje sa nadom.

### ***5. Porodični identitet i porodični rituali***

Gunn (1980) navodi dva aspekta sa kojih se može razumeti *porodični identitet*. Prvi aspekt je sagledavanje porodice u njenoj istoriji i budućnosti, a čine ga teme i motivi u kojima se prepoznaje jedinstvenost porodičnog života određene porodice. Drugi aspekt se ogleda u široj zajednici u kojoj porodica živi. Njime su formulisane porodične priče na način prihvatljiv članovima porodice. To je doživljaj „moja porodica“.

Gunn (1980) identifikuje četiri aktivnosti koje čine porodični identitet:

1. Pričanje porodične priče- moderne, porodice zapadne kulture veoma naglašavaju ove aktivnosti. Postoji potreba prenošenja istorije porodice svim članovima porodice o tome odakle dolazi porodica.
2. Fotografisanje porodičnih događaja- kao slike u muzeju. Fotografije članova porodice i njihovih aktivnosti da se sačuvaju u istoriji porodice.
3. Čuvanje i neprekidanje tradicije i različitih običaja
4. Čuvanje sećanja na prošlost da bi se objasnila porodična vitalnost.

Ključ porodičnog identiteta je geneologija, slike, sećanja, rituali, anegdote o porodici. Sve ovo čini snagu koja spaja sadašnju generaciju sa prošlošću.

*Porodični rituali* su simbolične forme komunikacije koje donose porodično zadovoljstvo kroz repeticiju i izvode se na predvidljiv i sistematičan način kroz vremenske periode. Kroz specijalno značenje i repetitivnu prirodu rituali učvršćuju i čuvaju porodični osećaj koji se zove porodični identitet. Rituali stabilizuju porodični identitet osvetljavajući porodične uloge i granice, te svi članovi porodice imaju osećaj da je to „način na koji naša porodica jeste“.

Wolin i Bennett (1984) navode da rituali nisu samo ceremonijalni aspekti nego i proces pripreme za njih. U njih mogu biti uključene i reči, imaju otvorene i zatvorene uslove koji su zajedno i čine metafore, imaju dovoljno značenja za članove porodice i članovi porodice participiraju u njima u različitim stepenima.

Roberts (1988) identifikuje sledeće funkcije dnevnih, porodičnih, kulturnih i religioznih rituala:

1. Rituali olakšavaju promene jer održavaju red u tradiciji ili istoriji porodice
2. Rituali pomažu učenje porodičnog verovanja i pogleda na svet
3. Rituali pomažu objedinjavanju mnogih paradoksa života
4. Rituali pomažu izlaženju na kraj sa jakim emocijama
5. Rituali pomažu razgraničenju individualnih, porodičnih i uloga u zajednici i države zajedno prošlost, sadašnjost i budućnost
6. Rituali pomažu integraciju leve, verbalne analitičke hemisfere i desne neverbalne, intuitivne i simbolične hemisfere čime se olakšava proces obrade informacija.

Postoje tri kategorije rituala: 1. porodične proslave, 2. porodične tradicije i 3. rutine svakodnevnog života, svakodnevni rituali.

1. *Porodične proslave*, praznici koji se praktikuju u određenoj kulturi, to su godišnjice i rituali porodičnog životnog ciklusa.
  - Godišnjice su sekularni ili religiozni praznici kao što je Božić, Uskrs, Nova Godina, Prvi maj i druge. Proširena priroda ovih rituala sastoji se u tome da su socijalno definisani i svaka porodica ih prilagođava i slavi na svoj način.
  - Rituali porodičnog životnog ciklusa su venčanja, krštenja, sahrane itd. i oni označavaju faze u razvoju porodice.
2. *Porodične tradicije* su manje kulturno specifične i specifičnije za svaku porodicu. Nemaju godišnju periodičnost. One se odigravaju kroz interni porodični kalendar. To su rođendani, godišnjice, godišnji odmori, a to mogu biti i porodični sastanci ustanovljeni za rešavanje problema.
3. *Rutine svakodnevnog života*, svakodnevni rituali - oni su najmanje standardizovani i često su toliko trivijalni da ih porodica ne prepoznaje kao

rituale. To je vreme za obed, rutine dečjeg odlaska u krevet, vreme za vikend, dečja disciplina i svakodnevni pozdravi kao i odlasci iz kuće. Bez obzira na oblike oni pomažu članovima porodice da definišu uloge i odgovornost i organizuju svakodnevni život.

Sledeći oblici rituala su: članstva, lečenje, definicija identiteta, proslave i drugi.

*Članstvo* određuje ko je van, a ko pripada sistemu. Rituali članstva određuju se u svakodnevnom životu i specifičnim prilikama.

*Lečenje* – ovi rituali pomažu u kopingu sa nevoljama u životu: sahrane, pisanje dnevnika koje pomaže da se ljudi bore sa životnim padovima i psihoterapija koja pomaže ozdravljenju i rastu.

*Ritualni definicija i redefinicija identiteta*, kao što je svadba koja pomaže kod promene identiteta osobe ili promeni identiteta separatne u osobu kao deo para. Rođendani pomaže u promeni identiteta iz jedne u drugu godinu. Religiozni i kulturni rituali služe za regulaciju religioznog ili kulturnog identiteta.

*Proslave*-mnogi rituali sadrže elemente proslave. Ritualni proslava su pod uticajem etničkog u smislu specijalne hrane, posebne muzike, odeće i poklona. Proslavni aspekt nekog rituala je često najvidljiviji marker individualne, porodične i socijalne promene, mada je to suštinski kulminacija mnogo dužeg procesa.

## **6. Afektivni odgovor**

Le i Brage (1989) navode da je afektivni odgovor toplina kojom se članovi porodice odnose jedni prema drugima. Jake porodice dele osećanja pažljivo i otvoreno i odgovaraju na izraze osećanja sa empatijom i prihvatanjem. Afektivni odgovor je kapacitet članova porodice da izraze dva seta osećanja:

1. Osećanja pozitivnog stanja: ljubav, simpatiju, sreću, radost i druga.
2. Opasna osećanja: panika, strah, ljutnja, razočarenje.

Jake porodice izražavaju širok aspekt osećanja i u stanju su da izraze osećanja koja odgovaraju kontekstu.

## **7. Granice i hijerarhija**

Jake porodice imaju jasne granice između članova porodice kao i jasne generacijske granice. Boss (1980) naglašava da ambivalencija u načinu organizacije porodičnih granica uslovljava i disfunkciju porodice. Granice se tokom prolazak porodice kroz porodični životni ciklus moraju redefinisati. Tipične promene u životnom ciklusu, a koje zahtevaju drugačije granice, jesu: smrt, rođenje, polazak u školu, gubitak posla, odlazak adolescenta, gubitak partnera zbog razvoda ili smrti, gubitak roditelja, novi brak, jednočlana porodica.

### ***8. Fleksibilnost i adaptibilnost***

Minuchin (1974) objašnjava adaptabilnost na sledeći način- porodica mora stalno da se adaptira na promene koje su rezultat problema i stresora van porodice, tranzicionih i razvojnih promena u porodičnom ciklusu ili specifičnih, posebnih porodičnih promena. Barnhil (1979) objašnjava fleksibilnost kao važnu komponentu porodičnog zdravlja. Olsonov cirkumpleksni model (Olson, 1988) u horizontalnoj ravni ima adaptabilnost, a u vertikalnoj koheziju. Adaptabilnost ide od ekstremno visoke (haotične), srednje visoke (fleksibilnost), srednje niske (struktuiranost) do ekstremno niske (rigidnost). Fleksibilnost je kod Olsona sposobnost porodičnog sistema da menja svoju strukturu snaga, relacije uloga, relacije pravila kao odgovor na situacione i razvojne potrebe. Kohezivno povezane porodice su fleksibilnije i rezilijentnije nego kohezivno struktuirane. Razdvojene porodice koje su struktuirane rezilijentnije su nego separatno fleksibilne. Iz ovog se zaključuje da porodična fleksibilnost po sebi nije kritični faktor porodične vulnerabilnosti na stres i njene rezilijentnosti kao odgovora na nevolje, nego kombinacija fleksibilnosti i adaptibilnosti.

### ***9. Socijalna podrška***

Trivette et all. (1990) navode da jake porodice imaju balans korištenja internih i eksternih porodičnih resursa za koping i adaptaciju na životne događaje. Olson (1993) nalazi da porodica i prijatelji jesu važni oslonci porodice na svim nivoima porodičnog životnog ciklusa. Lundby (1995. prema: Cederblad et all. 1995) je u svojoj longitudinalnoj Švedskoj studiji našao da socijalna podrška štiti visoko rizičnu decu od razvoja alkoholizma i druge psihopatologije u kasnijem životnom dobu. Kob, (1987. prema: McCubbin, 1992.) opisuje tri nivoa socijalne podrške:



1. Emocionalna podrška – osećaj osobe da je pažena i voljena.
2. Podrška poštovanja – osećaj osobe da je poštovana i vredna.
3. Mrežna podrška – osećaj da osoba pripada mreži koja ima uzajamne obaveze i razumevanje.

### **10. Autonomija**

Jake porodice imaju dobar odnos između intimnosti i autonomije. Ovaj balans sličan je koheziji između upletenosti i raskida sistema. Kohezivni balans usmeren je ipak više na porodični sistem kao takav, dok je intimnost-autonomija balans koji se odnosi na individuu u sistemu. Zdrave porodice podstiču individualnu autonomiju. Svaki član porodice je individua u porodici u kojoj poverenje, empatija, otvorenost u emocijama i prihvatanje razlika podstiču intimnost- autonomiju. Barnhil (1979) opisuje individualizaciju kao nezavisnost od mišljenja i suđenja drugih u porodici, to je osećaj lične odgovornosti, identiteta i granica.

### **11. Koherentnost**

Koherentnost je termin koji je Anthonovsky primarno definisao na individualnom nivou. Kasnije istraživači pokušavaju da prevedu individualne konstrukte na porodični nivo. Trivette et al., (1990) u svom opisu jake porodice (koja ima sposobnost pozitivnog viđenja skoro svih aspekata života uključujući viđenje krize i problema kao mogućnosti za rast i razvoj) praktično opisuje porodičnu koherentnost. Termin koherentnost McCubbin (1998) eksplicitno prevodi u porodičnu koherentnost - kao porodični osećaj da je svet strukturisan, predvidiv, razumljiv, savladiv i smislen.

Kritiku istraživanja porodičnih snaga daju Ponceti i Long (1989). Oni navode da su:

1. Uglavnom istraživane porodice belaca koje su bile očuvane i nuklearne.
2. Nedostaje im teorijski okvir.
3. Nema generalizacija.
4. Porodične snage su veoma kulturalno i vremenski ograničene. Mnogo literature reflektuje sisteme vrednosti bele američke porodice iz 60-tih i 70-tih godina 20. veka.
5. Praksa istraživanja porodica koje sebe procenjuju kao jake utiče na rezultate istraživanja.

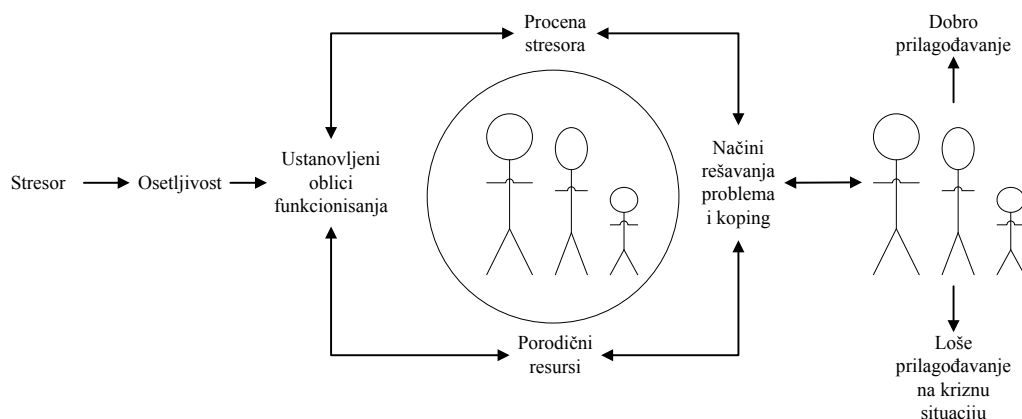
6. Samoocenjivanje na upitnicima može da daje socijalno poželjne odgovore. Porodice koje sebe ocenjuju kao jake i koje imaju i jaka religiozna uverenja hoće da se bolje predstave.
7. Kliničke/nezdrave i nekliničke/zdrave porodice imaju različitu percepciju porodičnih snaga.

Uvažavajući gore navedene kritike, ovo poglavlje zaključujemo konstatacijom da su poslednje dekade 20. veka prošle u istraživanjima porodičnih snaga. Ovim istraživanjima se mogu dati brojne primedbe, ali su ona bila dragocena i neophodna za identifikaciju porodičnih snaga, te se sa pitanja KOJE snage (rezilijence) poseduje porodica - sa fenomenološke ravni, prešlo na traženje odgovora KAKO funkcioniše rezilijentna porodica, traženje objašnjenja, funkcionalnu ravan, čime se došlo i do kompletnih model porodične rezilijentnosti 90-tih godina dvadesetog veka.

## **2.6. KONCEPT H. MCCUBBIN-A**

H. McCubbin, istraživač u američkoj mornarici, a kasnije Direktor škole za humanu ekologiju u Wiskonsinu, SAD, sažimajući svoje prethodne modele stresa (T dupli ABCX, dvostruki FAAR model i Tipološki model porodičnog usklađivanja i adaptacije) koncipira „Rezilijentni model porodičnog usklađivanja i adaptacije“ koji ćemo opisati (H.I. McCubbin, A.I Thompson, 1996).

Rezilijentni model predstavljen je sa dva velika interaktivna ciklusa - ciklusa usklađivanja i ciklusa adaptacije. Ciklus usklađivanja je odgovor porodičnog sistema na stres, a ciklus adaptacije je odgovor porodičnog sistema na krizu. Ovde dajemo komentar razlike stresa i krize (Poslon, 1980) primenjeno na porodični sistem. Stres je stanje tenzije koje nastaje zbog disbalansa između zahteva i sposobnosti porodice, a koje ne zahteva veće korigovanje obrazaca porodičnog funkcionisanja. Kriza je stanje disbalansa i dezorganizacije koje zahteva nove obrasce interakcija i funkcionisanja porodice.



*Slika 2. Proces usklađivanja u Modelu rezilijentnosti po McCubbin et al., 1996.*

**Ciklus usklađivanja** sastoji se od niza interaktivnih komponenti koje oblikuju krajnji rezultat. On može da dovede do dobre usklađenosti ili do loše usklađenosti (krize). Odgovorom na krizu započinje novi ciklus rezilijentnosti- adaptacija.

Objasničeno prvo ciklus usklađivanja koji počinje od stresora (A) koji je interaktivan sa vulnerabilnošću, osetljivošću (V), a koja je oblikovana nizom porodičnih stresova (pile-up). Vulnerabilnost je interaktivna sa tipom porodice (T), a svi oni su interaktivni sa resursima rezistentnosti (B) koji su interaktivni sa porodičnom procenom stresa (C) i sa porodičnim koping strategijama (PSC). Objasničeno redom sve komponente.

**A-stresor** je promena koja ima potencijal ili produkuje promene u porodičnom sistemu. Postoje normativni i nenormativni stresori. Normativni su očekivani životni događaji koji pripadaju životnom ciklusu, mogu se predvideti i nisu hronični.

Stresor (A) ima sledeće karakteristike koje određuju njegovu stresogenost:

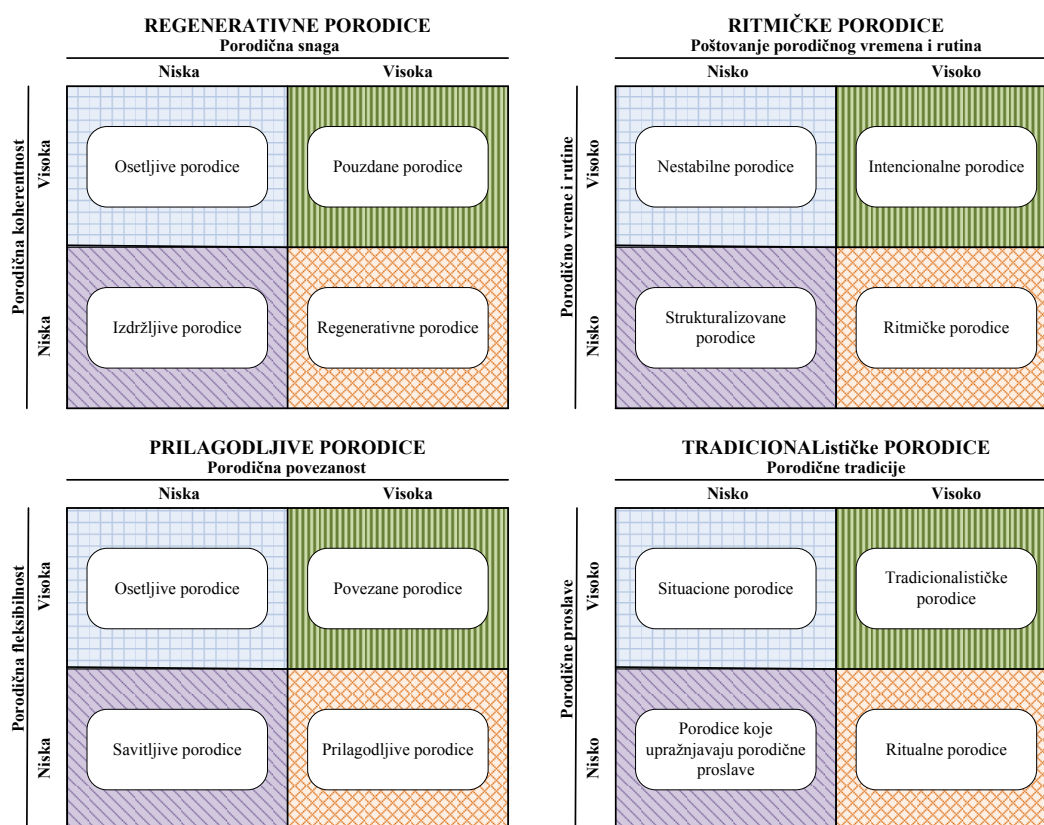
- može da pogodi sve ili samo jednog člana porodice
- može da dođe naglo ili postepeno
- može biti jačeg ili slabijeg intenziteta
- može biti kratkoročan ili dugoročan
- dolazi zbog prirodnih ili od ljudi kreiranih razloga

**Porodična vulnerabilnost, osetljivost (V)**

To je akumulacija normativnih i nenormativnih stresora. Vulnerabilnost određuje osetljivost porodice na stres. Ona se menja kroz porodični životni ciklus i određuje koliko će određeni stresor uticati na porodični život.

### Tipologija ustaljenih oblika funkcionisanja (T)

McCubbin (1996) definiše porodičnu tipologiju (T) kao set osobina porodičnog sistema koji objašnjava kako se porodica tipično ponaša, oni su predvidivi i porodica ih automatski primenjuje. Ovi oblici reagovanja mogu da se grupišu u tipove i tako predvidi kako će porodica reagovati na stres. Ovaj autor navodi četiri osnovna tipa porodica smo predstavili na slici 3.



Slika 3. Četiri tipa porodice po McCubbin et al., 1996.

Na osnovu kriterijuma porodične jačine i porodične koherentnosti definiše se grupa **Regenerativnih porodica** (Slika 3.) koje imaju visok stepen porodične jačine i visok stepen porodične koherentnosti. Regenerativne porodice umeju da se bore sa porodičnim problemima očekujući ih i radeći zajedno na njihovom rešavanju. One imaju osećaj da mogu da utiču i na dobre i loše stvari koje im se događaju i ne osećaju se kao žrtve okolnosti. Ove porodice su aktivne u korišćenju novih rešenja i ohrabruju

jedni druge da budu aktivni u rešavanju problema. Na drugom ekstremu u okviru ove grupe su porodice koje imaju nisku koherentnost i nisku čvrstinu i nazivaju se *Vulnerabilne*. Visoku koherentnost i nisku čvrstinu imaju *Postojane* porodice, a nisku koherentnost i visoku čvrstinu imaju *Pouzdana* porodice.

Sledeći tip porodica sa kriterijumom razlike na porodičnim rutinama i poštovanju porodičnih rutina jesu ***Ritmičke porodice*** (Slika 3.). Visok stepen po oba kriterijuma imaju upravo navedene porodice. Nizak nivo porodičnih rutina i njihovog poštovanja imaju *Nestabilne* porodice kao podgrupa ritmičkih. Nizak stepen porodičnih rutina i visok nivo njihovog primenjivanja imaju *Intencionalne* porodice. Visok nivo porodičnih rutina ali i nespremnost za njihovo upražnjavanje imaju *Strukturalizovane* porodice.

***Prilagodljive porodice*** (Slika 3.) su treći osnovni tip porodice koje su definisane na osnovu porodične fleksibilnosti i porodične povezanosti. One imaju dobru sposobnost da menjaju svoje granice, uloge i pravila i tako se uspešno prilagode unutrašnjim ili spoljašnjim pritiscima. One imaju veliku snagu za promenu. Ove porodice vide sebe tako da mogu da kažu šta žele, da mogu da utiču na nevolje, da prave kompromise, da se zajedno osećaju jači, da razumeju jedni druge i da su bliski. Nisku fleksibilnost i povezanost imaju *Fragilne* porodice, visoku povezanost i nisku fleksibilnost imaju *Povezane* porodice, a *Savitljive* porodice imaju nisku povezanost i visoku fleksibilnost.

Grupa porodica koja se razlikuje po kriterijumima upražnjavanja porodičnih svečanosti i tradicije su ***Tradicionalističke porodice*** (Slika 3). One visoko vrednuju i upražnjavaju porodičnu tradiciju, ponašanja, verovanja i vrednosti koje se u porodici prenose sa generacije na generaciju, dok su sa niskim upražnjavanjem porodičnih svečanosti. Ovaj tip se razlikuje od prethodna tri opšta tipa gde visoka mera na oba kriterijumska ponašanja određuje rezilijentnost. Istraživanjima je utvrđeno da samo porodice koje su jake po porodičnim tradicijama, rezilijentnije nego one koje su jake po oba kriterijumima.

Regenerativne porodice su po istraživanjima one koje imaju najjaču porodičnu i bračnu satisfakciju i odlikuju se generalnim stavom dobrog osećaja članova porodice.

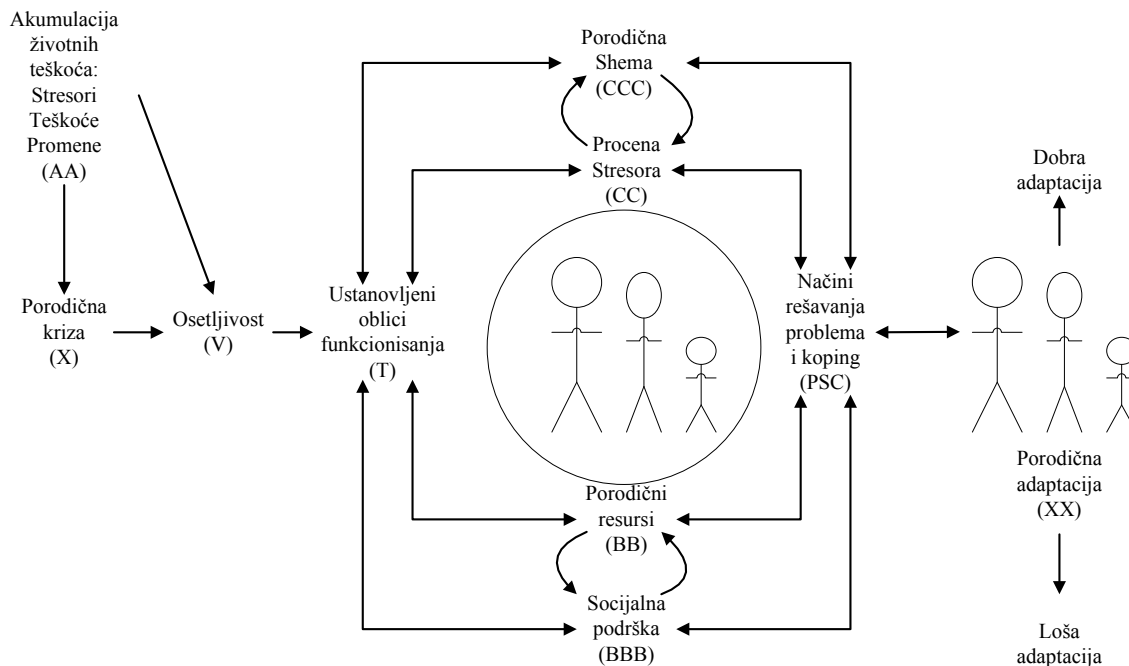
**Porodični resursi (B)** su sposobnosti i snage porodice koje joj omogućavaju da reši zahteve koje stres stavlja pred nju. To su: socijalna podrška, ekonomska stabilnost,

koherentnost, fleksibilnost, čvrstina, duhovnost, tradicija, otvorene komunikacije. One su zavisne od životnog ciklusa porodice i kulture u kojoj porodica živi.

**Porodična procena stresa (C)** je porodično definisanje ozbilnosti stresa i on može biti procenjen kao ugrožavajući do mere da uništi porodicu do procene da je stres izazov sa kojim porodica može da se izbori.

**Porodično rešavanje problema i koping (PSC).** Ovi procesi pokazuju kao se porodica u procesu usklađivanja bori sa stresom i njegovim posledicama. Rešavanje problema se odnosi na sposobnost porodice da stres organizuje u elemente sa kojima se može snaći i da pronade postupke za izlaženje na kraj sa svim elementim stresa. Koping su aktivne i pasivne porodične strategije, obrasci i ponašanja osmišljena za održavanje i jačanje porodice kao celine, održavanje emocionalne stabilnosti i zdravlja članova porodice i pokretanje akcija za rešavanje teškoća izazvanih stresom.

Proces usklađivanja se pokreće kao reakcija porodice na stres i njegov ishod može biti dobra ili loša adaptacija. Kad je adaptacija loša, ili ako svi pokrenuti procesi nisu doveli porodicu do prevladavanja stresa - nastaje kriza. Kriza je kontinuirano stanje disbalansa ili nesposobnosti u sistemu, a koja zahteva bazičnu promenu porodičnih oblika funkcionisanja kako bi se porodica vratila u stabilnost, red, ravnotežu i osećaj harmonije (McCubbin, 1996). Ovaj pomak koji treba da inicira promenu u oblicima porodičnog funkcionisanja označava pokretanje procesa adaptacije (slika 4) u Modelu rezilijentnosti.



Slika 4. Proces adaptacije u Modelu rezilijentnosti po McCubbin, 1996.

### Proces adaptacije

Kada odgovor na stres dovodi porodicu do disbalansa, do stanja u kome obrasci porodičnog funkcionisanja ne mogu da odgovore na zahteve poremećaja, nastaje kriza. Porodica u krizi koja je takođe proces, ima još mnoštvo pratećih životnih teškoća (AA) od kojih treba da dostigne do nivoa (dobre) adaptacije (XX). Dobru adaptaciju (engl. bonadaptation) odlikuje balans i harmonija u porodičnim relacijama, porodičnoj strukturi i funkcijama, dobro zdravlje, duhovnost i balans u porodičnim i odnosima sa zajednicom i prirodnim okruženjem (McCubbin, 1996). Da bi porodica došla do dobre adaptacije ona prolazi kroz sledeće interaktivne procese:

TT - kreiranje novih obrazaca porodičnog funkcionisanja

T - modifikaciju postojećih obrazaca.

BB - koristi interne resurse i kapacitete.

BBB - koristi network i socijalnu podršku.

Porodica koristi porodičnu procenu počevši od:

CCCCC - porodične sheme.

CCCC - porodične koherentnosti.

CCC - porodičnih paradigmi, a ova tri nivoa procene utiču na oblikovanje porodične procene situacije ( CC) i definiciju stresora (C). Na kraju ustanovljeni obrasci porodičnog funkcionisanja, porodični resursi i porodična procena situacije utiču na porodični način rešavanja problema i koping (PSC).

Objasnićemo redom prolazak od procesa AA-TT-T-BB-BBB-CCCC-CCCC-CCC-CC-C-PSC-XX.

**AA Kriza i kumulacija životnih nevolja** i zahteva naziva se pile-up jer se porodične krize razvijaju u dužem vremenskom periodu u kojem postoje ili nastaju i druga opterećanja za porodicu. Akumulacija i porodična vulenrabilnost potiču već i od same prirode stresa i krize, od nerazrešenih ranijih kriza kao i situacionih zahteva šire zajednice.

**TT-T Tipični obrasci porodičnog funkcionisanja** utiču na sledeće načine na porodičnu adaptabilnost:

- ukoliko su neadekvatni i/ili oštećeni porodica ulazi u fazu loše adaptacije jer je porodična tipologija neadekvatna da otkloni nevolje izazvane krizom.
- sa adekvatnim očuvanim obrascima porodičnog funkcionisanja porodica počinje proces adaptacije
- porodica može i reaktivirati obrasce koji su nekad postojali, koji su bili adekvatni, a izgubljeni su tokom vremena.
- porodica mora uvesti i nove obrasce porodičnog funkconisanja kao neophodni uslov za promene koje kriza izaziva u porodičnom sistemu To su značajne promene (II stepena), a koje su uslov za adaptaciju. Drugim rečima, porodica menja, revitalizuje stare i uvodi nove obrasce funkcionisanja tako što se menjaju porodična pravila i granice, menjaju rutine, porodični obrasci, komunikacije i transakcije kao i interakcija porodice i šire zajednice.

### **BB Porodični resursi**

Resurs, u teoriji rezilijentnosti, je karakteristika, crta ili kompetencija u individui, porodici ili zajednici, a koja podstiče porodičnu adaptibilnost (McCubbin, 1996). Deo



porodičnih resursa čine i lični resursi koje porodica koristi u procesu adaptacije. To su sledeći resursi:

1. Intelektualni nivo članova porodice koja poboljšava svest i razumevanje zahteva koji stvara krizna situacija
2. Znanja i veštine stečene obrazovanjem kojima članovi porodice mogu efikasnije da obavljaju svoje zadatke.
3. Lične osobine kao što su smisao za humor, temperament, čvrstina, a koje olakšavaju koping strategije.
4. Fizičko, psihičko i emocionalno zdravlje članova porodice koje omogućuju da znanja i veštine budu na raspolaganju za ispunjavanje porodičnih zahteva.
5. Osećaj sposobnosti članova porodice da vladaju kriznom situacijom.
6. Samopoštovanje članova porodice.
7. Osećaj koherentnosti članova porodice.
8. Etnički identitet i kulturno nasleđe članova porodice.

U resurse porodičnog sistema spadaju i porodična kohezija i adaptibilnost, te porodična organizacija, koja uključuje jasne uloge i pravila, jasne porodične i generacijske granice i jasnu hijerarhiju.

### **BBB- socijalna podrška**

Obuhvata sve osobe i institucije koje porodica može da koristi u kriznoj situaciji: članove šire porodice, prijatelje, komšije, zvanične insitucije (crkva, škola, radno mesto, država). McCubbin (1989) konceptualizuje socijalnu podršku kao razmenu informacija koja pruža:

1. Emocionalnu podršku - individualni osećaj da o članovima porodice neko brine i da ih voli.
2. Podršku poštovanja - da su članovi porodice poštovani i cenjeni.
3. Mrežnu podršku - da članovi porodice pripadaju mreži koja podrazumena međusobno razumevanje.
4. Procenu podrške - povratne informacije o tome koliko se članovi porodice dobro nose sa problemima.
5. Altruističku podršku - informacija koja se dobija u smislu dobrog osećaja da su porodici drugi nešto dali. McCubbin naglašava razliku socijalne (razmena

informacija unutar poverljivih relacija) i network podršku (grupa ljudi sa kojom jedinka ima kontakt i od koje potencijalno može dobiti podršku), te podršku institucija.

### **CCCCC do C Proces porodične procene**

U zavisnosti od jačine stresora ili krize aktiviraju se nivoi procene počevši od C (procena stresora) do nivoa CCCCC (proces porodične procene). Niži stepen stresa aktivira samo prva dva ili tri nivoa (CC, CCC) dok jaki, prolongirani stresori mogu ili aktiviraju svih pet nivoa procene. U porodičnoj proceni važan je utica kulture ili etničke pripadnosti koje McCubbin koristi kao sinonime.

### **CCCCC Porodična shema**

Porodična shema je generalizovana struktura vrednosti, verovanja, ciljeva i očekivanja koje porodica usvaja i u odnosu na koju procenjuje informacije i novo iskustvo. To je vrsta pogleda na svet koji uključuje kulturalna i etnička verovanja i vrednosti. To je klaster verovanja koja svakodnevni život porodice smešta u širi kontekst. Ona se u porodici razvija postepeno i čine je kombinacija shema oba bračna partnera koje donose iz primarnih porodica. Primer za ove sheme kojima se objašnjava kontekst nekog događaja ili stanja je „Tako je Bog hteo...“. Shema pomaže artikulaciju porodičnog značenja i prilagođavanja na stres. Shema je otporna na promene i važna dimenzija sposobnosti porodice da stres ili krizu smesti u šire kontekste. Porodičnu shemu čine kulturalna i etnička verovanja koja se prenose sa generacije na generaciju i utiču na odgovor i način rešavanja životnih kriza porodice. McCubbin (1996, str. 156) naglašava: „U rešavanju problema i davanju značenja porodičnom životu, kultura iz koje porodica potiče, bazično utiče na tri nivoa porodične procene uključene u proces adaptacije: porodičnu shemu, porodičnu koherentnost i porodične paradigme. One pomažu porodici da da značenje stresnim životnim događajima i kreiranju porodičnog odgovora, strategijama usmerenim na adaptaciju“.

### **CCCC Porodična koherentnost**

McCubbin (1996) definiše porodičnu koherentnost kao konstrukt koji objašnjava transformaciju porodičnih resursa iz potencijalnih u aktuelne i olakšava promenu u porodičnom sistemu kao i strategije za rešavanje problema, promovise zdravlje članova i cele porodice. On se izražava kroz osećaj da je svet razumljiv, predvidljiv, da se njime

može upravljati i da je pun značenja (životni zahtevi su izazivi u koje vredi ulagati). Porodična koherentnost ima ulogu katalizatora jer podstiče ostale porodične resurse kao što je porodična jačina ili porodične veštine za rešavanje problema. Razlika između porodične sheme i koherentnosti je u tome što koherentnost predstavlja pojam i proces niži od sheme, koherentnost se aktivira u konkretnoj situaciji, izražava odnos prema stresu generalno, dok porodičnu shemu čine verovanja o životu uopšte.

### **CCC Porodične paradigme**

McCubbin (1998) objašnjava porodične paradigme kao zajednička verovanja, izgrađena i prihvaćena u porodici, a koja vode razvoju specifičnih oblika funkcionisanja za specifične dimenzije porodičnog života (porodica i posao, vaspitanje dece, duhovnost, religiozna orijentacija). Paradigme su vezane za svakodnevni život i porodično funkcionisanje tokom delovanja stresora. McCubbin opisuje efekte porodične paradigme dajući primer svog istraživanja Navaho grupe Indijanaca u SAD i njihovog odnosa prema autističnom detetu. Iako su te porodice sebe definisale kao moderne, uticaj kulturalnih verovanja o onesposobljenosti člana porodice je imao jak uticaj na porodične paradigme i porodičnu adaptaciju i uticao na dugotrajnu negu te dece isključivo u porodici. Porodična shema kojom su oni sebe definisali kao moderu porodicu, pretrpela je uticaj kulturalnih vrednosti kojom je uticano na porodičnu paradigmu koja je uticala na porodičnu adaptaciju na stres – imati autistično dete i negovati ga u u porodici.

### **CC Proces procene situacije**

To je proces odnosa mogućnosti i zahteva za promenom nekih obrazaca porodičnog sistema. Dok je porodična paradigma usmerena na porodično funkcionisanje generalno, situaciona procena je usmerna na specifičnosti konkretnog stresora, a koji izaziva porodične resurse da se nose sa njim.

### **C Procena stresora**

U fazi adaptacije, za razliku od faze prevladavanja, stresor nije onaj inicijalni poremećaj sa minimalnim uticajem na porodični sistem koji treba otkloniti. Stresor,

odnosno kriza podrazumeva da proces adaptacije na nju, promeni porodični sistem, zahteva promenu drugog reda. Ovo neminovno uključuje više nivoa procene (paradigme, koherentnost, shemu).

### **PSC Porodično rešavanje problema i koping (aktivnosti usmerene rešavanju problema)**

Koping je specifično nastojanje porodice kojim se pokušavaju kontrolisati i smanjiti zahtevi stavljeni pred porodični sistem i kojim se aktiviraju resursi za rešavanje krizne situacije. Načine na koje koping doprinosi lakšoj adaptaciji opisuje McCubbin (1998):

Koping može da sadrži direktnu akciju za eliminisanje broja i intenziteta zahteva koji su se pojavili zbog krizne situacije u porodici.

Koping može da obuhvati direktne akcije za uključivanje dodatnih resursa koji u porodici ne postoje u trenutku pojavljivanja krize.

Koping može da bude i vladanje tenzijama koje izaziva krizna situacija u porodici.

Koping može da uključi procenu situacije na nivou porodice kojim se definiše značenje krizne situacije kako bi se učinila prihvatljivijom i podnošljivijom.

### **XX Proces porodične adaptacije**

Dobra adaptacija je proces systemske promene porodice kao reakcije na porodičnu krizu kao i prihvatanje te promene od strane svih članova porodice. Ukoliko porodični sistem ne prihvati promene nastaje maladaptacija, porodica se vraća na kriznu situaciju i ciklus kreće iz početka.

McCubbin (1997) naglašava da kroz istraživanja porodica u riziku i krizi treba dalje otkrivati faktore koji određuju porodičnu elastičnost i sposobnost oporavka. Jedan deo istraživanja je izučavajući porodicu ili decu u riziku-opisivao *zaštitne faktore*. Drugi tip istraživanja (bolesne dece i njihove porodice ili porodice u tranziciji, porodica sa članom zavisnikom od supstance ) su otkrivale koji faktori omogućavaju da se porodica oporavi i funkcioniše u krizi i posle nje, *oporavljajući faktori*. Dakle, treba praviti razliku između zaštitnih i oporavljajućih faktora. McCubbin (1997) je istražujući porodični sistem i njegovu rezilijentnost u normativnim i nenormativnim uslovima definisao tri grupe faktora:

1. zaštitne porodične faktore – FPF (engl. Family Protectiv Factor).
2. oporavljajuće porodične faktore – FRF (engl. Family Recoveru Factor).
3. generalne faktore porodične rezilijentnosti – GRF (engl. General Family Factor)

*Porodični zaštitni faktori* omogućavaju porodici da ostane funkcionalna uprkos faktorima rizika. Porodični zaštitni faktori su protektivni u toku porodičnog ciklusa, čine ih: Porodične rutine, tradicija, rituali, porodične komunikacije, finansije i porodična čvrstina.

*Porodični oporavljajući faktori* omogućavaju povratak porodice iz dezorganizovane u funkcionalnu (na primer, alkoholičarska porodica u terapiji). Porodični oporavljajući faktori su: porodična integracija-optimistički pogled i nastojanja članova porodice da se ona održi, porodična podrška i gradnja samopouzdanja, porodična orijentacija ka kontroli i organizaciji, porodični optimizam i potreba za učenjem, porodična verovanja -porodica smešta krizu u širi kontekst, porodična shema - interni osećaj vrednosti, verovanja i očekivanja i pravila koje oblikuju domene porodične funkcionalnosti: radno porodični odnos, disciplinuje decu i bračnu relaciju i međugeneracijsku odgovornost. Ovaj set vrednosti, verovanja i pravila ima vitalnu ulogu u oporavku porodice posle delovanja stresora.

## **2.6. KONCEPT F. WALSH**

Da bi objasnila procese u različitim subsistemima porodice i širim sistemima koji komuniciraju sa porodicom u prevladavanju porodičnih problema, Walsh-ova definiše svoj model porodične rezilijentnosti (Walsh, 1993). Porodična rezilijentnost nije samo sposobnost porodice da savlada nevolje, nego i potencijal za ličnu i relacionu transformaciju i rast porodice. U novijim radovima, Walsh-ova (2002, 2003) u koncept porodične rezilijentnosti uvodi ekološku i razvojnu perspektivu. Ekološka perspektiva objašnjava porodičnu povezanost i adaptaciju sa različitim institucijama socijalnog okruženja. Razvojna perspektiva uključuje razumevanje funkcionisanja porodice u kontekstu određene faze životnog ciklusa sa sledstvenim teškoćama koje kreiraju kontekst konkretnog stresora.

Okvir shvatanja porodične rezilijentnosti, po F. Walsh (2003), ima za cilj identifikaciju ključnih porodičnih procesa koji smanjuju stres i vulnerabilnosti i promovišu rast i jačaju porodicu da prevlada nepovoljne životne okolnosti.

Procese porodične rezilijentnosti Walsh-ova smešta u tri glavne oblasti porodičnog funkcionisanja: porodični sistem verovanja, porodični organizacioni obrasci i porodične komunikacije.

**Porodični sistem verovanja** je način kako porodica procenjuje krizu, verovanja pomažu članovima porodice da shvate značenje situacije. Od toga koje značenje porodica daje krizi zavisi da li će je porodica savladati ili ne. Porodična verovanja podstiču pozitivno viđenje situacije i podstiču traženje duhovne podrške (Walsh, 2003). Kad se porodica bori sa krizom, najviše joj pomaže osećaj koherentnosti, on omogućava porodici da definiše situaciju kao savladivu, smislenu i razumljivu, te tako porodica postaje sposobna da normalizuje i kontekstualizuje krizu (Walsh, 2003). U sisteme verovanja, po Walsh-ovoj spadaju davanje značenja teškoćama, pogled na svet i transcendentnost i duhovnost.

**Porodična organizacija- organizacioni procesi** su sledeća grupa procesa koji čine porodičnu rezilijentnost i u njih spadaju fleksibilnost, povezanost i socijalni i ekonomski resursi (Walsh, 2003). U vreme stresa porodica aktivira svoje resurse, smanjuje stres i reorganizuje se u susret promenama. Fleksibilne porodice su sposobne da se menjaju kad je potrebno ali i da održe stabilnost kroz postojeće oblike funkcionisanja (Walsh, 1998). Socijalna podrška je od vitalne važnosti u vreme nevolja jer daje praktičnu i emocionalnu podršku. Vitalna je i povezanost članova porodice jer ona pojačava podršku i kooperaciju, poštuje razlike, granice i autonomiju svakog člana porodice.

**Komunikacioni procesi** čine treću grupu procesa rezilijentnosti i u njih spadaju jasnoća komuniciranja, emocionalna razmena i kolaboraciono rešavanje problema (Walsh, 2002). U vreme krize od ključne je važnosti pojasniti situaciju koliko je moguće kako bi se omogućilo i olakšalo donošenje odluka i podsticanje razumevanja među članovima porodice. Komunikacija omogućava jasnoću u porodičnoj situaciji čime se podstiče proces formiranja smislenosti iskustva (Walsh, 2003). Kad je komunikacija loša, rezultat je konfuzija i nesporazum (Walsh, 2003). Emocionalna

razmena je važna podoblast komunikacionih procesa. U krizi se razvija širok spektar emocija što često izaziva konflikte. Potiskivanje emocija opstruira komunikaciju. Komunikacija omogućava rešavanje problema na način da se otvoreno izrazi i neslaganje kao i definišu akcije za rešavanje problema. Walsh (2003) ističe da rezilijentnost ne znači da kriza nije ostavila posledice. Porodična struktura i dinamika se menjaju, ali rezilijentni proces omogućava efektivni rad sa nevoljama, učenje kroz nevolje i integraciju novih iskustava u porodičnom životu. Rezilijentnost nije „povratak iz nevolje“ (engl. bounce back), Walshova (2002: 135) ističe da je bolja metafora „bouce forward“ povratak unapred. Porodica se menja u susret promenama, raste, restrukturišući balans i harmoniju u sistemu.

Ključni procesi porodične rezilijentnosti

### ***Sistemi verovanja***

#### 1. Davanje značenja teškoćama

- Afilijativne vrednosti: rezilijentnost relaciono zasnovana.
- Orijentacija na porodični ciklus porodice.
- Osećaj koherentnosti: kriza kao promena koja ima svoje značenje, svrhu i koja je savladiva

#### 2. Pozitivno stanovište

- Nada, optimističko gledište.
- Hrabrost i ohrabrenje: fokus na snagama i potencijalima.
- Aktivnost, inicijativa.
- Prihvatanje onoga što se ne može menjati.

#### 3. Transcedentalnost i duhovnost

- Šire vrednosti, svrha.
- Duhovnost: vera, rituali.
- Kreativnost.
- Transformacija: učenje i rast kroz nevolje.

### ***Organizacioni obrasci***

#### 4.Fleksibilnost

- kapacitet za promene.

#### 5.Povezanost

- Saradnja.
- Podrška, uključivanje.
- Uvažavanje individualnih potreba i razlika.
- Jako vođstvo:briga, zaštita.
- Ravnopravna bračna relacija.

#### 6.socijalno-ekonomski resursi

- Gradnja socijalne mreže, finansijske sigurnosti.

#### ***Komunikacioni procesi***

#### 7.Jasnoća

- Jasne, konzistentne poruke.
- Razjašnjenje nejasnih informacija.

#### 8.Otvoreno emocionalno izražavanje

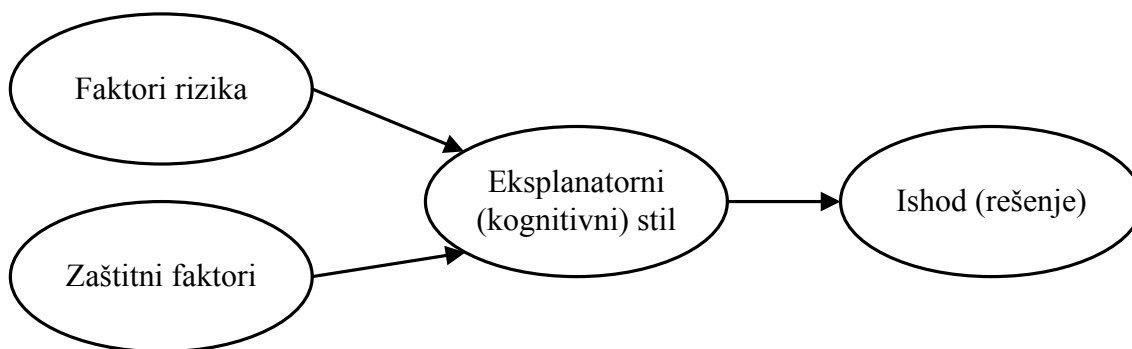
- Pokazivanje čitavog spektra emocija od ljutnje do ljubavi.
- Empatija, tolerancija za razlike.
- Odgovornost za vlastite emocije i ponašanje.
- Humor.

#### 9.Kolaborativno rešavanje problema

- Snalažljivost.
- Fokus na ciljevima, učenje kroz nevolje.
- Proaktivni stav, priprema za buduće promene.

## **2.7. KONCEPT H. KELLER**





*Slika 5. Shema procesa rezilijentnosti po H. Keller, 2003.*

Keller (2003) koristeći koncepte i Walsh-ove i McCubbin-a daje predlog za novi model. Grupe procesa koje i oni koriste u svojim modelima rezilijentnosti, nešto proširuje. Ona, naime, ističe da je generalno prihvaćeno da konstrukt rezilijentnosti čine rizični i protektivni faktori, procena tih faktora od strane individue ili porodice, te zadovoljavajući ishod. Proširenje koje Keller daje u odnosu na navedene koncepte, odnosi se na stavljanje akcenta na zadovoljavajući ishod (engl. successful outcome). Najčešći problem i kritika koncepta rezilijentnosti bila u prepoznavanju i definisanju „zadovoljavajućeg ishoda“. Najčešće je definisan u terminima unutrašnjeg zadovoljstva ili osećaj efektivnog funkcionisanja u socijalnom okruženju, te se u istraživanjima, podrazumevao. Keller (2003) predlaže operacionalizaciju „zadovoljavajućeg ishoda“ kroz koncept „kvalitet života“. Zbog karakteristika našeg istraživanja, alkoholičarske porodice u toku i posle terapije, bilo je važno registrovati učinak terapije i kroz unutrašnje zadovoljstvo i efektivno funkcionisanje, ovo smo obuhvatili terminom „kvalitet života“ kojim smo proširili koncept porodične rezilijentnosti.

## **2.8. MOTIVACIJA ZA UZIMANJE MODELA REZILIJENTNOSTI H. MCCUBBIN-A PROŠIRENOG KONCEPTOM H. KELLER**

Ovaj model omogućava operacionalizaciju procesa rezilijentnosti u terminima rizičnih, protektivnih i faktora adaptacije. Kroz taj proces mogu se meriti nezavisne varijable (komponente rezilijentnosti) u asocijaciji sa zavisnim varijablama (adaptacijom ili kvalitetom života). Model omogućava fokusiranje na snage pre nego na deficite i sagledava porodicu kao proces (Walsh, 2002). Model je baziran na salutogenoj paradigmi, te se tako mogu i definisati intervencije koje mogu da čine važne komponente u porodičnoj terapiji alkoholizma. U ovom modelu je jedinica analize ili

terapijskih intervencija- porodica kao sistem kao što se to postavlja i u sistemskoj terapiji. Kriza utiče na celu porodicu, promene jednog člana utiču na promene ostalih članova u celom sistemu.

Rezilijentni model, u ovom slučaju McCubbin-a, opisuje porodični odgovor na krizu i životne promene u dve faze, fazu prevladavanja i fazu adaptacije. U prvoj fazi kad alkohol ulazi u porodični sistem, porodični odgovor je prevladavanje, male promene ponašanja članova porodice. Kako alkohol i dalje biva u sistemu, porodica prelazi u drugu fazu, u ovom slučaju, patološke adaptacija koja podrazumeva promene čitavog porodičnog sistema. Menja uobičajene načine funkcionisanja, načini rešavanja problema (kopinzi) su neuspešni, komunikacija se prekida, verovanja se baziraju na premisi da je ovakavo porodično funkcionisanje jedino moguće. Kada neki pritisak uslovi ulazak porodice u terapiju, unosi se kriza u sistem, ponovo se aktivira drugi krug, krug adaptacije, i svi njeni procesi: uobičajeni načini komunikacije, porodične procene, kopinzi i porodični resursi. Svi ovi procesi moraju tokom terapije da dovedu do promene čitavog porodičnog sistema, da bi porodica funkcionisala adekvatno bez alkohola, i imala procenu dobrog kvalitet života.

Kvalitet života je koncept koji se često u istraživanjima podrazumevao. Poslednje decenije prošlog veka počinje više da se istražuje. Sociološko-filozofsko shvatanje kvaliteta života daje Zlatanović (1999). Kvalitet života je multidimenzionalni koncept. Ali nije dovoljno uzimati u obzir samo fizičku, psihičku i socijalnu stranu. Viđenje i procena svake osobe kao i procena značajnosti pojedinih domena daje validniju sliku kvaliteta života osobe. Pitanja, ajteme za Skalu procene kvaliteta života, moraju da konstruišu, ne samo eksperti, nego je neophodan i kontakt sa pacijentom. Zato on mora da uključi i self koncept. Kvalitet života je idiosinkratičko iskustvo sebe u kontekstu relacija sa sopstvenim telom, drugima i svetom uopšte. Self koncept uključuje ne samo fizičke, ponašajne i interne osobine, nego i rodni identitet, rasno-etički, socio ekonomski, uzrasni identitet i osećaj kontinuiteta kroz vreme U istraživanjima moramo znati da svaka osoba ima svoj sopstveni svet sastavljen od neponovljive personalne realnosti, doživljaja i stavova.

*Kvalitet života* je najčešće je definisan u sledećim terminima: fizičkog funkcionisanja ili stepena fizičkog bola, socijalne uloge i interpersonalnih relacija,

aktivnosti svakodnevnog života, dobrim psihološkim osećajem, subjektivnom percepcijom zdravlja i zadovoljstva životom (Koran et al., 1996). Sa ovakvim načinom definisanja kvaliteta života se saglašavamo i koristimo ga u radu.

### **3. O ALKOHOLIČARSKOJ PORODICI**

#### **3.1. PORODICA ALKOHOLIČARA (ALKOHOLIČARSKA PORODICA, PORODICA SA ALKOHOLIČARSKIM RELACIJAMA, ALKOHOLIČARSKI PORODIČNI SISTEM)**

##### **3.1.1. *Istorijski kontekst izučavanja porodica alkoholičara***

Porodica u kojoj je jedan član alkoholičar se istorijski, dugo posmatrala kao uzrok ili žrtva njegovog pijenja. U svetu se 50-tih godina 20. veka javlja pokret porodične terapije, ali je porodica alkoholičara dugo bila zapostavljena i teorijski i klinički. Porodica alkoholičara je ostala vakuum, ničija zemlja, nepokrivena oblast između lečenja alkoholizma i terapije porodice (Gačić, 1978). Prilagođavanje teorija porodice problemu alkoholizma, njihovo primenjivanje na alkoholičara i njegovu porodicu, počinje tek početkom 70-tih godina prošlog veka sa radovima Baileya, Kogana i Jacksona. Oni proučavaju porodicu kao grupu uvodeći termin „alkoholičarski brak“. Jackson (1954) je prva opisala interakcijski, relacijski pristup alkoholičarskoj porodici. Jacksonova je opisala sedam faza kroz koje prolazi porodica tokom prilagođavanja na alkoholizam svog člana i tokom kojih dolazi do promena porodičnih interakcija. Bailey (1961) je u svojoj studiji dao najkompletniju sliku alkoholičarske porodice naglašavajući odnos između partnera kao ključni u održavanju i terapiji i zalagao se za terapiju oba partnera. Međutim trebalo je da prođe još 10- tak godina da sa radovima Davisa (1974) interes pređe na porodicu i njegovo shvatanje da alkoholizam ima osim maladaptivnih i adaptivne aspekte na intrapsihičkom ili interkacijskom ili širem socijalnom nivou, a koji dovode do održavanja pijenja. U tom periodu Steinglass (1975) u Centru za porodična istraživanja primenjujući sistemski pristup definiše alkoholičarski porodični sistem ili alkoholičarsku porodicu. U našoj sredini prvi je program porodične terapije alkoholizma definisao Gačić na Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu, a koji je baziran na socijalnoj psihijatriji, psihijatriji u zajednici i grupnoj psihoterapiji. Tokom vremena autor razvija ekosistemski pristup alkoholizmu (1992/1995).

##### **3.1.2. *Sistematski pristup razumevanju porodice uopšte***

Primenom teorije sistema prvo u biologiji, zatim u medicini i u društvenim naukama postavljeni su temelji za sagledavanje porodice kao živog sistema što se

smatra revolucionarnim zaokretom u terapiji i teorijskom pristupu porodici. Sistemski pristup posmatra porodicu kao celinu čiji se delovi nalaze u interakciji. Sistemski pristup u psihijatriji ima dva izvora: oštu teoriju sistema (OTS) i kibernetiku.

Opštu teoriju sistema je u oblast bioloških nauka uveo biolog Von Bertalamfy (1975) kojim se napušta linearni način mišljenja i prirodne pojave posmatraju u svojoj celovitosti i cirkularnosti. On uvodi cirkularno, a ne linearno sagledavanje pojava gde se mehanizmom povratne sprege sagledavaju odnosi između delova sistema (članova porodice).

Kibernetički model je sistemskoj teoriji dao dva koncepta: koncept povratne sprege koji je naročito zastupljen u proučavanju komunikacija i teoriju informacija. *Koncept organizacije, koncept celine i koncept hijerarhijske organizacije* koji je ustanovio Bertalamfy, a primenjen na porodicu bi izgledao ovako. Ako je sistem skup elemenata u međusobnoj interakciji onda porodicu definišemo kao sistem koji čine svi njeni članovi i podsistemi u međusobnim relacijama zavisni jedni od drugih kao i pojedini organi u ljudskom organizmu. Sistem je organizovan i tako da ukoliko neki faktor deluje na jedan deo sistema istovremeno deluje na sve delove. *Koncept organizacije* primenjen na porodicu definiše njenu osnovnu strukturu i njenu postojanost na način na koji se pojedini članovi međusobno odnose. *Koncept celine* je ključni princip porodične organizacije: ponašanje svakog člana porodice oblikovano je ponašanjem ostalih članova kao i celom porodicom. Promena u jednom delu porodice uslovljava promenu u celom porodičnom sistemu. *Koncept hijerarhijske organizacije* podrazumeva diferenciranje sistema na više nivoa. U porodici koja je jedinstven živi sistem članovi u međusobnoj interakciji formiraju subsisteme, a sama porodica je podređena svom širem socio-kulturalnom suprasistemu.

Kasnije se na ove osnovne koncepte nadovezuju i noviji koncepti porodičnih teoretičara, kao što je *koncept sistemske strukture*. Ovo je ideja Minuchina iz 1974. koju čine pravila ko i kako učestvuje u porodici. Minučin uvodi i *koncept porodičnih granica* koje kao unutrašnje i spoljašnje omeđavaju porodični sistem i određuju kvalitet interakcija porodice sa spoljnim svetom kao i kvalitet odnosa između pojedinih subsistema u porodici.

*Koncept identifikovanog pacijenta* je najrevolucionarniji sistemski zaokret u odnosu na klasičnu psihijatriju jer se patologija ili simptom jednog člana porodice shvataju kao izraz disfunkcionalnosti celog sistema, ali i bitan faktor njegovog održavanja.

Sistemski pristup, odnosno ekosistemski, usvaja i koncepte vrednosti i normi, porodičnih paktova, porodičnih tajni. Svi ovi koncepti, objedinjeni u ekosistemski pristup, obuhvataju teorijski i praktično svu kompleksnost alkoholičarske porodice.

Sistemsko gledište sagledava porodicu kroz dve ravni i na dva načina (Nastasić, 1998):

1. Porodicu kao organizovanu celinu ili sistem koji u svom razvoju ima specifične ciljeve i strategije kako da te ciljeve ostvari kroz regulatorne mehanizme.
2. Porodicu kao proces izmenljivih relacija među njenim članovima koje se odvijaju kroz cikluse sa predvidljivim promenama i stadijumima razvoja.

Ad 1. Za prvi nivo razumevanja porodice vraćamo se na Bertalamfy-jevo razumevanje sistema kao organizovane celine čiji delovi utiču jedan na drugi, a koji su u uzajamnoj interakciji. Primenjeno na porodicu to znači da je porodica sistem koji nije prost zbir članova i njihovih osobina, već organizovana struktura sastavljena od delova u interakciji. Koncept celovitosti podrazumeva da delovi sistema utiču jedan na drugi, te promene u jednom delu sistema utiču na ostale delove i nije moguća kontrola ili moć jednog dela sistema nad ostalima. Porodica je aktivan sistem koji ima biološke, religijske, političke i ekonomске kapacitete kako za adaptivne tako i za patološke oblike funkcionisanja. Za razumevanje porodice u sistemskom smislu važni su koncept homeostaze i koncept morfogeneze. Kad god je porodica podvrgnuta spoljašnjim ili unutrašnjim silama koje prete balansu porodice, uključuje se homeostaza da se promene zaustave i sistem vrati u pređašnje stanje. Nasuprot homeostazi postoji koncept ili sila morfogeneze ili mehanizam kontrolisanog razvoja. Između homeostaze i morfogeneze uvek postoji dinamika koja omogućava interakcijsku ravnotežu i ostvarivanje razvojnih potreba. Ako se celina može sagledati u terminima relacija one se nazivaju interakcije koje se operativno pretvaraju u transakcije kojima se određuju odnosi među članovima sistema kao i sistema sa drugim sistemima. To su pravila koja kad se ponavljaju utvrđuju strukturu, granice i hijerarhiju u porodici. Strukture mogu

biti dominantne i subordinantne. Dominantne su one na kojima se zasnivaju najčešće porodične operacije, najčešće je to roditeljska struktura. Sa ovim je povezano i objašnjenje uloga jer su uloge određene pravilima ko učestvuje i kako u operacijama. Operacije mogu biti unutar i izvana sistema čime se formira propustljivost ili rigiditet porodice, a što je definisano pojmovima granica porodice.

Ad 2. Drugi način sistemskog sagledavanja porodice je razumevanje porodice kao procesa. Teorija sistema razume da samo grupa može obnavljati sebe. Kada se porodica shvati kao primarna grupa onda jedan deo grupe može formirati novu grupu koja onda ima svoj novi reproduktivni proces koji se odvija po nekim utvrđenim segmentima. Primenjeno na porodicu ovaj proces se naziva *porodični životni ciklus*. On se sastoji iz šest ili osam stadijuma (Carter i McGoldrick, 1989): Početna porodica, porodica sa sasvim malim detetom, porodica sa predškolskim detetom, porodica sa školskim detetom, porodica sa adolescentom, rasturanje porodice, postroditeljska porodica i ostarela porodica. Ovde treba razjasniti odnos između porodičnog životnog ciklusa i morfogeneze koja podrazumeva kontrolisani razvoj.

Razvitak porodice ne sme se pojednostavljeno shvatiti samo kao prolazak porodice kroz faze porodičnog životnog ciklusa, već kao sazrevanje sistema kroz koji porodica prolazi, a što se ogleda u prolasku porodice kroz prepoznatljive oblike razvoja koji se odvijaju na predvidljiv način i što se po Steinglass-u (1987) konceptualizuje u termin *sistemska maturacija*. Ona nije samo proizvod promena svih pojedinaca u porodici već nešto mnogo više što podrazumeva objašnjenje pojmova *promena i rast*.

*Promena* je bilo koja izmena u organizaciji sistema porodice. Promenom se privremeno prekida porodična homeostaza. Ove promene mogu biti dvojake: spolja proizvedena kao što je gubitak posla, nesrećni slučaj ili neočekivana prilika za posao. Promena može biti i unutrašnja kao što je fizička bolest, bračno neverstvo ili problemi sa decom. Ove promene pokreću samo izdvojene segmente porodične organizacije pogađajući samo neka pravila ili strukture u porodici, te se ponovo uspostavlja homeostaza- "promena prvog reda". Kada se koncept promene primeni u terapiju alkoholizma, onda je promena prvog reda sama apstinencija.

Promena u porodici dovodi do *oscilacija*, odnosno ciklusi destabilizacije se smenjuju sa ciklusima restabilizacije. Kada se dešavaju oscilacije koje dovode do fundamentalne reorganizacije sistema dešava se *rast*.

Sistemske teoretičari *rast* nazivaju „promenom drugog reda“. U terapiji alkoholizma to je promena stila života alkoholičarske porodice. Sam rast se definiše kao predvidljiv tip promene. Drugim rečima rast je promena koja ima prepoznatljiv okvir, karakterističan sekvencijalni raspored i očekivan vremenski tok. Kompleksna promena koja je najbitnija za biološki opstanak porodice je povećanje članova porodice i ta je promena predvidljiva bihevioralno i organizaciono.

Kada se u razumevanje porodice kao procesa unese koncept rasta i promene onda porodični razvoj shvatamo kao proces podeljen u cikluse sistemske ekspanzije i periode sistemske konsolidacije. Tako se formira *porodična životna istorija* kojoj porodični rast i razvoj imaju dva oblika promena, to su:

1. Promene porodice pod dejstvom sistemskih svojstava porodice.
2. Promene pod dejstvom individualnih osobina članova porodice.

U obe vrste promena ulaze *razvojni zadaci*. Oni su vezani kako za promene porodice kao celine tako i promene pojedinaca u toj celini. Razvojni zadaci porodice su univerzalni i mogu se jednostavno pratiti kroz životne cikluse svake porodice. Razvojni zadaci pojedinih članova porodice su specifični i te promene se nazivaju reaktivne promene.

Svaka porodica ima tri osnovne grupe razvojnih zadataka. To su: definisanje spoljašnjih i unutrašnjih granica, odabir razvojnih tema i određivanje zajedničkih pravila, vrednosnih normi i gledišta o svetu i o tome kakva su vrsta porodice. Porodica mora definisati svoje spoljnje granice tako što ih određuje povlačeći granicu u odnosu na proširenu porodicu. Unutrašnja granica podrazumeva pitanje članstva nuklearne porodice, koji su ljudi članovi porodice, a koji nisu, kao i određivanje koji su novi ali i izgubljeni članovi jezgra, a koji mogu da sačinjavaju nuklearnu porodicu.

Sve porodice moraju da izaberu i određen broj glavnih *razvojnih tema* odnosno vrednosti koje porodica uvažava i neguje. Postoji mnoštvo razvojnih tema od kojih porodica izabira nekoliko koje su joj važne i koje neguje. Ove teme postaju organizatori života cele porodice.



Sve porodice moraju da usvoje određen broj zajedničkih pravila, vrednosti i gledišta o svetu i o tome kakva su vrsta porodice. Ovo se naziva *porodični identitet*. On nije kontinuirano prisutan u svim fazama razvoja porodice i naročito dolazi do izražaja u vreme razvojnih prelaza sa jedne generacije na drugu.

Porodice moraju da obave sve tri grupe razvojnih zadataka koji su u različitim periodima razvoja porodice različito snažni. Možemo govoriti o seriji razvojnih faza koje smenjuju jedna drugu u jednom nepromenljivom redu sekvenci, to je vremenska linija *sistemske maturacije*. Ona se nalazi pod uticajem potreba razvoja pojedinih članova porodice, ali i pod uticajem evolutivne i promenljive prirode interpersonalnih relacija u porodici. Odnosi u porodici prolaze kroz faze:

1. Najranija je faza formiranja unutrašnjih i spoljašnjih granica u kojoj se uvode pravila na koji će način članovi porodice da se odnose jedni prema drugima kao i prema primarnim porodicama.
2. Središnja faza u kojoj je najvažniji porodični zadatak izbor porodičnih tema koji umnogome zavisi od tipa odnosa koji u uspostavljeni među članovima porodice.
3. Kasna faza u kojoj je središnji zadatak porodice određivanje porodičnog mesta u istoriji i klasifikacija sistema vrednosti.

Porodične relacije takođe prolaze kroz proces sazrevanja i odvijaju se kroz:

1. Fazu privlačenja, vezivanja
2. Fazu stabilizacije, kontrole i moći
3. Fazu gubitaka

Relacije se preklapaju, nemaju svoj prirodni kraj, sistemska maturacija se ne shvata samo kao biološki kontinuum, već su to i socijalni, psihološki i emocionalni pojmovi i odnosi među članovima. Rana faza nije samo faza utvrđivanja granica već se tu utvrđuje i porodični identitet. Srednja faza nije samo faza stabilizacije odnosa i kontrole već i međusobnih ličnih obaveza i emocionalne kontrole, a kasna nije samo faza razjašnjenja identiteta i njegove transmisije već i faza gubitaka i novih emocionalnih vezivanja.

### **3.1.3.            *Sistematski pristup razumevanju alkoholičarske porodice***

Iz systemske perpektive alkoholičarska porodica je proces koji se najbolje može sagledati praćenjem tri sloja (Nastasić, 1998):

Prvi površinski i najupečatljiviji sloj je poremećeno ponašanje i komunikacioni obrasci u porodici, ovo je fenomenološki nivo.

Drugi, skriveniji sloj, ukazuje na poremećene regulatorne mehanizme od značaja za svakodnevni život i rešavanje problema i razvoj članova porodice. Taj sloj određen je patološkim homeostatskim procesima i uticajem alkoholizma na njih, tako da ponašanje članova porodice postaje potkrepljenje alkoholičarskog statusa quo što ukazuje na probleme i drugih članova porodice, ovo je dinamički nivo.

Treći je istorijski sloj vezan za bazičnu diferencijaciju ličnosti partnera što je povezano sa odnosima u prethodnim generacijama, ovo je razvojni nivo.

Kroz sledeća poglavlja opisaćemo prvo ovaj drugi, manje vidljiv sloj (Steinglass, 1987), a zatim kroz istraživanja Brown i saradnika (2000) fenomenološki opis alkoholičarske porodice.

#### **3.1.3.1.            *Opis alkoholičarske porodice kroz praćenje regulatornih mehanizama- po Steinglas-u***

Steinglass (1987. prema: Nastasić, 1998) navodi da sistemski pristup podrazumeva razumevanje alkoholizma kroz opštu teoriju sistema u kojoj se porodica vidi kao sistem u kojem se alkoholizam razvija i održava. Alkoholizam kao proces ima svoje karakteristike kao što su:

- Hronicitet.
- Unošenje psihobiološki aktivne supstance.
- Obrazac dvostrukog ponašanja.
- Predvidljivost i stereotipnost reakcija i ponašanja.
- Razvojni tok, odnosno prirodna istorija alkoholizma.

Kada se navedene karakteristike alkoholizma povežu sa dinamikom porodice možemo objasniti strukturu i dinamiku alkoholičarske porodice. Pijenje i opijanje unosi promene u porodicu jer se ne mogu ostvariti normalne razvojne potrebe članova porodice. Supruge i ostali članova porodice se prilagođavaju situaciji kako bi se održao

porodični sistem. Ponašanje postaje rigidno, šablonizovano i predvidljivo i uspostavlja se dugotrajna patološka homeostaza između pijačnja i života porodice. Nivoi porodičnog i individualnog funkcionisanja i efikasnosti postaju sve niži. Organizacija svakodnevnog života porodice je poremećena, pravila su nejasna, porodične uloge su poremećene. Komunikacije su disfunkcionalne. Granice sistema su poremećene kako unutar porodice tako i u odnosima sa spoljnjim svetom, a sistemi vrednosti izvitopereni i praćeni anticocijalnim ponašanjem što ponekad dovodi do značajnog odudaranja od ponašanja okoline i do sukoba sa njom.

Ovakve porodice (porodični sistemi) su stabilni i dugotrajni, promene su teško moguće jer ugrožavaju patološku ravnotežu (ravnoteža je pomerenjena daleko prema patologiji). Kroz porodična ponašanja koja omogućavaju razumevanje porodičnih regulatornih mehanizama, sagledava se porodična dinamika. Porodičnu dinamiku čine: dnevne porodične rutine, porodični rituali i strategije za kratkoročno rešavanje problema.

*Dnevne porodične rutine* omogućavaju svakodnevno funkcionisanje života u porodici. To su: ciklusi spavanja i budnosti, priprema obroka, obedovanje, kućni poslovi i kupovina i druge. Od njihove organizacije zavisi osećanje reda ili haotičnosti, hladnoće ili topline u porodici. Ove rutine su bitno poremećene u alkoholičarskoj porodici.

*Porodični rituali* su prenosioci porodične kulture kroz generacije. Tu spadaju religijske proslave, porodične proslave i tradicije, praznici, godišnji odmori i slobodno vreme. Poređenje normativnosti ritualnog ponašanja vrši se prema sledećim dimenzijama

- Stepjen ortodoksnosti u porodičnom životu.
- Rigidnost izvođenja ritualnih uloga.
- Svesnost značaja rituala (intencionalnost).

Ova treća dimenzija se najčešće gubi u alkoholičarskoj porodici jer alkoholizam ometa značenje svesnosti i dubokog smisla rituala.

*Strategije kratkoročnog rešavanja problema* su obrasci ponašanja kojim se čuva unutrašnja stabilnost sistema kada je ona ugrožena spoljnjim teškoćama. Ova ponašanja

su jasno odvojena od drugih ponašanja u porodici, ona su specifična za svaku porodicu. Porodica tokom vremena razvija svoj karakteristični oblik ponašanja, odnosno stil kratkoročnog rešavanja problema koji mora da ima određenu stereotipnost i emocionalnu reaktivnost. U alkoholičarskoj porodici odvijaju se ciklusi treznost-opijanje kao oblici kratkoročnog rešavanja problema.

Uticaj alkoholizma na ova tri regulatorna mehanizma u porodici dovodi do njihovih izmena (koncept *invazije*). Alkoholizam može samo minimalno da izmeni izvođenje regulatornih ponašanja, ali i potpuno izmeni porodična ponašanja (postignuto je prilagođavanje, regulatorni mehanizmi su bitno nagriženi i restruktuisani prema potrebama alkoholičara).

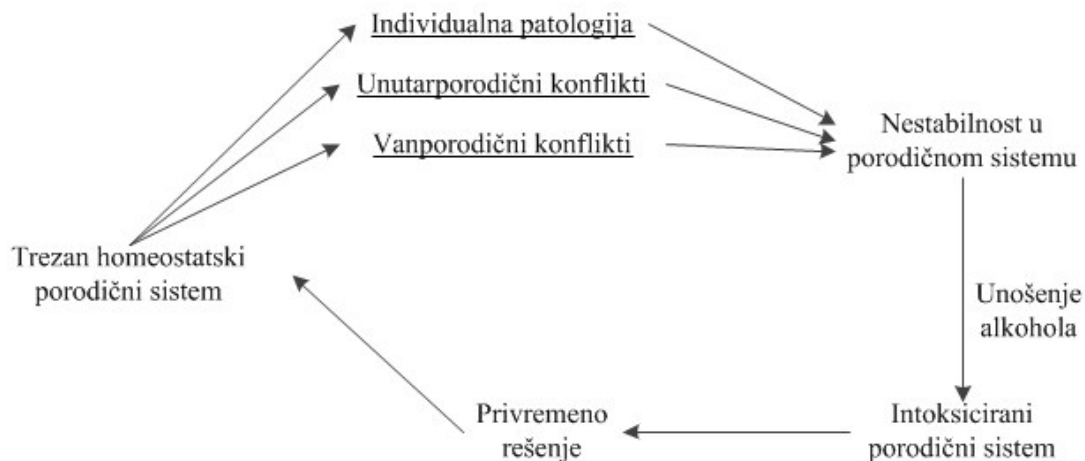
U tom smislu izmena *dnevnih rutina* ogleda se u intenziviranju izvođenja da bi se izbegli uticaji i ometanje od strane alkoholičara, invazija alkoholizma dovodi do toga da se članovi porodice u oblikovanju dnevnih rutina sve više prilagođavaju alkoholičarevom obrascu, a ne on njihovom.

Alkoholizam utiče na *porodične rituale*, postepeno vodi od ometanja ovih događaja preko gubljenja simboličnosti za porodicu, do potpunog prekidanja tradicija, proslava i praznika. Ako se rituali i odvijaju, s obzirom da su skoro obavezno praćeni pijenjem alkohola, oni gube kategoriju svesnosti i smisla, pa bivaju povod za jačanje alkoholičarskog identiteta što može biti od presudnog značaja za prenošenje alkoholizma u sledeću generaciju (transgeneracijska transmisija).

Epizode *kratkoročnog rešavanja problema* su izmenjene, dolazi do jasne odvojenosti između ponašanja vezanog za trezna i ponašanja vezana za stanja kad je alkoholičar pijan. Taj rascep pokazuje istovremeno postojanje dva realiteta i kod članova porodice. U tome se ispoljava potpuna adaptacija članova porodice na potrebe i zahteve alkoholizma i spremnost za dvostruko ponašanje ili veću ili manju dvojnost u svim aspektima življenja i funkcionisanja-emocionalnom, kognitivnom i bihejvioralnom.

Kada se dostigne jasna odeljenost i izmenjenost načina za kratkoročno rešavanje problema, sistem je organizovan da podržava hronični alkoholizam. Ponašanje koje se formira u porodici samo tokom faze pijenja, posle bezbroj ponavljanja ulazi definitivno u porodični mehanizam kratkoročnog rešavanja problema, što porodici obezbeđuje

privremeno rešenje i porodica se vraća u pređašnje stanje. Ovakav način funkcionisanja alkoholičarske porodice nazvan je Porodični sistem za održavanje alkoholizma (Steinglass, prema: Nastasić, 1998) i prikazaćemo ga na slici 6.



**Slika 6. Model porodičnog sistema za održavanje alkoholizma (Nastasić, 1998)**

Gornji model (slika 6.) opisuje održavanje alkoholizma na sledeći način. Bilo koji problematični događaj, unutar ili van porodice ili neki individualni problem članova porodice (individualna patologija, unutarporodični konflikt, vanporodični konflikt) uzrokuje nestabilnost u porodičnom sistemu, utiče na to da alkoholičar počinje da pije (intoksicirani porodični sistem). Pijenje, tako, postaje jedini problem u porodici, a ne oni koji su navedeni i koji su destabilizovali sistem. Porodica reaguje uhodanim mehanizmom koji se aktivira tokom faze pijenja, a sa bezbroj ponavljanja ovo ponašanje se aktivira na svaki problem u porodici. Naglasak je na povezanosti pijenja i epizoda kratkoročnog rešavanja problema, porodica na svaki problem za rešavanje reaguje kao da je unet alkohol. Dakle, razvija se shematizovani program ponašanja i interakcija, koji se inače javlja u fazi pijenja alkoholičara, i služi za brzo i privremeno rešavanje problema. Najčešće su to bračni problemi, a ovim kratkoročnim rešenjima se neutrališe poremećaj u bračnoj dinamici. Naglasak je na brznoj stabilizaciji, od danas do sutra, pri čemu se identično reaguje na sve, pa i normalne zahteve rasta i razvoja. Ne postoje drugačije i raznovrsnije interakcije, te nema efikasnih doprinosa rešavanju problema, problemi se ne rešavaju, već održavaju. Ostaje dobit u smislu privremenog rasterećenja i kratkotrajnog rešavanja problema. Alkoholizam i način za kratkotrajno rešavanje problema su povezani i uzajamno potkrepljuju jedan drugog. Konfrontativna

namera se izgubila i postaje adaptivna. Ono što postaje vodeća misao u porodici jeste da je to jedini mogući način reagovanja, ideja da alkohol mora da bude prisutan u porodici (a on je prisutan zato što je praćen takvom mišlju). Sva krivica je prebačena na alkohol i alkoholičara. Investiranje u brza i kratkotrajna rešenja postaju važnija i često vodeća u odnosu na investiranje u dugoročne ciljeve u porodici. Prisustvo alkohola omogućava članovima porodice da se reše svoje individualne patologije, unutarporodičnih i vanporodičnih konflikata.

Važan deo porodične dinamike čine *razvojni zadaci* koje svaka porodica mora da obavi, a koji su sastavni deo razvoja porodice i manifestuju se kroz porodične promene. Ove promene su neophodne da bi se mogli obaviti sledeći razvojni zadaci:

1. Definisanje spoljašnjih i unutrašnjih granica porodice.
2. Definisanje i izbor glavnih razvojnih oblasti i ciljeva za koje će se porodica zalagati i boriti.
3. Utvrđivanje porodičnog identiteta- skupa zajedničkih pravila i vrednosti ne samo o svetu u kojem se živi nego pre svega o tome kakva su oni vrsta porodice.

Svi ključni zadaci se odvijaju kroz razvojne etape ili faze. Razlikujemo ranu, srednju i kasnu fazu.

Alkoholizam je prisutan u svakoj od faza. Zbog toga jasno izdvajanje njegovih uticaja na porodični život nije sasvim lako. U pokušaju izdvajanja tog uticaja postaju značajni i mnogi drugi uslovi.

- Vreme pojavljivanja alkoholizma u odnosu na razvojnu fazu.
- Emocionalni procesi i odnosi u primarnim porodicama pre formiranja sadašnje porodice.
- Aktuelni nivoi odnosa sa primarnim porodicama.
- Odnosi sa sistemima van porodice.

Od ovih uslova kao i obrazaca alkoholičarskog pijenja zavisiće da li se alkoholizam pojavljuje kao jak stresogeni uticaj koji destabilizuje i dezintegriše porodicu ili će se on pojaviti kao potencijalni stabilizujući i organizujući princip oko kojeg se odvijaju i oblikuju vitalno važni aspekti porodičnog ponašanja i življenja.

Činjenica da se mnoge porodice dugo održavaju kao celina, a pri tom dugo tolerišu pijenje svog člana može ukazati na mogućnost da ponašanje porodice vezano sa alkoholizmom nije isključivo defanzivno.

Alkoholičarska porodica po sistemskoj teoriji prolazi kroz sledeće faze:

*Rana faza* porodičnog razvoja je faza promena i zbog toga je najosetljivija. U njoj se odvijaju burni emocionalni procesi koji utiču na odvijanje ključnih zadataka nove porodice. Nova porodica i njeni članovi treba da uspostave strukturu svojih odnosa, da odrede granice prema drugima i da formiraju identitet svog nezavisnog sistema. Postojanje alkoholizma može biti nasleđe od prethodne porodice ili nešto što se originalno javlja u ovoj porodici. To često dovodi do toga da se ova faza produžuje ili ne završi. Mnoga deca iz alkoholičarskih porodica stigla su do svog odraslog doba bez jasne predstave o svojoj pripadnosti tj. o porodičnom identitetu i bez jasne ideje da li je alkoholizam dobar ili ne za porodicu.

*Srednja faza* je period stabilizacije u odnosima, ulogama i granicama. Trebalo bi da se odlikuje pojavom strukturisanih i konzistentnih obrazaca ponašanja koji će obezbediti izvođenje dnevnih rutina i drugih programa kojim se celishodno stabilizuje porodični život (obaveze, profesionalni aranžmani, praznici, tradicije, slobodno vreme). Odvijanje svih tih ponašanja odslikava regulatorne mehanizme porodice. Ova najduža faza obeležena je sa malo krupnih promena. Pojavljuju se samo tekući stresovi i problemi koji aktiviraju sekvence kratkoročnog rešavanja problema. U ovoj fazi preovlađuju procesi regulisanja, morfostatski procesi.

Ako pitanje odnosa prema alkoholizmu nije rešeno ili se alkoholizam pojavio u ovoj fazi, on će uticati na ove regulatorne mehanizme. Od presudnog značaja je odvijanje tzv. epizoda kratkoročnog rešavanja problema. Porodica zato u ovoj fazi postaje rigidna. Normalni razvojni pritisci i zahtevi mogu se doživljavati kao uznemirenje i izazov, jer se ne vide kao zdrave potrebe već se sagledavaju kao opasno ugrožavanje stabilnosti. Dve su grupe razvojnih promena koje vrše pritisak na porodicu i koji se neizbežno moraju pojaviti u svim porodicama:

1. Pritisak novih članova i ideja odnosno dece i njihovih razvojnih potreba. To podrazumeva njihove ideje i sisteme vrednosti, prijatelje, njihove romantične veze i osamostaljivanje.

2. Pritisak gašenja i gubitaka, što podrazumeva smanjenje efikasnosti, smanjenje značaja u profesiji, penzionisanje, veliki broj fizičkih nestajanja, gubitaka i odlazaka.

Značajno je ne samo pojedinačno delovanje ovih događaja već i njihov međusobni uticaj. Porast ovih razvojnih potreba utiče na funkcionisanje porodice, njene sposobnosti za ugrađivanje potrebnih promena i održavanje stabilnosti. U ovoj fazi često se pojavljuju ponašanja po tipu malo više istog čime se produžuje srednja faza, odlaže separacija, odlazak dece iz kuće, a takođe se restabilizuju patološki obrasci kroz pojačanje homeostatskih procesa što podrazumeva pojačanje nekog prevaziđenog problema u porodici. Moguć je i zdraviji aktivniji odgovor i prelazak na viši razvojni nivo.

*Kasna faza* razvoja porodice koju određuje prebacivanje smera sa sadašnjosti na budućnost porodice. Ponovo se postavlja pitanje porodičnih granica, ali je još značajnije pitanje porodičnog identiteta odnosno određivanje "mesta u istoriji". U tom procesu prepoznaju se razjašnjenje i „transmisija“ porodičnog identiteta na sledeću generaciju. Ovo se povezuje sa odlaskom najstarijeg deteta iz kuće. I alkoholičarska porodica se u kasnoj fazi nalazi pred zadatkom razjašnjenja i transmisije svog identiteta. Mora se eksplicirati forma koja se smatra zaostavštinom. Moguća su dva izlaza: Nastavak fiksiranog alkoholičarskog identiteta ili prekidanje i formiranje novog identiteta

### **3.1.3.2. Fenomenološki opis alkoholičarske porodice**

Kroz pregled osnovnih postulata sistemske psihologije i njenu primenu na alkoholičarsku porodicu Brown et al., (2000) prikazuju šta se dešava u porodici u fazi pijenja, odnosno kroz sagledavanje komunikacija i interakcija prikazuje fenomenološki alkoholičarsku porodicu. Porodični sistem čine četiri aspekta:

- I) Struktura. II) Proces. III) Stabilnost. IV) Promena.

#### **Ad. I) Struktura je organizacija koja uključuje:**

1. Pravila.
2. Uloge.
3. Rituale.
4. Granice



## 5. Hijerarhiju.

1. Pravila su ponašanja koja su ustanovljena i stalna. Pravila koja porodicu čine funkcionalnom su vezana za komunikaciju („slušamo jedni druge bez prekidanja“), izražavanje emocija („podržavamo izražavanje emocija“), planiranje zajedničkih aktivnosti i druga.
2. Uloge su načini ponašanja i doživljavanja koje individua uzima u porodičnom funkcionisanju. Uloge su različite, očekivane i ponovljive. Postoje zdrave i nezdrave uloge, prve pomažu, a druge odmažu u porodičnom funkcionisanju. Funkcionalne uloge sadrže sledeće premise: poznajem svoju ulogu, prihvatam je i primenjujem, ostali članovi porodice imaju jasna očekivanja od moje uloge, uloga se može promeniti ili korigovati ako je to neophodno. Uloga može doneti visoko samopoštovanje i jak osećaj za identitet. Nezdrave uloge se zasnivaju na konfliktu uloga i koče zdrav razvoj i narušavaju self koncept.
3. Rituali su procedure koje se primenjuju u tačno definisano vreme, odnosno, ponašanja koja se izvode na tačno propisani način.
4. Granice su individualna ograničenja za par ili porodicu. To su imaginarne linije crtane, oko ili u porodici, a mogu biti manje ili više propustljive. U alkoholičarskoj porodici granice su nepropustljive, rigidne, zatvorene, ne može se ući ni izaći ili ne postoje interpersonalne granice, pa osoba nema osećaj automonije. Zdrave granice su semipermeabilne, kao zidovi ćelija u telu, i postoji fluidnost u kretanju. Zdrave granice su obično ekspresija zdravog razvoja i rasta. Ako individua ima zdrav osećaj sebe biće otvorena za nove stvari i može da prepozna stvari koje nisu zdrave.
5. Hijerarhija se dobija poređenjem individua u porodici i poređenjem subgrupa u porodici. U zdravoj porodici hijerarhija je predvidljiva i fleksibilna.

### **Ad. II ) Proces čini način komunikacija i interakcija u porodici.**

1. Komunikacija je način razmene informacija. Mera dobre komunikacije je dobro razumevanje između onog ko govori i onog ko sluša. Da bi se postigao taj cilj pošiljalac mora da šalje čistu, direktnu i kompletnu informaciju i da je prima u otvorenom obliku. Komunikacija ide u oba pravca i prekid može da se desi ili od pošiljaoca ili od primaoca. Nije uvek lako poslati poruku, posebno ako je pošiljalac u strahu, strepnji, sa osećajem krivice. Preporučljivo je slati Ja poruke

(Ja vidim stvari na ovaj način-bolje nego"Ti uvek tako vidiš stvari"). Indirektne poruke su loše ("Napolju je toplo"- bolje je "Meni je toplo i želim da otvorim prozor"). Bolji je asertivni rečnik("Moj muž nije dobar")- nego pasivni ("Bilo bi lepo kad bi imala finog muža").

2. Interakcije su skupovi komunikacionih obrazaca. Svaka porodica ima sopstveni stil interakcije.

**Ad. III ) Stabilnost je konzistentnost u strukturi i relacijama porodice.** Ona je neophodna da bi porodica bila predvidljiva. Ako dete zna šta može da očekuje od svoje porodice, čitav porodični sistem je zdrav, znači da dete ima sigurnost da eksperimentiše i raste. Međutim, i nezdrava porodica može biti veoma stabilna, kada je njen sistem fokusiran na odbrani kao u alkoholičarskoj porodici.

**Ad. IV ) Promena-** podrazumeva da zdrav sistem može da se menja i mora da se menja jer se promene stalno dešavaju zbog spoljnih i unutrašnjih promena.

#### *Faza aktivnog alkoholizma*

U fazi aktivnog alkoholizma sve je organizovano oko pijenja i najvažnija stvar u porodici je pijenje. Alkoholičar mora da pije da bi funkcionisao i to objašnjava: „Moram da pijem zbog... „ Alkoholičar na kognitivnom planu ima dominante misli: „Nisam alkoholičar“ i „Nisam zavisan“. Koalkoholičar, (ovako Brown naziva suprugu alkoholičara), ne može da kontroliše alkoholičara i zato kontroliše okolinu. Deca alkoholičara u zamenu za realnost takođe prihvataju *poricanje* koje je suštinska odbrana u porodici. Birajući porodično poricanje deca biraju između roditelja i realnosti, te gube sposobnost testiranja realnosti i šansu za zdrav razvitak. Zbog poricanja da u porodici nema alkoholizma članovi porodice negiraju bilo koji problem vezan za pijenje, racionalizuju alkoholičarsku realnost i pokrivaju porodičnu tajnu. Nekad se pijenje vidi kao reakcija na haotičnu stvarnost koju žive i ne znajući kako je nastala. Karakteristika alkoholičarskog sistema je: kaos, nepredvidljivost, nedoslednost i menjanje granica. Svaki dan je hronična tenzija i stalni pritisak. Porodice bolje ili lošije sakrivaju psihičke i fizičke posledice pijenja, a način sakrivanja tamne strane porodice je kontrola svih članova porodice od ostalih članova porodice. Uspostavljaju se kruta pravila kojih se svi pridržavaju da bi se „štitila“ porodica. Svaki član porodice više je zauzet alkoholom nego svojim selfom. Pijenje je deo porodičnog portreta, a porodica veruje da

funkcioniše bez njega. Pošto svaki član porodice mora da prati pravila zaštite pijenja, svako svakog posmatra. Osnovna stvar je negiranje realiteta, a vakum je ispunjen lažima. Što je alkoholizam gori, negiranje je jače. Čitav sistem se zatvara tako što niko ne može napolje kao što i niko ne može unutra. Svaka sugestija za promenom doživljava se kao napad na porodicu. Članovi porodice veruju da ne mogu da promene sistem i da je svaka promena jednaka smrti, a realnost je da je sistem mrtav.

*Uloge* u alkoholičarskoj porodici su rigidne, arbitrarne i organizovane da zaštite verovanja da je pijenje normalno. Uloge drže alkoholičarsku porodicu na okupu, a ako neko želi menjati ulogu to se od ostalih članova porodice kažnjava. U zdravoj porodici čovek teško razdvaja sebe od uloge, a uloge koje podržavaju pijenje su maladaptibilne i još su u većem stepenu teške za prepoznavanje. Pravila su konstruisana da štite pijenje. Kako pijenje eskalira, mnoga pravila koja su ustanovljena da se štiti red, koriste se da se sakrije poremećaj.

*Porodična pravila* su arbitrarna, što je bilo nedopustivo juče, danas je u redu, a sutra preporučljivo. Ova arbitarnost kreira opasnu i nepredvidivu atmosferu i vodi većinu članova porodice ka konfuziji. U mnogim porodicama alkoholičar ima poziciju diktatora uspostavljajući rigidna pravila i ponašanja da bi se sakrili sve više vidljivi problemi, a često i koalkoholičar pravi pravila tako da su svi zainteresovani da se kruto drže pravila.

*Rituali* su u fazi aktivnog alkoholizma prilagođeni pijenju: odmor, rođendan, sport. Pijenje se i podstiče "Volim oca na Božić kad popije". Porodica često sebe i definiše preko rituala. Kako pijenje napreduje rituali su sve bolniji. Specifičan ritual u alkoholičarskoj porodici može biti i ritual koji se zove "ponosan što nisam alkoholičar", u kojem negiranje ide do paradoksa, te često ovakvi rituali, kao trojanski konji, doprinose i transgeneracijskoj transmisiji alkoholizma.

*Granice* u alkoholičarskoj porodici su porodne. Pošto porodični sistem mora da se spasi po svaku cenu, svaki član porodice mora paziti sve ostale i svaki signal za opasnost. Individualni sefl je žrtvovan za "opšte dobro" porodičnog sistema.

*Hijerarhija* u alkoholičarskoj porodici je definisana tako da je dobra svaka koja štiti pijenje. To daje alkoholu indirektnu kontrolu. Najčešće je alkoholičar na vrhu lanca, diktator koji nameće pravila. Deca često dobijaju više mesto u hijerarhiji i dete

se oseća važnije i potrebnije za sistem. Brinuti o roditeljima je izvor velike anksioznosti. Kasnije u terapiji i dete teško prihvata roditelja na vrhu hijerarhije.

*Komunikacije.* Kao i ostali aspekti porodične dinamike, stil komunikacije odražava i podstiče sistem i obrnuto. Svaka komunikacija u alkoholičarskoj porodici, direktna ili indirektna ide u smislu izbegavanja suočavanja sa alkoholizmom. Samo pijenje nikada se ne imenuje, sve radi protiv svake prave komunikacije. Svaki detalj koji se komunicira mora biti siguran, nema spontanosti, svaka komunikacija se nadgleda. Centralno pravilo je „Ne uznemiravaj sistem“, a pošto je istina najteža, mora se izabrati laž ili pažljivo izbegavanje. Ovo ima veoma destruktivne rezultate kada se prihvate rigidne granice i misli cenzurišu. Svaki član porodice mora da prilagodi svoje misli i ponašanje na porodičnu priču da je pijenje istovremeno najvažnija i najporicanija činjenica. Ova distorzija realnosti postaje realnost za alkoholičarsku porodicu i zato je važno razumeti u oporavku od alkoholizma kako je porodica funkcionisala u alkoholizmu.

*Interakcije.* One su u pijenju veoma predvidive ili veoma nepredvidive. Dok su pravila sagrađena da podrže sistem, a ne individuu, nema načina da osoba veruje interakciji. Kako se pravila uvek menjaju i izvan su kontrole, interakcije postaju stilizovane i nespontane. Neizgovorena istina izražena je u siromašnoj porodičnoj komunikaciji i interakciji. Sistem ne podstiče ni povezivanje ni separaciju. Svako se oseća izolovan. Ovo je posebno teško za decu koja u porodici treba da uče veštine uspostavljanja veza. Ovo stvara konflikt biti zajedno i separacije. Svaka relacija je posredovana alkoholizmom i svi članovi se osećaju nesigurno kad su zajedno.

*Stabilnost.* Nezdrav porodični sistem je nestabilan posebno kada se događaju nepredviđeni ili traumatski događaji. Deca se u alkoholičarskom porodičnom sistemu fokusiraju na okolinu umesto na individualni rast.

*Promena.* U alkoholičarskoj porodici promena nema po svaku cenu. Postoje unutrašnje promene koje štite status quo i svaka promena nosi anksioznost. Članovi porodice misle ako prljav veš istine izađe van porodice- porodica neće preživeti. Oporavak je moguć samo ako se stari sistem slomi. Članovi porodice ne vide da su i kako učestvovali u održavanju sistema, jer misle da su radili sve dobro što su znali. Kad porodica nauči gde je i šta je grešila ima manje šanse da se vrati na staro.

Ukratko, u fazi pijenja:

1. Porodični sistem je disfunkcionalan.
2. Alkohol je centralni organizacioni princip porodične dinamike (pravila često štite pijenje, uloge su pripremljene da se pijenje predstavi kao normalno, svi rituali uključuju alkohol ili postoje takvi rituali koji treba da predstave da nema problema zbog pijenja, granice su porodne unutar porodice, a rigidne spolja, hijerarhija je rigidna i ultimativna).
3. Porodica se prilagođava disfunkcionalnom sistemu defanzivno.
4. Defanzivno prilagođavanje čini sistem još bolesnijim (ima malo sigurnosti, nema prave komunikacije, nema jasnog, otvorenog dijaloga o bilo čemu, interakcije su crno bele, realnost se vidi pogrešno, te nema fleksibilnosti, stabilnost se održava preko faza kratkoročnog rešavanja problema, stabilnost je nezdrava i nema osnova za zdravu promenu).
5. Normalni rast je prekinut, kako za članove, tako i za celu porodicu. U zdravoj porodici sistem podrazumeva rast članova porodice i njihovu slobodu da eksperimentišu i otkrivaju svet. U alkoholičarskoj porodici individua mora da žrtvuje sopstveni rast u zamenu za učešće u grupnoj laži, negiranju da porodica ima problem sa alkoholom.

Svaki član porodice ima:

- nezdrava verovanja, ponašanja i emocije koji podržavaju sistem,
- žrtvuje sopstveni razvoj da sistem ostane isti.

Alkoholizam je bolest koja se fokusira na kontroli. Kada pijenje izmakne kontroli i postane neophodno da bi osoba mogla da funkcioniše - razvija se alkoholizam. Gubitak kontrole je najdublja i najtamnija tajna alkoholičarskih porodica koja se mora čuvati od sveta. Na nivou svesti tu tajnu alkoholičar krije i od sebe i ta iluzija štiti pijenje. Način da alkoholičar kompenzuje gubitak kontrole u pijenju je da uspostavi spoljašnju kontrolu. Alkoholičarska porodica uspostavlja rigidna i ograničavajuća pravila štiteći alkoholizam od svake spontanosti i istine. Ironija je da alkoholičar da bi izbegao doživljaj gubitka kontrole, koristi izbegavajuća ponašanja dajući drugima odgovornost za situaciju, uključujući okrivljivanje, agresiju i osećaj krivice. Ova ponašanja su nagla i nepredvidiva jer alkoholičar mora da štiti pijenje i nema osećaja ni za koga. Ta

instinktivna odbrana se oseća kao nešto jako važno što treba štititi, ustvari se štiti demon koji uništava sve što je jako važno.

U fazi pijenja alkoholičar je kreatura čistih impulsa. Mnoga ponašanja koja štite pijenje dolaze instinktivno i nema svesne medijacije između percepcije i akcije. Stil interakcija koji iz toga proizilazi gradi veoma nestabilnu i opasnu okolinu u kojoj svaka osoba koja istupi iz igre biva automatski optužena. U terapiji se radi na tome da se između impulsa (za pijenjem) i akcije (pijenja) umeće mogućnost biranja reakcije na impulse (ne biraš svoje impulse i instinkte, ali možeš da naučiš da biraš reakciju na njih).

#### *Alkoholičar u fazi pijenja*

Alkoholičarski primarni fokus je alkohol.

U ponašanju se ovo ogleda u gubitku kontrole i ponavljanim postupcima za uspostavljanje kontrole i impulsivnom ponašanju.

Na kognitivnom planu (uključivanjem mehanizama odbrane- negiranjem, racionalizacijom, projekcijom), razvija se osećaj onipotentnosti koji gradi lažni self, a koji krije gubitak kontrole. Sve je organizovano oko osećanja „Nisam alkoholičar“ i „Mogu da kontrolišem svoje pijenje“.

Emocionalna ekspresija ide od nepostojanja emocionalnog odgovora ili je on preteran. Emocije se kontrolišu ili izražavaju kroz alkohol.

Alkoholičar u porodici ne traži podršku nego lojalnost. Ona nije izgrađena na respektu ili ljubavi već na nezdravim porivima za učestvovanje u lošem ponašanju ili podršci. U suštini alkoholičaru su potrebni ljudi koji će saradivati sa njim ili koje će kontrolisati. Zbog jake kontrole „unutra-spolja“ prijatelji i aktivnosti se odbacuju. Širina prilagođavanja na zdrav život je sve uža i alkoholičar sve više sužava svoj život.

#### *Koalkoholičar u fazi pijenja*

Njegov fokus je alkoholičar.

U ponašanju dominiraju pokušaji kontrole alkoholičara i drugih članova porodice. Mehanizmi odbrane su negacija i racionalizacija kojom se gradi lažni self koji sakriva

da postoji gubitak kontrole i sve je organizovano oko ideja „ja nisam koalkoholičar“ i „ja mogu da kontrolišem alkoholičara“

Emocionalna ekspresija koju pokazuje koalkoholičar su negacija ili projekcija emocija, osećanje depresije, anksioznosti ili besa.

#### *Deca alkoholičara u fazi pijenja*

Mnoga deca koja žele da se oslobode alkoholičarskih porodica i uloga u njima rade to kroz self destrukciju, kažnjavajući sebe jer pokušavaju da napuste sistem. Kako se alkoholičarski sistem nikada ne menja, veštine preživljavanja za prevazilaženje haosa postaju osnova za dalji život. Odrasla deca alkoholičara imaju mnogo problema zato što odrastaju u ovako konfuznim uslovima. Paradoks u ovoj situaciji je, da su veštine koje su čuvale decu alkoholičara od opasnosti u detinjstvu, postaju prepreka za prevladavanje u odraslo doba. Ono što ti je nekad bio štit, sad je zatvor. Porodica je pritisnuta suprotnim impusima: realnošću da nad svima dominira alkoholizam i negacijom, kao potrebom svih članova porodice da ne vide problem alkoholizma. Deca iz alkoholičarskih porodica imaju sledeće odbrane:

*Povlačenje* od realnosti-dete beži od konflikta u svoj svet.

*Pričanje* - sve vreme se priča, jer dok je mozak prepunjen rečima, nema mesta za druge neugodne misli i percepcije.

*Klovniranje* - sve se pretvara u šalu - dete pravi distancu između sebe i bolne realnosti.

*Buntovništvo* - čime skreće pažnju na sebe i otklanja pažnju sa pravog problema.

U porodičnom sistemu koji se ne razvija, dete odrasta u osobu koja okolinu doživljava kao nesigurnu, mesto gde se nikom ne može verovati i čitav život zasniva na odbrani koja postaje centralna komponenta selfa. Deca se u roditeljskom haosu često osećaju kriva za taj kaos, tako se osećaju sigurnije, nego da priznaju da su roditelji za to odgovorni. Ako je nešto tvoja krivica onda bar imaš malo kontrole nad tim stvarima. Cena za ovo je osećanje da se deca osećaju da su loša. Iako je nivo stresa visok, manji je nego da dete prizna da ne može da veruje svojim roditeljima ili da misli da je bespomoćna žrtva okolnosti. U kasnijem životu ova vrsta odbrane se pretvara u preuzimanje odgovornosti za svaku situaciju u životu. Za odraslu ženu odbrana počinje

da čini srž njene ličnosti, ona identifikuje svoju „krivicu“ kao osnovu svog identiteta. Drugi stepen odbrane je da se zaštiti od anksioznosti koju bi donela naslućena promena. Sad je ono što se činilo da se preživi u detinjstvu, počelo da radi protiv osobe. Kad je osoba odrasla u alkoholičarskoj porodici, ona je stručnjak za poricanje, konfuziju i loša sećanja. Promeniti poricanje je ključni aspekt oporavka. Težina oporavka je u tome da se moraju promeniti ključna uverenja o sigurnosti i identitetu. Dete alkoholičara troši mnogo vremena u potrebi da uradi sve perfektno za druge i to ga čini usamljenim u životu. Stalno mora da čini nešto da ne povredi druge i zato je stalno anksiozno i depresivno. Deca alkoholičara imaju negativan pogled na svet jer su odrastali u okolini koju su doživljavali kao opasnu i van kontrole, u svetu koji je bio pun bola i stalna samozaštita je bila neophodna za preživljavanje. Zato su deca alkoholičara pesimisti, jer kad stvari krenu loše, ti si pripremljen za to. Verovati drugome znači izložiti sebe drugima, veze sa drugima se vide kao opasne ili kao čudovišna spasenja od bolnog detinjstva. Deca alkoholičara koja su i sami alkoholičari imaju dvostruki zadatak, boriti se sa svojim problemom i pitati se da li su i oni svojoj porodici radili ono što su njihovi roditelji radili sa njima. Prestati piti, znači prekinuti lanac i dati šansu svojoj deci i njihovoj deci.



## **4. O PORODIČNOJ TERAPIJI ALKOHOLIZMA**

### **4.1. ISTORIJAT IZUČAVANJA PORODIČNE TERAPIJE**

Porodična terapija nastaje početkom pedesetih godina prošlog veka pod uticajem razvoja sociologije porodice, genetike, porodične medicine, socijalne psihijatrije i sličnih naučnih disciplina. Nastanak i razvitak porodične terapije opisuju Milojković, Srna i Mićović (1997) prateći teorijski, praktični i istraživački kontekst problema.

Teorijski doprinos porodičnoj terapiji dala je Freudova psihoanaliza (i pored toga što je Freudovo shvatanje bilo da porodicu ne treba fizički uključivati u tretman, mnogi koncepti psihoanalize su postali osnova, posebno transgeneracijskih modela porodične terapije).

Kibernetika i opšta teorija sistema su takođe dale bogat teorijski doprinos porodičnoj terapiji. Iz kibernetike je porodična terapija uzela koncepte homeostaze i fodbeka (povratne informacije), a iz teorije sistema koncepte cirkularne kauzalnosti, subsistema, suprasistema i granica te neke druge.

Praktični doprinos nastanku i razvoju porodične terapije dali su i interpersonalno orijentisani psihoanalitičari (Adler, Sullivan, From, Horney) i praktičari socijalnog rada (potrebu za uključivanjem porodice u tretman psihičkih poremećaja koje socijalni radnici ističu još četrdesetih godina 20. veka).

Istraživački kontekst izučavanja porodice i njen značaj za nastanak porodične terapije, Milojković, Srna, Mićović (1997) objašnjavaju na sledeći način: počeci porodične terapije vezani su za istraživanje porodica sa shizofrenim članom. Pri tome je u prvom planu bilo istraživanje, a ne terapija porodice sa obolelim članom. Kasnije su istraživačke hipoteze i njihova potvrda služili kao elementi iz kojih se oblikovao određeni terapijski pristup porodici. Ova istraživanja porodica su se provodila pedesetih godina prošlog veka u Americi. Na različitim klinikama, u nekoliko američkih gradova, nezavisno jedni od drugih, radile su četiri grupe istraživača. Grupe su dobile imena po rukovodiocima grupa: Bateson-ova, Litz-ova, Bowen-ova i Wynne-ova grupa. Ovi istraživači (pre su bili istraživači nego terapeuti) su formulisali bazične koncepte iz kojih su kasnije potekle i različite škole i pravci porodične terapije.

Pošto je potekla iz različitih izvora, porodična terapija nema ni do danas jedinstvenu teorijsku strukturu.

Postoje različiti pokušaji definicija i klasifikacija porodične terapije. Navodimo Wynne (1988. prema: Milojković, Srna, Mićović, 1997: 9), koja je veoma uopštena ali dobro pokriva bitne odrednice porodične terapije. On daje sledeću definiciju: „Porodična terapija je psihoterapijski pristup usmeren na promenu interakcija bračnog para, nuklearne ili proširene porodice, kao i drugih interpersonalnih sistema, u cilju otklanjanja psiholoških i psihijatrijskih problema koji ometaju funkcionisanje porodice i njenih članova“.

Klasifikacije pravaca i škola porodične terapije se prave na osnovu različitih kriterijuma. Najčešće se klasifikuju na osnovu teorijskih okvira ili na osnovu viđenja problema ili ciljeva terapije. Podelu škola i pravaca porodične terapije na osnovu odnosa prema problemu, viđenju disfunkcionalnosti i ciljevima terapije daje Walsh (1993).

Prva grupa obuhvata:

A) Pristupe koji su orijentisani na rešavanje problema:

1. Strukturalni.
2. Strateški-sistemski.
3. Bihevioralni.
4. Psihoedukativni.

B) Pristupe orijentisane na rast i razvoj:

1. Psihodinamski.
2. Bowen-ov pristup.
3. Iskustveno simbolički.

Milojković, Srna, Mićović (1997) se opredeljuju za sledeću podelu škola i pravaca porodične terapije:

A) Transgeneracijski porodični pristup

1. Prirodno sistemski model - M. Bowen

2. Simboličko-iskustveni model - C. Whitaker

3. Kontekstualna porodična terapija - I.B. Nagy

#### B) Strukturalna porodična terapija (S. Minuchin)

##### V) Strateški pristup

1. J. Haley - C. Madanes

2. Interakcijski pristup Palo Alto

3. Milanska škola

#### G) Integrisani strukturalno strateški pristup

Gore navedena podela data je na osnovu dominantnih teorijskih koncepata.

*Transgeneracijski pristup* ima osnovu u psihodinamskoj teoriji dopunjenoj sistemskim pristupom. Transgeneracijski porodični pristup proučava porodicu kao istorijsku kategoriju. Ovaj pristup povezuje aktuelne probleme u porodici, aktuelnu disfunkciju porodice, sa vertikalnim stresorima koji se odnose na pojedine događaje iz istorije porodice. Strukturalni i strateški pristup imaju kao svoj teorijski okvir opštu teoriju sistema i teoriju komunikacija.

Utemeljivač *strukturalnog pristupa* porodične terapije je Salvador Minuchin i ovaj pristup i njegove tehnike jedan je od najčešće primenjivanih u porodičnoj terapiji. Strukturalna porodična terapija ima u svojoj osnovi opštu teoriju sistema i egzistencijalnu filozofiju i ključni koncepti su joj vezani za definisanje porodice kao sistema koji se sastoji iz subsistema od kojih je svaki definisan granicama. Strategije i tehnike strukturalne porodične terapije se često koriste i u porodičnoj terapiji alkoholizma. U okviru strukturalnog pristupa porodici treba posebno napomenuti tehnike vezane za doživljaj realnosti u koje spadaju korišćenje konstrukcije, paradoksa i porodične snage. Strukturalni teoretičari sa ovim konceptom ulaze u polje teorija rezilijentnosti jer ističu da svaka, pa i najporemećenija porodica ima svoje resurse koje je potrebno otkriti i iskoristiti kako bi se povećao repertoar efektivnog funkcionisanja porodice. Umesto na deficit potrebno je umeriti pažnju na zdrave potencijale i aktivirati porodične vrednosti.

*Strateški pristup* i terapija definiše se kao terapija u kojoj kliničar inicira događanja tokom tretmana i određuje specifičan pristup svakom problemu. Strateški pristup ima težište na praksi i intervencijama koje dovode do promene u porodici.

*Integrirani strukturalno-strateški pristup* kao kombinacija prethodna dva sve više se primenjuje u porodičnoj terapiji, koristeći tehnike iz oba pravca u odnosu na potrebe terapije.

Bilo je neophodno dati kratak uvod u razvitak porodične terapije i njenu klasifikaciju, jer nam to olakšava razumevanje porodične terapije alkoholizma.

## **4.2. ISTORIJAT IZUČAVANJA PORODIČNE TERAPIJE ALKOHOLIZMA**

Porodična terapija alkoholizma se razvila dvadesetak godina posle razvitka porodične terapije drugih bolesti i poremećaja. Porodica alkoholičara je počela da se proučava i leči tek sedamdesetih godina prošlog veka. Porodični terapeuti su se bavili u početku psihozama, kasnije i adolescentnim disfunkcijama i psihosomatskim i drugim bolestima, dok su alkoholozi dugo primenjivali individualni pristup u terapiji. Gačić (1978) navodi da je tome možda razlog izbegavanje porodičnih terapeuta da se bave intenzivnim radom sa porodicama alkoholičara i drastičnim simptomima poremećenog alkoholičarskog ponašanja.

Interesovanje za porodicu alkoholičara možemo pratiti od četrdesetih godina 20. veka u radovima Knighta (1937. prema: Gačić, 1978) a koji je porodične faktore (dominirajuća majka ili dominirajući otac) video iz etiološke perspektive, da bi objasnio preterano pijenje individualnog alkoholičara. Interakcijsko ponašanje u porodici nije prepoznatno kao faktor razvitka i održavanja alkoholizma, pa nije bilo ni interesa za porodične pristupe terapiji alkoholizma što je odložilo i njihov razvitak.

Pedesetih godina 20. veka razvija se intenzivan pokret porodične terapije koji smo napred opisali. Četiri velika centra u Americi koji su radili pod rukovodstvom Bateson-a u Kaliforniji, Litz-a u Baltimoru, Bowen-a u Topeku, Kansas i Wynne-a u Vašingtonu, terapeutišući i istražujuć porodice sa članom koji je imao određen psihijatrijski poremećaj, u „hodu“ su gradili teoriju i terapiju porodice sa obolelim članom. Iz ovih grupa istraživača samo je Bowen, ali tek 70-tih godina 20. veka objašnjavao alkoholizam jezikom teorija porodičnog sistema. Tek se „druga“ generacija

istraživača, potekla iz nekog od navedenih istraživačkih centara, bavila porodičnom terapijom i teorijom alkoholizma (kao Steinglass).

Šezdesetih godina 20. veka istraživači Bailey (1961), i Jakson (1962. prema: Gačić, 1978), prepoznaju važnost interakcijskog ponašanja i Jakson uvodi pojam „alkoholičarski brak“ koji označava interakcijski odnos muža i žene u dugotrajnom, prekomernom pijenju. Ona naglašava i uključivanje članova porodice u lečenje kako bi se postigao uspeh u lečenju.

Prilagođavanje teorija porodice i porodične terapije i njihova primena na alkoholičara i njegovu porodicu počinje krajem šezdesetih godina prošlog veka.

Teorija porodice i terapija alkoholizma prvi put su povezane u članku „Porodična terapija alkoholizma“ Ewing i Fox (1968. prema: Gačić, 1978). U ovom članku autori su prilagodili teorijske koncepte Bateson-a i Jaksona (posebno koncept homeostaze) na alkoholičarski brak.

Sedamdesetih i osamdesetih godina 20. veka formiraju se već grupe istraživača alkoholičarskih porodica. Prva je grupa oko P. Steinglass-a, druga oko T. Jakoba i S. Wolina i treća grupa u našoj sredini oko B. Gačića.

Steinglass (prema: Trbić, 2000) i njegovi saradnici su istraživali alkoholizam primenjujući sistemski pristup i definisali su sistemski model alkoholizma koji je evaluirao u svom nazivu i sadržini. Prvo je definisan „Sistemski porodični pristup alkoholizmu“ koji je naglasio da alkoholizam može da bude signal jakog stresa u porodičnom sistemu, ali i važan faktor održavanja sistema. Na osnovu ovog koncepta dalje su se istraživale porodice i iz tih istraživanja je definisan novi model. Ovaj model je nazvan „Model održavanja alkoholizma“ čija je suština da ponašanja udružena sa alkoholom imaju funkciju u rešavanju porodičnih problema. Treći model je „Razvojni model alkoholizma“, a nastao na osnovu daljih istraživanja, a koji ukazuje da alkoholičarske porodice prolaze kroz razvojne cikluse koji su povezani sa obrascima pijenja. Revizija prethodnog modela, definisala je četvrti model - „Model razvojne distorzije“ koji naglašava činjenicu da alkoholizam dovodi do poremećaja sistemskog porodičnog razvoja, iskrivljujući normativne sekvence sistemskog razvoja (razvojne distorzije).

Studije Jacob-a su vezane za razlike u interakcijama "treznog" i "pijanog" alkoholičarskog sistema, a radovi Wolin-a i Benneta-a bavili su se faktorima koji doprinose transgeneracijskoj transmisiji alkoholizma.

U našoj sredini početak razvoja sistemske terapije vezan je za programe porodične terapije alkoholizma koje 1973. u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu inicira i vodi Gačić. Vremenom je razvijen originalni metod lečenja alkoholičara u njihovom ekološkom okruženju koji je i u svetu poznat kao beogradski ekosistemski pristup ESTA (Gačić, 1992, 1995).

### **4.3. TERAPIJSKI MODELI PORODIČNE TERAPIJE**

Kada je alkoholizam prepoznat kao porodična bolest, tehnike porodične terapije sve više se počinju primenjivati u lečenju alkoholizma. Gačić (1978) navodi metode porodične terapije alkoholizma koje Trbić (2000) naziva „klasične metode“ i proširuje sa savremenim metodama. Navešćemo prvo klasične metode porodične terapije alkoholizma:

1. *Konkurentna terapija za alkoholičare i bračne partnere*; Glideman (1957. prema: Gačić, 1978) je tretirao posebno grupu alkoholičara i posebno njihove žene. Ovo je bio pokušaj da se grupni terapijski pristup alkoholizmu prilagodi porodičnoj orijentaciji. Formirane grupe alkoholičara i njihovih supruga radile su po različitim metodama, grupa žena kao analitički orijentisana grupa, a muškarci kao grupa za kontrolisanje nivoa anksioznosti. Mada su rezultati studije bili nedovoljno pouzdani, ona je pokrenula primenu porodičnih tehnika u lečenju alkoholizma kao i neophodnost uključivanja bračnog partnera u terapiju. Ovo su kasnije pokazale i slične studije (Eving, 1961, Smith, 1969. prema: Gačić, 1978) gde se uključivanjem žena alkoholičari pokazali poboljšanu kontrolu pijenja i ponašanja.

2. *Združena, zajednička (conjoint) terapija sa porodicom alkoholičara*; Ovaj oblik terapije nastao je kao podrška primeni porodične terapije i podrazumeva tehnike koje uključuju zajednički razgovor sa oba bračna partnera. Meeks i Kelly (1970. prema: Gačić, 1978) su pokušali da tretmanu alkoholizma približe tehnike koje je razvila V. Satir. Rezultati su bili poboljšanje porodične interakcije i ravnoteže. Esser (1970. prema: Gačić, 1978) takođe naglašava, iz iskustva sa združenom terapijom, njenu mogućnost

korištenja ne samo u kliničkim uslovima već i u socioterapijskim pristupima celoj porodici.

3. *Multipla grupa bračnih parova* koju sačinjavaju alkoholičari i njihovi bračni parovi. Ova tehnika upotrebljava grupni sastanak i grupni proces da pomogne bračnim parovima, ali i za posmatranje i ispitivanje načina bračnih interakcija i alkoholičarskog ponašanja.

Svi ovi oblici porodične terapije alkoholizma potekli su iz pokušaja prilagođavanja grupne psihoterapije (Opalić, 1996), odnosno, porodične terapije, tretmanu alkoholizma i pokazali su dobre rezultate. Zajedničko im je bilo što su provođene u kliničkim uslovima, sa malim brojem porodica, uz veliku posvećenost i motivaciju istraživača – terapeuta. Ovde je akcenat na istraživačima koji su iz tih oblika terapije gradili nove terapijske tehnike koje ćemo dalje navesti pod nazivom savremeni modeli porodične terapije zavisnosti. Beels (2002) navodi da se savremeni terapeuti u Americi, primenjuju često ove pristupe u prostoru u kome porodica živi. Ovo može pomoći u prevladavanju osećaja stida, stigme i predstavljaju povratak na rane godine 20. veka kada su socijalni radnici radili sa klijentima u njihovim domovima.

#### Savremene metode porodične terapije alkoholizma

1. *Sistemska porodična pristup* u terapiji alkoholizma bazira se na ideji da je porodica organizovana svojim interakcijama oko korištenja supstance. Adaptirajući se na uzimanje supstance, porodica postiže patološku homeostazu. Po prestanku pijenja alkoholičarski sistem je u krizi i u terapiji se radi na prepoznavanju aspekata krize i njihovom ublažavanju. (Steinglass et al., 1987).

2. *Kognitivno bihevioralni pristup* je baziran na ideji da je maladaptivno ponašanje, uključujući zavisnost, potkrepljeno porodičnim interakcijama. Bihevioralno orijentisani terapeuti nastoje da uoče sekvence ponašanja porodice koje potkrepljuju pijenje i rade na njihovom otklanjanju, tako što obučavaju porodicu u komunikacionim i veštinama za rešavanje problema (Farrel et al., 1999). Bihevioralni modeli u lečenju alkoholizma koriste teoriju socijalnog učenja koja je konglomerat klasičnog i operantnog uslovljavanja i kognitivne terapije.

3. *Model porodičnog funkcionisanja* posmatra globalno funkcionisanje porodičnog sistema. Ovaj model definišu Kaufman i Pattison (1981) i opisuju četiri tipa

porodica od kojih je svaki baziran na različitim odgovorima porodice na stres alkoholizma. Razlikuju se četiri tipa alkoholičarskih porodica:

- 1) „Funkcionalni porodični sistem“ – kod ovog tipa porodice pije alkoholičara ne utiče mnogo na ostali deo porodice koja funkcioniše sasvim dobro.
- 2) „Neurotično umreženi porodični sistem“ (alkoholičarska porodica u užem smislu). Članovi porodice su "umreženi" međusobnim odnosima, svako se oseća odgovornim za svakog, normalne potrebe članova porodice se zapostavljaju i ne prepoznaju.
- 3) „Dezintegrirani porodični sistem“ (izolovana porodica) odlikuje raspad porodičnog života.
- 4) „Odsutni alkoholičarski sistem“ je izolovani alkoholičar koji se rano odvaja od primarne porodice i obično ne zasniva novu.

Autori za svaki od ovih tipova predlažu odgovarajući model terapije. Samo za neurotično umreženi preporučuju kompletnu zajedničku terapiju, dok za funkcionalne i dezintegrirane porodice preporučuju konkurentni oblik terapije, a za odsutni tip, terapiju samog alkoholičara.

4. *Terapija socijalne mreže* (Moos et al., 1991) zasnovana je na modelu socijalnog sistema, a intervencije su usmerene ka davanju podrške lečenju alkoholičara sa raznih nivoa socijalnog sistema: porodice, radnog mesta, zdravstvenih i socijalnih službi i drugih institucija u zajednici.

5. Al-Anon grupe ("self-help" grupe). Al-Anon je pokret samopomoći nastao spontano, kao paralelan, ali odvojen pokret od Anonimnih alkoholičara. Al-Anon je grupa jednakih članova sa zajedničkim problemom, to su bračni partneri ili bliski rođaci alkoholičara. Za decu alkoholičara postoje Al-Teen grupe. Princip rada ovih grupa sličan je principu rada Anonimnih alkoholičara, najvećim delom van okvira medicinske i socijalne službe. Mada su profesionalni terapeuti odbacivali ove grupe zbog svoje kvazi religiozne osnove rada, one su, posebno u Americi, najširi program tretmana koji uključuje porodice sa članovima alkoholičarima. Steinglass smatra da su ove grupe temelj pokreta porodične terapije jer posmatraju alkoholičara kao žrtvu u procesu



bolesti. Važno je takođe da članovi alkoholičari u AA grupama lakše postižu i održavaju apstinenciju ukoliko su im supruge u Al-Anon grupama.

6. Multidimenzionalna porodična terapija (MDFT) je integrativni pristup u porodičnoj terapiji alkoholizma koristi sve gore navedene pristupe kako se oni koriste i u praksi (SAMSHA, 2005). Programi lečenja su eklektični. Tu ulaze Funkcionalna porodična terapija (Alexander i Parsons, 1982), multisistemska terapija (Henggeler et al. 1998).

Program koji primenjujemo u svom radu, i čiji je učinak cilj ovog rada, je takođe eklektičan.

#### **4.3.1. *Ekosistemski model terapije alkoholizma***

Ekosistemski pristup sagledava najkompletnije kontekst u kojem se alkoholizam razvija, održava i leči (Trbić, 2000). Autor ovog pristupa je Gačić (1992) koji navodi da alkoholizam postaje nerazdvojni deo porodice i grupe u kojoj alkoholičar živi i radi. Zato se u terapiji angažuje porodična i socijalna mreža (proširena porodica, prijatelji, kolege sa radnog mesta) najmanje 5-10 „značajnih drugih“ i na taj način se u neposrednom i širem okruženju alkoholičara kreira sredina bez alkohola. Alkoholizam je u svojoj suštini komunikacioni, cirkularni i adaptacioni proces. Ekosistemski pristup naglašava važnost održavanja alkoholizma u odnosu na etiološke faktore. Kao razvojni proces alkoholizam ima svoju vertikalnu (transgeneracijska transmisija) i svoju horizontalnu (individualnu) dimenziju. Alkoholičarska porodica je sistem organizovan oko alkohola, svog centralnog životnog principa i predstavlja model disfunkcionog sistema sa izraženim strukturalnim, funkcionalnim i razvojnim poremećajima. Iz navedenog shvatanja alkoholizma i alkoholičarske porodice proističu i ciljevi i metode u ekosistemskog modelu.

Navešćemo ciljeve, metode i faze lečenja u ekosistemskom modelu .

##### *Ciljevi lečenja*

Trajna i definitivna apstinencija je preduslov da ova terapija može da počne, a osnovi ciljevi su poboljšanje psihičkog i fizičkog zdravlja, pozitivne promene ponašanja, poboljšanje porodičnog i profesionalnog funkcionisanja. Promena se odnosi

na porodicu u celini i izražava se kroz prihvatanje nove životne filozofije i kvalitetnog stila života.

#### Metode lečenja

Ekosistemski pristup koristi više metoda koje su usmerene, kako na samog alkoholičara, tako i na njegovo okruženje, obuhvata više ekosistemskih nivoa. Metode lečenja Trbić (2000) svrstava na one usmerene na alkoholičara kao i metode usmerene na porodicu.

##### *A) Metode usmerene na alkoholičara*

- 1) Medikamentozna terapija je dopunska metoda i koristi se kratko u početku terapije radi otklanjanja apstinencijalnih smetnji, neuroloških ili psihijatrijskih komplikacija.
- 2) Individualna psihoterapija sa psihodinamskom orijentacijom, koja se radi u zavisnosti od potreba pacijenta, ukoliko postoji i komorbiditet .
- 3) Grupna psihoterapija je metoda izbora u lečenju alkoholizma. Najviše se primenjuje multipla grupa bračnih i/ili porodičnih parova. Grupe su otvorene, čini ih desetak parova, a u „ključnim tačkama“ rada određene porodice (network, informativno i veliko predstavljanje, rezime) porodica poziva i članove šire socijalne mreže. U grupi terapeut koristi različite oblike grupnog rada: didaktivne, edukativne, direktivne, elemente analitički orijentisane grupne psihoterapije, bihejvioralne tehnike, tehnike transakcione analize, komunikacione i druge tehnike. U grupi se uče novi oblici ponašanja, prepoznaju disfunkcionalni obrasci interakcija koji su služili održavanju alkoholizma i vežbaju novi oblici ponašanja. Grupa radi po principu „ovde i sada“, fokus grupe je na interakciji, na interpersonalnom.
- 4) Socioterapija se u obliku edukativnih grupa i terapijske zajednice veoma često koristi u ekosistemskom modelu. U radu psihoedukativnih grupa porodica i alkoholičar uče teoriju alkoholizma i promene ponašanja. Učenje i polaganje ispita iz alkoholizma uz opisivanje sopstvenih posledica, pokazuje i motivisanost porodice za terapiju kao i potencijale porodice za promenu.

##### *B) Metode lečenja usmerene na porodicu*

- 1) Združena terapija svih članova porodice koja se primenjuje na početku lečenja, zatim u pripremi i u ključnim tačkama lečenja kao i u terapijskoj krizi porodice.
- 2) Udar na terapija u kojoj učestvuju svi članovi porodice i više članova terapijskog tima, a koja se primenjuje prilikom uključivanja porodice u lečenje ili prilikom terapijskog zastoja.
- 3) Terapija porodične i socijalne mreže koja je najzastupljenija u ekosistemskom modelu. Ovu terapiju osmišljava Speek (1974. prema: Gačić, 1978) sa idejom da se porodična terapija proširi na bliske osobe koje imaju značaj u životu pojedinca (socijalna mreža). Ovu terapiju, sa proširenjem na širi socijalni sistem, od sedamdesetih godina prošlog veka, primenjuje Gačić. Vremenom Gačić iz ovog osnovnog modela razvija svoj originalni ekosistemski model (Gačić, 1992). U njemu se alkoholizam sagledava interakcijski, podržan od međuzavisnih sistemskih nivoa, počevši od ćelije organizma, porodice, prijatelja, radnog mesta, zdravstvenih službi, škole sve do socio-kulturnih, entničkih i drugih faktora u društvu.

Ekosistemska terapija na nivou usmerenom na porodicu koristi i tehnike preuzete iz strukturalne i strateške porodične terapije.

Neke tehnike, kao *reframiranje*, koriste se u oba pristupa, mada je ova tehnika poznata po Watzlawick-u (1984). koji pripada strateško-interakcijskom pristupu. Ovo je tehnika kojom se menja konceptijsko/emocionalno stanje i gledište u odnosu na datu situaciju. „Viđenje“ se premešta u drugi okvir, koji odgovara činjenicama, ali menja smisao stanja ili situacije. Primenjeno u terapiji alkoholizma - porodici se situacija prikazuje u „novom okviru“, problem pijenja u svetlu odgovornosti porodice i socijalne sredine.

Tehniku *paradoksa* takođe koriste oba pravca. Ipak, ona je specifičnija za strateške terapeute. U strateškom pristupu korišćenje paradoksalne intervencije počiva na činjenici da u porodici postoji izražen otpor promeni i da je ulaskom u terapiju, terapeut stavljen u situaciju da se prilagodi otporu. Porodica se suprotstavlja terapeutovim naporima da se promeni. Kako bi terapeut mogao da kontroliše simptom on nalaže porodici da nastavi da se ponaša kao do tada, da se prilagodi otporu prema promeni. Pošto porodica pruža otpor terapeutovim

nastojanjima, ona će pružiti otpor i ovoj instrukciji, a to znači kretanje ka promeni.

U strukturalnom pristupu tehnika paradoksa je vezana za podskup tehnika vezanih za doživljaj realnosti. Porodica u terapiju ulazi sa suženom percepcijom realnosti i rigidnim šemama u kojima nije moguća promena. Ona od terapeuta očekuje da popravi njeno funkcionisanje u datim okvirima. Terapeut kreira i nudi porodici drugu realnost od prepoznatljivih i prihvatljivih porodičnih elemenata ali organizovanih na drugi način. Jedan od načina su i paradoksi. Paradoksi su zasnovani na shvatanju porodice kao samoreglativnog sistema, konceptu simptoma kao mehanizma samoregulacije i konceptu sistematskog otpora promeni. „Propisivanjem“ maladaptivnog ponašanja ili pitanjem šta će porodica raditi bez simptoma, izaziva se promena porodične percepcije problema. Njime se kreira perceptivna kriza koja deluje na otpor porodice-reakciju zdravih snaga sistema, te omogućava dalji tok terapije, odnosno promene u porodici. Ova tehnika se mora primenjivati obazrivo kod prikrivenih, dugotrajnih i rezistentnih interakcija u porodici koje ne reaguju na direktivne zahteve.

Tehnika *konfrontacije* sa realnošću je neizbežna direktivna terapijska intervencija koja se koristi tokom celog terapijskog toka. Stojković, Sedmak (2003: 78) navode: „Konfrontacija se primenjuje kad god postoji nesklad između onog što pacijent kaže i doživljava, šta je rekao ranije i šta sad kaže, šta govori i šta radi. Posebno u lečenju alkoholizma je neophodno primeniti konfrontaciju kad god alkoholičar na bilo koji način odustaje, sabotira, menja ili ne učestvuje u lečenju prema određenim pravilima i zadacima, kad god se njegovi iskazi ne poklapaju sa iskazima drugih osoba, posebno u oblasti vidljivog ponašanja“. Konfrontacija se u početku lečenja primenjuje radi savladavanja poricanja kako bi porodica prihvatila terapiju. U kasnijem terapijskom toku konfrontacija se koristi radi savladavanja otpora (otpora uvidu, otpora porodičnog okruženja) i savladavanju kriza. Konfrontiranjem porodice sa sopstevnim otporima, unosi se kriza u porodični sistem, koja je neophodna kako

bi se narušila patološka ravnoteža u porodici i omogućile promene porodičnog sistema.

*Komunikacione tehnike* deo su terapijskog arsenala strateških terapeuta. U ekosistemskom modelu se od ovih, posebno koriste tehnike zadataka: članovi porodice moraju zajedno svakodnevno planirati svoje aktivnosti. Planove donose na grupu i o njima se detaljno razgovara. Posebni domaći zadaci su „ciljani razgovori“ gde porodica ili terapijski par dobijaju zadatak da kod kuće o određenoj temi razgovaraju ili da o konfliktnim temama razgovaraju bez sukoba, te se posle na grupi razgovara o načinu i ispunjenju zadatka.

„Trening komunikacija“ u ekosistemskom modelu je zahtev da članovi grupe u terapiji, a terapijski parovi i kod kuće i sa ukućanima govore jasno, određeno, bez uopštavanja, dvosmislenosti, ciničnosti, „peckanja“.

*Edukacija o alkoholizmu* je neophodni, sastavni deo ekosistemskog modela. Stojković i Sedmak (2003) navode da je učenje o alkoholizmu važno iz više razloga:

- Demistifikuje lečenje.
- Rasvetljava razloge zbog kojih je lečenje potrebno.
- Razbija zablude o alkoholizmu;
- Omogućava razumevanje alkoholizma kao poremećaja koji ima svoj razvojni tok i uticaj na okruženje.
- Pojašnjava terapijski postupak i ulogu porodice u tom postupku.
- Uvodi u prepoznavanje ponašanja-prilagođavanja i priprema za sticanje uvida.
- Omogućava razumevanje posledica alkoholizma, kao neizbežnog „opšteg mesta“ svakog alkoholizma.
- Omogućava uspostavljanje početne saradnje između pacijenta i saradnika prilikom zajedničkog učenja.
- Omogućava razumevanje cilja lečenja.

#### *Faze lečenja u ekosistemskom modelu*

Ekosistemski model i terapija alkoholizma je veoma složen vid terapijskih aktivnosti koje se odigravaju i u vidu sveobuhvatnog pristupa alkoholičarskom sistemu i vidu jasno određenih postupaka koji oblikuju faze terapije.

*Pripremna faza* – faza pretretmanske evaluacije počinje prvim kontaktom sa alkoholičarom i njegovom okolinom. Zahteva se momentalna apstinencija uz detoksikacionu terapiju. Utvrđuje se spisak značajnih osoba koji čine network. Značajne osobe su: osobe iz domaćinstva, osobe emotivno značajne porodici i alkoholičaru, osobe sa kojima je alkoholičar povremeno ili funkcionalno povezan i osobe koje su prostorno udaljene ali koje su emotivno važne za pacijenta. Na zajedničkom sastanku sa najmanje 5-10 članova networka, bez kojeg lečenje ne započinje, jasno se definiše: problem, ciljevi terapije i rešenje problema te sačinjava terapijski plan i ugovor.

*Intenzivna faza* nastavlja se na prethodnu i odvija se po principu Dnevne bolnice. Osnovi metod rada je multipla grupa bračnih parova i/ili porodica. Članovi networka se uključuju u ključnim tačkama terapije ili ako je porodica u krizi ili zastoju u terapiji. Ključne tačke ove faze su:

- Informativno predstavljanje koje se daje nekoliko dana po ulasku u grupu. Alkoholičar opisuje grupi svoje lične i porodične probleme, razvoj i posledice pijenja i neposredni razlog dolaska. Kopacijent opisuje ulogu u održavanju pijenja.
- Period prilagođavanja – članovi grupe se upoznaju sa osnovnim pravilima lečenja i terapijskim zadacima. Svaki par pravi plan dnevnih i nedeljnih aktivnosti čime se razvija sposobnost dogovaranja. Uči se o alkoholizmu.
- Ispit polažu oba člana terapijskog para pred grupom koja ocenjuje rezultate.
- Analiza lečenja predstavlja kritičko sagledavanje ličnog angažovanja u lečenju i postignutih rezultata. Redovna analiza radi se i u okviru svakodnevnih „aktuelnosti“ kada svaki par daje rezime i bitne momente i probleme od prethodnog dana.
- Veliko predstavljanje u kojoj terapijski par pred grupom i networkom iznosi sagledavanje razvoja, posledica i održavanja bolesti. To je zajednički bilans ranijeg života celog sistema u kome alkoholičar mora da racionalno i emocionalno doživi raniji život, kako je nekad gledao na njega i kako sad gleda na njega.
- Rezime lečenja i plan rehabilitacije daje se na kraju intenzivne faze. Par i network daju sopstveno viđenje postignutih

promena i plan rehabilitacije koji treba da bude jasan i konkretan u odnosu na sledećih godinu dana. Obuhvata promene u porodičnom sistemu, profesionalnu rehabilitaciju, zdravstveni oporavak i resocijalizaciju u najopštijem smislu. Rezime podrazumeva i nastavak lečenja u stabilizacionim grupama još najmanje godinu dana.

*Stabilizaciona faza* odvija se uz rad. Sastanci grupe odvijaju se jednom nedeljno. Multipla grupa bračnih parova i porodica obuhvata 10-12 parova i koterapijski tim. Cilj je održavanje i dalji razvoj postignutih promena i motivacija za savladavanje teškoća u organizaciji porodice na nov način. Radi se na otporima porodice koji prete da porodicu vrati na "suvi" alkoholičarski sistem. Članovi networka ponekad takođe učestvuju na ovima sastancima, a obavezno kada je za par krizna situacija. Na kraju se daje završni rezime u kome se procenjuju postignute promene u svim oblastima individualnog, bračnog, porodičnog, profesionalnog i socijalnog življenja.

Posle završene terapije parovima se preporučuje dolazak u porodični klub jednom mesečno što se pokazalo kao uspešan način preveniranja recidiva.

#### **4.4. SISTEMSKA TERAPIJA I NJEN UTICAJ NA ALKOHOLIČARSKU PORODICU ILI KAKO PORODICA FUNKCIONIŠE PO PRESTANKU PIJENJA, TOKOM TERAPIJE I OPORAVKA**

Sagledaćemo ovu temu prvo sa opšteg teorijskog nivoa, odnosno sa pozicija delovanja porodične terapije na porodicu uopšte (Watzlawick, 1984), zatim sa pozicija delovanja porodične terapije alkoholizma na porodicu alkoholičara (Berger, 1989) te dati prikaz faza u oporavku od alkoholizma istraživača iz Palo Alta (Brown et al., 2000).

Sa opšteg teorijskog nivoa sistemske terapije- cilj terapije je postizanje promene. Teorija promene (Watzlawick, 1984) određuje nivo i prirodu promene na sledeći način:

Promena prvog reda dovodi do gubljenja simptoma kod identifikovanog pacijenta, ali se simptomi mogu pojaviti kod drugih članova porodice. Na primer, kad u procesu lečenja alkoholičar prestane da pije kod njegove supruge mogu se javiti simptomi depresije. Sistem se nije promenio u strukturi niti je došlo do izmene disfunkcionalnih obrazaca.

Promena drugog reda uključuje promenu u sistemu, promenu disfunkcionalnih obrazaca i sledstveno tome nestanak simptoma u sistemu.

Postizanje promene može se odvijati indukovanjem krize i forsiranjem sistema da se reorganizuje ili ostvarivanjem malih promena do tačke kada promena postaje nužna u cilju adaptacije sistema na novonastalu situaciju. Metod rada kojim se postiže promena počinje pitanjima: kako se odražava neželjena situacija i šta je potrebno da se ona promeni. U praksi proces se odvija kroz četiri stadijuma: jasna definicija problema u konkretnoj situaciji, istraživanje rešenja koja su do tada korišćena, jasno definisanje konkretnog rešenja koje treba postići ( cilj ), formulacija i primena plana koji će dovesti do promene.

Kada se ovaj uopšteni koncept primeni na porodičnu terapiju alkoholizma dolazimo do sledećih pitanja (Berger, 1989 ):

- 1) Šta se zapravo dešava na porodičnoj terapiji alkoholizma?
- 2) Šta je to što pomaže ili kako i zašto terapija leči?
- 3) I prošireno našim pitanjem: Koje su etape oporavka od alkoholizma, šta se dešava više godina posle terapije?

Ad. 1) Šta se zapravo dešava na porodičnoj terapiji?

Porodična terapija alkoholizma je učenje življenja bez alkohola i reedukacija ličnog i porodičnog života učesnika. Ona postavlja kao uslov momentalnu, definitivnu i trajnu apstinenciju te sledeće ciljeve: poboljšanje opšteg funkcionisanja, porodičnih, socijalnih i profesionalnih odnosa i zdravstvenog stanja učesnika. Dakle, ona deluje na porodične odnose, socijalno, profesionalno i zdravstveno stanje i apstinenciju. U terpijskog grupi učesnici se obučavaju adekvatnim načinima funkcionisanja, razrešavanju sukoba i koflikata, struktuiranju slobodnog vremena, druženju, raspolaganju finansijama, usklađivanju očekivanja u skladu sa realnošću, brizi o sebi i svom zdravlju, skladnim odnosima ne samo u porodici, već i sa drugim ljudima. Direktivno usmeravanje na prepoznavanje skotomiziranog polja alkoholičarskog ponašanja i njegovog održavanja, proširuje se na prepoznavanje i svih ostalih grešaka u življenju i pre terapije. Pretpostavljamo da terapija započinje lanac promena u željenom pravcu, a njihovo dalje odvijanje, učvršćivanje i razrada bivaju dalje potkrepljivani različitim spoljašnjim uticajima. Terapija samo započinje lanac promena kod pojedinaca



u sistemu kao celini, a ovaj lanac se nastavlja i posle tretmana. Dakle, porodična terapija nudi obučavanje u dobrim, adekvatnim načinima unošenja promena u sistem.

Ad. 2) Šta je to što pomaže ili kako i zašto terapija leči?

Porodični sistem je veoma složen, te možemo razumeti samo delove te složenosti (proglašavajući ih za razumevanje celine). Sa druge strane, u sistemskoj terapiji nije samo pacijent, kao „identifikovani pacijent“, nosilac simptoma. Čitav porodični sistem i njegovi odnosi, kao „neidentifikovani pacijent“ usložnjavaju ovaj proces. Složenost porodičnog sistema, te složenost porodične terapije uslovljava delimičan odgovor na pitanje kako terapija utiče na porodicu i zašto ona pomaže? Jedno od objašnjenja bi bilo sledeće (Haley, 1980). U sistemskoj porodičnoj terapiji i sa „sistemskim“ načinom razmišljanja, se pretpostavlja postojanje entiteta: struktura, kontekst, organizacija, pravila, relacija, komunikacija, ponašanje. Unošenjem promena u ove elemente, odnosno u porodicu kao sistem, dolazi i do promena osećanja, vrednosti i simptoma. Ideja o promeni koja ide od ponašanja ka osećanjima i simptomima pretpostavlja da za promenu nije neophodan uvid. Promenu inicira terapeut koji koristeći informacije koje dobija od porodice (pojedince, sredine) konstruiše složeniji pogled na svet (stavljajući simptome i ponašanja u novi prostor), a koji dalje može voditi promenama ponašanja. Kreirajući novi pogled i novi svet za učesnike, porodična terapija neminovno unosi i nov vrednosni sistem u porodicu (Opalić, 1988, 1998). Sve ovo omogućava održavanje postignutih promena članova porodice (naučenih življenju u novom pravcu) u budućnosti.

Steinglass (1975) navodi da porodična terapija pomaže i leči kad je izrazito direktivna i direktno usmerava ponašanje porodice ka promeni. Ekosistemska porodična terapija koju primenjujemo je izrazito direktivna, učesnici dobijaju stalne zadatke, takođe i nizove zabrana.

Učesnici terapije su pred mnogo izazova i zahteva za stalnim aktivnim učestvovanjem. Terapija postaje „privilegija“ uspešnih i istrajnih u tome da rade, menjaju se i uče, to je osnovni uslov za učestvovanje u našoj porodičnoj terapiji. Teško je reći zašto ovakvi zahtevi i direktivnost pomažu, ali uspešni rezultati u smislu „brže do promene“ se ovim takođe mogu objasniti. Ovde dolazimo do važnog faktora koji pomaže u terapiji, to je delovanje grupe. Terapijsko delovanje grupe sastoji se u

postupnom pritisku prema poistovećenju sa drugim članovima grupe uz istovremeno prihvatanje normi i pravila grupe. Grupa se sastoji od starih i novih parova. Poznato da je grupa jača što je u njoj više parova sa dužim stažom lećenja. Ona je na strani onih učesnika koji rastu i razvijaju se čineći dobro sebi i drugima. Vodeći članovi grupe nameću se kao uzor jer su ostvarili značajne promene uz aptinenciju. Njihov neposredni primer i poruke koje daju novim članovima grupe imaju nekad veću snagu nego smišljeni terapijski postupci.

#### Ad. 3) Etape oporavka od alkoholizma

U našem istraživanju je grupa koju ispitujemo, eksperimentalna grupa, prošla kroz terapiji tri i više godina pre ispitivanja. Kako funkcioniše porodica godinama posle terapije, šta se dešava u procesu oporavka od alkoholizma, da li postoje etape u oporavku?

Kaufman (1990) opisuje nivoe oporavka nakon što tretman alkoholizma počne. On opisuje progresivne nivoe oporavka:

- Suva apstinencija je vreme kada klijent mora da se bori sa problemima vezanim za samu zavisnost, apstinencijalnim sindromom i problemima vezanim za njega.
- Treznost ili rani oporavak – period u kojem se klijent koncentriše na održavanje slobode od supstance.
- Napredni oporavak-istraživanje personalnih koristi od apstinencije.

Bepko i Krestan (1985) su opisali faze i tretmana u porodičnoj terapiji uopšte. Stanton et all., (1982). i Heath i Stanton (1998) su opisali faze porodične terapije zavisnika. Povezujući ove opise, nalazimo da oporavak u porodičnoj terapiji alkoholizma prolazi kroz sledeće faze:

- Dostizanje trezvenosti-porodični sistem je u disbalansu ali je zdrava promena moguća.
- Prilagođavanje na trezvenost-porodica radi na razvoju i stabilizaciji novog sistema.
- Dugotrajno održavanje trezvenosti-porodica se mora stabilizovati u novom i zdravijem životnom stilu.

Brown et al., (2000) na klinici u Palo Altu su ispitivali 52 porodice u apstinenciji od 79 dana do 18 godina i na osnovu analize njihovog oporavka opisali faze u razvoju oporavka od alkoholizma.

Mnoge porodice su saopštavale da su lakše rešavali neke probleme u fazi pijenja, bilo je paradoksalno da je po prestanku pijenja, u promenana, bilo nešto što narušava porodicu, a realno nezdrava situacija sa ljutnjom i strepnjom u fazi pijenja, bila „normalna“.

Ovde je naglasak na tezi da je prestanak pijenja i ulazak u terapiju faza akutne traume za porodicu, te da je oporavak više od same apstinencije. Oporavak je apstinencija od nezdravih ponašanja, verovanja, emocija, interakcija i stilova komunikacije. Brown i saradnici (2000) su na osnovu ovog istraživanja formulisani stepeni oporavka, kroz koje sve porodice prolaze u toku oporavka, prestanka pijenja, i izgrađivanja zdravog stila života.

Brown i saradnici opisuju Faze kroz koje porodica prolazi uključujući i prvu, fazu pijenja, zatim faza tranzicije, faza ranog oporavka i fazu stabilnog oporavka (tabela 1.)

**Tabela 1. Faze oporavka od alkoholizma, po Brown i saradnicima, 2000.**

<b><i>Porodica alkoholičara u oporavku</i></b>	<b><i>Pijenje tranzicija</i></b>	<b><i>Apstinencija Tranzicija</i></b>	<b><i>Rani oporavak (3-5 godina)</i></b>	<b><i>Stabilni oporavak (preko 5 godina)</i></b>
<i>Dom okruženje</i>	Eskalacija problema, ponašanje izlazi van kontrole, anksioznost, hostilnost	Trauma oporavka, stvari postaju lošije	Kretanje ka stabilnosti, nada pomešana sa tenzijom i anksioznošću	Stabilno, predvidljivo i konzistentno
<i>Razvoj Zavisnost</i>	Žrtvovanje razvoja radi čuvanja postojećeg stanja	Traženje pomoći van porodice	Oporavak, novi identitet, intenzivna edukacija	Okretanje od spoljne ka unutrašnjoj kontroli, duhovnost
<i>Porodica uslovi</i>	Pijenje je centralni organizacioni princip koji rukovodi porodicom	Kolaps sistema, vakum	Kontinuirani rad na sebi ili terapijski programi	Svi članovi porodice nastavljaju da rastu

Polazeći od činjenica, apstinencija nije cilj lečenja, već promena porodičnog sistema, u oporavku treba istovremeno imati u vidu karakteristike alkoholičarskog sistema i neophodnost njegove promene u terapijskom procesu.

Prestanak pijenja i alkoholičarskog ponašanja može delovati problematično jer se svaki aspekt porodičnog života mora menjati, kao i svaki član porodice. Porodica mora imati spoljašnju podršku. Ova podrška mora trajati nekoliko godina dok se novo ponašanje ne nauči i stabilizuje. Apstinencija donosi nepoznanice i kaos jer članovi porodice moraju izgraditi nova verovanja, vrednosti, ponašnja, emocije, uloge i pravila.

Put oporavka je težak jer počinje predrasudama da će se sa prestankom pijenja svi problemi rešiti i da je za sve probleme odgovoran onaj koji je pio. Alkoholizam kao porodična bolest uslovljava čitavu porodicu da mu se prilagođava. Alkoholizam je bolest mišljenja i ponašanja, alkoholičar misli da njegovo pijenje nije problem, a ostali članovi porodice su organizovani oko njega, i prihvataju nezdrave uloge i ponašanja tako da se pijenje nastavlja. Za suprugu alkoholičara to znači stalnu kontrolu, a za decu, da zaborave na sopstveni razvoj i potrebe, te prate i paze na potrebe nezdrave porodice. Kad je nezdrava situacija kreirana, porodični sistem postaje predvidljiv u svojoj nepredvidljivosti.

Porodica mora ući u neki terapijski proces bilo zajedno, bilo svaki član porodice pojedinačno. Alkoholičar mora da okrene svoju zavisnost od alkohola ka zavisnosti od grupe koja daje podršku. Ova usmerenost na spoljašnji milje za porodicu je veoma traumatična, jer su svi članovi porodice gradili svoj identitet na praćenju znakova nevolje u porodici, a kad jedna osoba izađe iz sistema, ceo sistem se menja. Kad se stari sistem sruši ostaje vakum koji članovi porodice pokušavaju da nadoknade poznatim ponašanjem. To poznato porodično ponašanje je i najopasnije i anksioznost raste.

Alkoholičarska porodica je kao brod koji tone i svi koji se drže broda potonuće sa njim, zato svaki član porodice mora naći sigurno mesto van porodice dok se ne sagradi novi brod. Porodica je povezan sistem i promena u jednom članu menja čitav sistem. Po prestanku pijenja (u oporavku) porodica ne sme da koristi ponašanja koja je koristila u alkoholizmu.

Oporaviti se, znači menjati svaki aspekt porodičnog života, što znači da mora da se izgradi „ne pijući“ identitet, moraju se pronaći novi oblici interakcije. Porodica je

zato u opravku haotična, konfuzna, izgubljena, često se apstinencija ne shvata kao put u bolji život, porodica se pita da li radi nešto pogrešno. Ova osećanja haosa i neočekivanosti su normalna u ranoj fazi oporavka. Kada se čovek kreće nepoznatim putem strepnja je prirodna.

U terapijskom postupku neophodno je članovima porodice približiti ove fenomene i uputiti ih na činjenicu da će tek kroz proživljeno iskustvo moći razumeti situaciju u kojoj se nalaze. Brown et al., (2000: 82) kažu: „Naučite da tolerišete ovaj manjak razumevanja situacije, prihvatite da to gde ste, jeste tamo gde treba da ste - i to je jedna od najvažnijih veština koje treba da naučite u oporavku“.

Oporavak je razvojni proces i da bi ga razumeli moramo razumeti i porodični sistem u fazi pijenja.

Prvo ćemo opisati ukratko porodični sistem u fazi pijenja:

- Sistem je nezdrav i poremećen.
- Suštinski mehanizam odbrane je poricanje i ne vidi se prava priroda nezdravog sistema.
- Većina porodične strukture je blizu kolapsa.
- Porodična pravila su kreirana da održe sistem u mestu "status quo"
- Porodične uloge su restriktivne.
- Rituali su sve opasniji.
- Porodične granice su jake jer se svaki član porodice trudi da se žrtvuje za drugog člana.
- Hijerarhija je između rigidnosti i haosa.
- Komunikacije su konfrontativne.
- Interakcije se prave u smislu alijansi pojedinih članova porodice za „odbranu“ od „ugrožavajuće“ okoline.

Upoređujući porodični sistem u fazi pijenja sa porodičnim sistemom u početnoj fazi terapije, uočavaju se ključne tačke na koje delujemo u terapiji.

**Faza tranzicije** ili „faza bacanja flaše“ to praktično prvi stepen oporavka. U ovoj fazi se porodična dinamika konstantno menja, te je ovo najtraumatičnija faza u oporavku. Svaki član porodice se nalazi u rascepu bolne svetlosti realiteta i

„konformnog“ mraka poricanja. Da bi preživeo kaos tranzicije svaki član porodice mora pronaći pomoć spolja. Sledeće teškoće tranzicione faze se moraju savladati kako bi se porodica pomerila ka sledećoj fazi i potpunom oporavku:

- Treba slomiti poricanje.
- Promeniti verovanja da alkoholičar ima kontrolu nad pijenjem, da nije alkoholičar i da mu ne treba pomoć.
- Priznati da je porodični život van kontrole.
- Naučiti nova ponašanja i razmišljanja u apstinenciji.

U fazi tranzicije, odnosno ranoj apstinenciji, ceo porodični sistem je još uvek disfunkcionalan. Porodica proživljava iskustvo „traume oporavka“. Zbog „izbacivanja flaše“ porodica se nalazi u procepu između starih, nezdravih struktura i procesa i vakuma koji je nastao jer ne zna nova ponašanja. Uključivanjem u terapiju (faza tranzicije), porodični sistem je još uvek disfunkcionalan. Stari sistem treba da se sruši (uneti krizu u sistem), a sa kolapsom starog sistema porodica je u vakumu, jer su stara struktura i procesi slomljeni, a nova, zdrava podrška tek ulazi u porodicu.

- Pravila su problematična.
- Ambivalencija između „stabilnosti“ starih pravila i anksioznosti od uvođenja novih pravila.
- Uloge ne „rade“ jer se slomio sistem koji ih je podržavao.
- Rituali su prevaziđeni i postoji opasnost od velike količine nestruktuiranog vremena.
- Granice su još propustljive između članova porodice i nepropustljive van porodice. Svaki član porodice mora da kreira individualne granice.
- Hijerarhija na vrhu lanca je prazna ili je poremećena.
- Komunikacije - uči se novi rečnik da bi se alkoholizam i poremećeno porodično funkcionisanje razumeli na nov način.

Dakle, u početnoj fazi terapije se različitim terapijskim strategijama i tehnikama unose početne promene u sledeće definisane aspekta porodičnog sistema: strukturu (uloge, pravila, rituali, granice i hijerarhija), procese (komunikacije i interakcije),

stabilnost (konzistentnost u strukturi i oblicima relacija). Ovaj proces je dugotrajan, samo faza tranzicije traje do tri godine.

*Faza ranog oporavka* traje od 3-5 godina, a posle pet godina porodice ulaze u fazu stabilnog oporavka.

U *fazi stabilnog oporavka* porodični sistem ima sledeće osobine:

- Porodični sistem je stabilan.
- Porodični sistem je organizovan na osnovu poštovanja pravila apstinencije.
- Porodična struktura i procesi su predvidivi.
- Porodično okruženje je sigurno i konzistentno.
- Porodične krize se savladavaju kroz kopinge naučene tokom terapije.
- Porodična pravila su jasna i otvorena za promenu.
- Porodične uloge su prikladne, a sigurno okruženje omogućava eksperimentisanje sa novim ulogama.
- Rituali su konzistentni i otvoreni za proveru.
- Porodične granice su bazirane na jačini svakog člana porodice.
- Komunikacije su otvorene i iskrene.
- Promene su moguće.

Faza stabilnog oporavka je opisana na sledeći način. Proces koji je počeo kao pokušaj oblikovanja života bez alkohola polako postaje osnova pogleda na svet koji članove porodice povezuje sa svetom. Novi život bez alkohola zahteva stalni razvitak veština koje čine put kroz život lakšim, ne postoji kraj puta i tačka na kraju. Cilj je proces, pišu Brown et al., (2000: 243), a proces je cilj. Proces i cilj su nova životna filozofija koja daje osećaj da nema ničega sa čime čovek ne može da se nosi, samopouzdanje kojim svet i život bivaju bogatiji. Cilj ne može jednom za svagda dosegnuti. Shvatanja autora iz Palo Alta su očigledno pod uticajem postmodernizma, jer se cilj terapije shvata kao doživotni proces rasta. U postmodernom shvatanju, u psihologiji, predmet izučavanja je ljudska aktivnost, promena i učenje za razvoj. Teorija ljudske aktivnosti, performansa (Newman, 1991) podrazumeva procese, nizove akcija koje treba u terapiji pokrenuti i čije se odvijanje ne završava sa prestankom terapije. Kroz aktivnosti pokrenute u terapiji – porodica se menja i razvija (učenje za razvoj), a sa porodicom uči i razvija se i terapeut.

## **5. O ISTRAŽIVANJU PORODIČNE REZILIJENTNOSTI I ALKOHOLIZMA**

### **5.1. METODOLOŠKI PROBLEMI**

Koncept porodične rezilijentnosti je relativno nov u nauci, te postoje brojne dileme i teškoće vezane za definiciju, modele razumevanja rezilijentnosti, a koji utiču na metodologiju istraživanja ovog koncepta.

Navešćemo neke od teškoća (Kilian, 2004). Rezilijentnost se definiše kao proces, kapacitet za dobru adaptaciju uprkos lošim okolnostima. Ovi aspekti prave konfuziju o tome šta rezilijentnost suštinski jeste, da li je ona

- pozitivan ishod borbe sa nepovoljnim okolnostima
- veština i kapacitet za prevladavanje nevolja u stresnim uslovima
- proces adaptivnog prevladavanja problema
- set ličnih osobina i sposobnosti individue i porodice, specifičnih za razvojnu fazu, a koje omogućavaju dobru adaptaciju uprkos nevoljama

Ova četiri aspekta unose pitanje hronologije rezilijentnosti – da li ona postoji i pre nego što se pojedinac ili porodica suoči sa nevoljom, pa počinje da funkcioniše kad je rizik prisutan (kao proces imunizacije, koji ne pojačava zdravlje, ali pomaže kad se bolest pojavi), ili se razvija kao odgovor na nevolju ili problem.

Razlike u modelima rezilijentnosti doprinose daljim metodološkim dilemama. Neki autori (Kilian, 2004) razumeju rezilijentnost kao kapacitete koje neki pojedinac, porodice i zajednice imaju i to bolje razvijene od drugih pojedinaca, porodica ili zajednica. Sa druge strane, Grotberg-ova (2005) definiše Model univerzalne snage, te rezilijentnost razume kao univerzalni kapacitet u osobi, grupi i društvu za borbu sa nevoljama. Taj kapacitet može da se pokrene, razvija i neguje, u kontekstu individualne, porodične i šire socijalne zajednice.

Istraživanja se kreću u različitim pravcima: U jednim je cilj preciznije objašnjenje prirode porodične rezilijentnosti (Coyle, 2006), dok druga polaze od određenog modela



porodične rezilijentnosti i ispituju ga kvalitativno i kvantitativno kao i mogućnost njegove primene u praksi (Lum, 2006).

Tip porodice u kojima se istražuje rezilijentnost je različit. Ispituju se porodice koje sebe procenjuju kao jake i rezilijentne da bi se identifikovali procesi koje oni koriste u suočavanju sa nevoljama (kvalitativne studije) ili se ispituje uticaj ekonomskih, socijalnih i psiholoških stresora na porodičnu funkcionalnost, koja se izjednačava za rezilijentnošću (kvantitativne studije).

Sama porodična rezilijentnost se različito konceptualizuje. Nekada se vidi kao izraz funkcionalnosti, a nekada kao protektivni faktor u porodičnom funkcionisanju.

Studije porodične rezilijentnosti imaju često uzak fokus, istražuje se uticaj specifičnih faktora rizika ili protektivnih faktora, a ne uzima u obzir interakcija faktora.

Ne postoji ni ujednačeni kriterijum kako se porodični procesi, koji čine rezilijentnost, mere: neki istraživači ih mere kao prosek, interakciju funkcionalnosti članova porodice, dok drugi preko procene samo jednog člana porodice.

Svi ovi problemi su otvoreni i predstavljaju zadatke za dalja istraživanja.

## **5.2. ISTORIJAT ISPITIVANJA PORODIČNE REZILIJENTNOSTI**

Koncept individualne i porodične rezilijentnosti nastao je iz istraživanja stresa. Cohen, et al., (2002) navode da su istraživanja išla u sledećem pravcu. Prvo se istraživao stres i njegove posledice, kasnije različite vrste stresa i vrste posledica. Kasnije se proučavaju mogući pozitivni ishodi reagovanja na stres, tu se već ušlo u područje ispitivanja otpornosti na stres i ušlo u područje individualne rezilijentnosti. Termin individualna rezilijentnost se prvo koristi u razvojnoj psihologiji i studijama koje su se fokusirale na nepovoljne situacije kojima su izložena deca zbog kojih bi u kasnijem životu mogla da razviju patologiju (Werner i Smith, 1992). Ispitivanja rezilijentnosti su se usmeravala na identifikaciju osobina koje omogućavaju deci u riziku da budu otporna na stres (Anderson, 1997). Ovi zaštitni faktori pronađeni su u deci, njihovim porodicama i njihovom socijalnom okruženju (Garmezy, 1991). Studije su zatim napredovale od definicije atributa rezilijentnosti do prepoznavanja da je rezilijentnost proces zadovoljavajućeg kopinga sa rizikom koji rezultira dobrom adaptacijom i kompetentnošću (Anderson, 1997). Jedan od dominantnih fokusa

istraživanja bile su socijalne, bihevioralne i akademske kompetence rezilijentne dece uprkos nepovoljnim okolnostima odrastanja. Dalje su istraživači prepoznali porodične potencijale ne samo kao izvor moguće patologije, već i mogućnost da deca u porodici uče rezilijentna ponašanja, vrednosti i veštine (McCubbin i Thompson, 1993). Tako počinje da se istražuje porodična rezilijentnost čija se definicija kasnije proširuje na dimenzije rasta i razvoja u relaciji sa sposobnošću porodice da se oporavi od nesreće, da preživi, da prevaziđe teškoće i da dalje napreduje. Porodična rezilijentnost se ne prepoznaje kao jednostavna varijabla ili vrednost na kontinuumu, već kao proces, interakcija individue i socijalnog konteksta, koji omogućava porodični progres i jača snage porodice kako tokom stresne situacije tako i životnog ciklusa porodice. Kalil (2003) navodi da savremena ispitivanja porodične rezilijentnosti idu u dva pravca: Prvi porodičnu rezilijentnost shvata kao potencijal porodice kao celine, te se izučavaju procesi kao što su porodična verovanja, porodična kohezija i kopinzi. Drugi pravac proučava porodicu kao milje u kojem porodica kreira protektivnu okolinu koja podstiče razvoj dece.

Rezimirajući ovaj deo, možemo reći da sistematska istraživanja rezilijentnosti od 60-tih i 70-tih godina 20. veka (Dotty, 2009) idu u četiri etape.

*Prva etapa* je vezan za pionire istraživanja rezilijentnosti (Garmezy, Rutter, Werner) koji su istraživali faktore (obično nazivani rizični i protektivni), a koji su odgovorni za adekvatno psihičko funkcionisanje tokom nepovoljnih okolnosti. Tražena je „lista faktora“ za koje su verovali da predviđaju normalno funkcionisanje u visoko rizičnim situacijama. Ova lista je postajala vremenom sve duža zbog velikog broja personalnih i okolinskih atributa, a koji su asocirani sa adekvatim funkcionisanjem.

*Druga etapa* u istraživanjima je pokušala da objasni *kako* rizični ili protektivni faktori osnažuju ili ugrožavaju zdravo funkcinisanje. U ovoj etapi su konceptualizovani i najpoznatiji modeli porodične rezilijentnosti Walsh-ove (1996) i McCubbin-a (1996) koje smo opisali u ovom radu.

Sledeća etapa u istraživanjima rezilijentnosti je bila pokušaj da se rezultati istraživanja koriste u primenjenim naukama (kliničkoj psihologiji, pedagogiji, psihijatriji i drugim) da bi se utvrdili domeni intervencija i prevencije. Od istraživanja ovog tipa navodimo studiju Chakraborty (2007) koja je ispitivala faktore rezilijentnosti

kao prediktore kvaliteta života kod osoba koje neguju obolele od amiotrofičke lateralne skleroze, studiju Amatea et al., (2006) koji su istraživali mogućnosti primene koncepta rezilijentnosti u školskim preventivnim programima, te studiju Ahlert (2009) koja je ispitivala mogućnosti za jačanje rezilijentnosti u porodicama sa detetom koje ima oštećen sluh, te osmislila i program za razvoj rezilijentnosti u ovim porodicama.

*Četvrta etapa* je integracija prethodne tri, to su istraživanja kroz višestapnu analizu koja uključuje biološke, psihološke i socijalne aspekte. Ova istraživanja traže nove dizajne, bazirane na ranijim istraživanjima, a koji omogućavaju i širu primenu koncepta rezilijentnosti i njegov širi značaj.

### **5.3. ISPITIVANJA PORODIČNE REZILIJENTNOSTI U ALKOHOLIČARSKOJ PORODICI**

Koncept rezilijentnosti je nastao istraživanjem dece iz porodica alkoholičara. Butler (1997) navodi da je S. Wolin 70-tih godina prošlog veka, baveći se istraživanjem psihičkog zdravlja dece iz alkoholičarskih porodica, identifikovao grupu koja nije pokazivala znake patologije. Taj fenomen se stalno pokazivao u istraživanjima, ali praktično su ga Wolinovi (Wolin i Wolin, 1993) tek 90-tih godina 20. veka opisali terminom „rezilijentna ličnost“ koja je odrastala u senci alkoholizma, a bila „otporna“ na „patologiju“ svoje porodice, te je implicitna pretpostavka bila da je ova porodica samo mogući izvor patologije, a nikako snage. Ovo je i razlog zbog kojeg u literaturi nalazimo malo istraživanja odnosa alkoholičarskih porodica i porodične rezilijentnosti. Trebalo je da prođe decenija i promeni se način viđenja problema, da bi se prepoznala porodična rezilijentnost (ne samo patologija) u relaciji sa porodicom alkoholičara.

Istraživanja koja proučavaju ovu relaciju uslovno možemo podeliti na dve grupe :

- 1) istraživanja koja koriste neki od poznatih modela porodične rezilijentnosti pa ga ispituju u porodicama zavisnika (Lum, 2008; Majkić, 2002; Jun, 2008) ili koncipiraju svoj model rezilijentnosti (Palmer, 1993; Mohatt et al., 2007) i
- 2) istraživanja efekata porodične terapije alkoholizma na pojedine porodične procese koji čine koncept porodične rezilijentnosti.

Ad 1) Jedna od retkih kvalitativnih studija je Majkićevo (2002) ispitivanje rezilijentnosti u adolescentnim porodicama u uslovima krize. U ovom istraživanju je kontrolna grupa bila alkoholičarska porodica. Primenjujući model porodične

rezilijentnosti Walsh-ove, autor je ispitao 348 porodica, od kojih 175 disfunkcionalnih (alkoholičarskih) porodica i uporedio ih sa funkcionalnim, „nekliničkim“ porodicama. Rezultati istraživanja pokazali su značajne razlike između ovih porodica po svim dimenzijama porodične rezilijentnosti: sistemima verovanja, organizacionim i komunikacionim procesima, procesima zajedničkog rešavanja problema i porodičnog distresa. Neadaptirana porodica (alkoholičarska) u ovom istraživanju je opisana na sledeći način: sistem verovanja ovih porodica je rigidan, odnos prema životu više negativan nego pozitivan, procene životnih događaja su negativne što uslovljava haotično reagovanje i onemogućava zajedničko rešavanje problema. Daju fatalistička značenja životnim događajima, ne koriste transcendentna i duhovna verovanja za objašnjenje teških ili nepredvidljivih životnih situacija, već sujeverje i misticizam. Životne događaje ne percipiraju kao izazov i šansu za učenje i dalji razvoj. U ovim porodicama nema osećaja bliskosti i podrške što ih onemogućava da zajednički rešavaju probleme, komunikacija im je nejasna, ne izražavaju otvoreno emocije, loše su povezane sa socijalnim okruženjem. Ovo je u suštini opis alkoholičarske porodice u terminima ili po modelu rezilijentnosti.

Model porodične rezilijentnosti u porodici zavisnika primenjen je i u istraživanju Lum (2008). Ovo istraživanje je imalo za cilj proveru efekte programa za razvitak rezilijentnosti u porodicama zavisnika. Program za razvitak rezilijentnosti je 72-časovni kognitivno-edukativni kurs u kojem učesnici dobijaju znanja i veštine koje jačaju njihovu rezilijentnost (znanja o uticaju zavisnosti na porodicu, pravilnoj ishrani, veštinama komunikacije, veštinama odupiranja, ispoljavanju osećanja na siguran način, veštinama donošenja odluka i drugim). Devet učesnika iz alkoholičarskih porodica, koji su završili ovaj program, poređeno je sa decom iz zavisničkih porodica, a koja nisu prošla program. Ispitani su Sixbey-ovim Upitnikom za rezilijentnost (2005) kako bi se kvantitativno utvrdio stepen njihove rezilijentnosti, a za kvalitativnu analizu je rađen intervju sa temama baziranim na modelu rezilijentnosti Walsh (1996). Kvalitativni rezultati su pokazali da je program „osnažio“ učesnike koji su završili ovaj kurs, odnosno oni su imali viši rezultat na mernom instrumentu nego kontrolna grupa. Važnost ovog istraživanja je i podatak da ima malo kvalitativnih studija koje mere procese rezilijentnosti u porodicama alkoholičara.

Jun (2008) istražuje efekte porodične rezilijentnosti alkoholičarskih porodica na porodičnu adaptaciju 100 žena čiji su muževi alkoholičari. Za merenje rezilijentnosti korišteni su instrumenti koji su konstruisani uzimajući u obzir teorijski model rezilijentnosti Walsh, a za merenje porodične adaptacije korišten je Faces III. Studija je potvrdila da ovi procesi utiču na porodičnu adaptaciju. Ovo istraživanje smo naveli zbog toga što je rađeno u Japanu i što ukazuje na široku prihvaćenost koncepta rezilijentnosti, mada je nejasna teorijska orijentacija autora i diskutabilan zaključak o doprinosu faktora rezilijentnosti porodičnoj adaptaciji (kakvoj?) u porodici sa članom zavisnikom.

Palmer (1993) navodi da u poslednjoj dekadi 20. veka raste interesovanje za odrasle koji su preživeli roditeljski alkoholizam odnosno nisu i sami postali alkoholičari i ne pokazuju znake neke druge patologije, pokazujući znake kompetentnosti i rezilijentnosti. U svojoj doktorskoj tezi ova autorka navodi da je istražujući sibilinge (braću i sestre) iz alkoholičarskih porodica, od kojih jedan nije bio alkoholičar, definisala Diferencijalni model rezilijentnosti. Ovaj model nije prosto zbir karakteristika rezilijente osobe, već obuhvata jedinstvo osobe u kontekstu njenog okruženja. Čine ga četiri različita tipa ili stepena rezilijentnosti: Anomičko preživljavanje, Regenerativna rezilijentnost, Adaptivna rezilijentnost i Razvojna rezilijentnost. Istraživanje je rađeno kao kvalitativna studija 10-oro odraslih rezilijentnih osoba koji su odrasli u alkoholičarskoj porodici (ACOA-adult children of alcoholic) po Diferencijalnom modelu rezilijentnosti kako bi utvrdili kojem tipu ili stepenu rezilijentnosti odgovaraju. Ispitanici su intervjuisani struktuiranim intervjuom koji je obuhvatio oblasti kopinga, odnose sa okolinom, homeostazu i energiju. Autorka za svakog ispitanika definiše kom tipu ili stupnju rezilijentnosti pripada, nalazeći potvrdu za svoj model. Vrednost ove studije je korišćenje novog jezika (jezika oporavka) i početak razumevanja procesa razvoja rezilijentnosti kao i resursa potrebnih za promenu.

U studiji Mohatt-a et al., (2007) se takođe daje model oporavka od alkoholizma ili procesa razvoja rezilijentnosti. Ova kvalitativna studija je koristila podatke dobijene od 57 alkoholičara i njihovih porodica, raznih etničkih grupa na Aljasci, a koji su bili najmanje pet godina u apstinenciji. Podaci dobijeni intervjuom u kojem su analizirane etape oporavka, omogućili su dobijanje heurističkog modela oporavka kao razvojnog procesa koji prolazi kroz pet sekvenci. Prva je sekvenca prekontemplacije, kada osoba

često i dugo razmišlja o posledicama alkoholizma, sledeća faza je faza eksperimentisanja sa periodima apstinencije, treća je faza finalne odluke o prestanku pijenja. Četvrta je faza totalne apstinencije u kojoj kod nekih osoba postoji aktivna borba sa nagonom za pijenje i peta faza je „oporavak koji traje“ odnosno „živeti život kako ga treba živeti“.

Ad 2) Sledeća grupa istraživanja pripada studijama efekata porodične terapije alkoholizma na pojedine procese kompleksnog fenomena rezilijentnosti (socijalna prilagođenost, komunikacije, emocionalni odnosi, sistem vrednosti, kohezivnost i adaptabilnost i druge). Ovde ćemo posebno navesti istraživanja fenomena kvaliteta života kojim smo proširili naše razumevanje koncepta rezilijentnosti u odnosu na efekte porodične terapije alkoholizma.

Već prva istraživanja efekata porodične terapije alkoholizma (Gačić, 1978) za kriterijume evaluacije uspeha lečenja osim apstinencije, uzimaju porodičnu situaciju, socijalnu rehabilitaciju, somatsko stanje, psihički status i opštu socijalnu prilagođenost. Ispitane su dve grupe od po 50 ispitanika, od kojih je prva grupa lečena u porodičnoj terapiji, a druga grupa je bila na klasičnoj grupnoj terapiji, bez člana porodice. Socijalna prilagođenost kojom su obuhvaćeni interpersonalni odnosi u mikrosocijalnim sredinama (odnosi sa rodbinom, drugovima, prijateljima, susedima i kolegama na poslu) i asocijalno i antisocijalno ponašanje je pokazalo najveću razliku između ove dve grupe ispitanika, u smislu daleko veće prilagođenosti ispitanika lečenih porodičnom terapijom.

Dimitrijević (1992) je u studiji efekata porodične terapije u terapiji mladih alkoholičara, procenjivao promenu porodičnih odnosa i proces osamostaljivanja. Uzorak je bio sastavljen od 50 mladih alkoholičara i njihovih primarnih porodica. Cilj studije je bio uticaj porodične terapije na komunikacije, emocionalne odnose, porodične uloge, samostalnost mladih, ekonomske odnose i korišćenje slobodnog vremena. Rezultati istraživanja su pokazali da se u toku tretmana porodičnom terapijom promenila komunikacija, koja je postala otvorenija, jasnija i konstruktivnija, okrenuta potrebama i željama roditelja i mladih. Emocionalni odnosi se kvalitativno menjaju, svađe i nerazumevanje zamenjene su razumevanjem i toplinom. Menjao se način provođenja slobodnog vremena. Mladi žele da se odvoje od roditelja u većem procentu na kraju nego na početku terapije. Autor zaključuje da se grupna porodična terapija

mladih zavisnika bavi i problemima individuacije i odvajanja od roditelja, pomažući mladima i roditeljima da te procese uspešno reše.

Trbić (2000) je istraživala odnos stepena zavisnosti od alkohola i funkcionalnosti porodice, odnosno porodičnu koheziju i adaptabilnost i uticaj ekosistemske porodične terapije na promene u funkcionalnosti alkoholičarske porodice. Na uzorku od 55 porodica ispitivan je uticaj porodične terapije na promene u porodici, šest i dvanaest meseci od početka terapije. Rezultati istraživanja su pokazali da je porodična terapija uticala na promene u alkoholičarskoj porodici u smislu povećanja njene funkcionalnosti. Posebno se povećala porodična kohezija, emocionalne veze i osećaj bliskosti, registrovane su manje promene u promeni pravila i uloga u porodici. Povećalo se i zadovoljstvo porodičnim odnosima.

Filipović (2009) je istraživala uticaj grupne psihoterapije adolescenata iz porodica alkoholičara na njihov psihički i socijalni status. Ispitano je 350 adolescenata podeljenih u četiri grupe od kojih su dve grupe činili adolescenti čiji su se roditelji lečili porodičnom terapijom alkoholizma, a druge dve grupe adolescenata su bili iz opšte populacije. Grupna psihoterapija adolescenata uticala je na smanjenje ispoljavanja sociopsihijatrijskih obeležja kao što su: povlačenje, socijalni problemi i delinkventno ponašanje. Kod adolescenata u terapiji poboljšali su se porodični odnosi i sposobnost prilagođavanja socijalnoj sredini. Ovo istraživanje je pokazalo potrebu grupnog rada sa adolescentima uz porodičnu terapiju roditelja.

Istraživanje Dragišić-Labaš (2008) je ispitivalo uticaj sistemske grupne porodične terapije alkoholizma na promene u strukturi i organizaciji alkoholičarske porodice, i to u oblastima značajnim za funkcionisanje braka i porodice, tokom određenog vremena. Na uzorku od 100 bračnih parova, ispitivanih u tri navrata- na početku, šest meseci i posle jedne godine lečenja, ispitivani su porodična kohezija i adaptabilnost, usaglašenost bračnih partnera u zadovoljstvu, emocionalnom izražavanju, te organizaciju i sistem vrednosti porodica. Rezultati su pokazali da je u toku tretmana došlo do pomeranja na dimenziji kohezivnosti u smislu povećanja bliskosti, razumevanja, pomoći, tolerancije i podrške između supružnika kao i između članova porodice. Tokom tretmana se povećala satisfakcija koja se ispoljila kao zadovoljstvo novim, zdravijim funkcionisanjem bračne dijade. Porodični sistem vrednosti koji

podrazumeva postojanje zajedničkih verovanja o svetu, koji oblikuju porodično iskustvo i utiču na načine rešavanja problema, a koji zavisno od poruke mogu da oslabe ili osnaže porodicu-pokazalo se da se na kraju terapije nalazi oko preseka, te autor zaključuje da su lečene porodice alkoholičara na putu ka izgrađivanju novog sistema vrednosti.

Studija Berger (1989) je istraživala trajnost pozitivnih efekata porodične terapije alkoholizma sa stanovišta kvaliteta života. Na uzorku od 60 bračnih parova koji su završili program intenzivne kombinovane porodične terapije alkoholizma, od kojih je 30 parova je bilo u programu od 1-3 godine posle terapije, a ostalih 30 parova od 3-5 godina posle terapije. Zaključci studije su bili sledeći:

1. Porodična terapija alkoholizma uspeva da ostvari pozitivne efekte i u ličnom i u porodičnom životu lečenih alkoholičara. Pozitivni efekti ogledaju se i u uspostavljanju apstinencije i u značajnom poboljšanju porodičnih i socijalnih odnosa, profesionalnog funkcionisanja i zdravstvenog stanja u odnosu na stanje pre terapije. Ovi efekti ostaju trajni i do pet godina po završetku tretmana.
2. Porodična terapija uspeva da poboljša lični i porodični život u smislu da porodice lečenih alkoholičara po opštem funkcionisanju i kvalitetu života postaju nalik takozvanim „normalnim porodicama“. Ovo se odnosi na preraspodelu rada, obaveza i zaduženja u porodici, bliskosti i poverenja među supružnicima, zadovoljstva brakom, socijalnim odnosima, profesionalnom funkcionisanju i odnosima sa decom.
3. Porodična terapija uspeva da poboljša lični i porodični život lečenih alkoholičara i u tom smislu da ovaj po nekim elementima postaje bolji od stanja u „normalnim porodicama“. Jasnija pravila ponašanja ogledaju se u većem redu u porodičnim odnosima, ređim sukobima u porodici u celini. Članovi porodice se češće dogovaraju i odluke oko važnih porodičnih stvari češće donose zajednički. Supružnici brže i adekvatnije izlaze iz međusobnih sukoba, porodica je češće na okupu. Pomenute prednosti u porodici lečenih alkoholičara ostaju trajne i do pet godina posle terapije.



DEO III

**EMPIRIJSKI DEO**

## **6. NACRT I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA**

### **6.1. PROBLEM ISTRAŽIVANJA**

Primenjujući preko 15 godina sistemsku porodičnu terapiju alkoholizma, uočili smo da osim niza psiholoških, somatskih i socijalnih problema, porodice imaju i zdrave snage i resurse. Problem je bio kako u složenoj interakciji ličnih, porodičnih i socijalnih faktora prepoznati snage i resurse na koje treba delovati u terapiji i u funkciji su predikcije uspeha terapije. Koristeći koncept porodične rezilijentnosti operacionalizovali smo ovu složenu interakciju sa stanovišta snaga porodice i kroz procese rezilijentnosti merili učinak terapije.

### **6.2. PREDMET ISTRAŽIVANJA**

Predmet istraživanja je alkoholičarska porodica, tj. kako se alkoholičarska porodica menja pod uticajem terapije i života bez alkohola.

Konkretnije, ovo je istraživanje učinka (uticaja i trajnosti) sistemske terapije na porodičnu rezilijentnost porodica alkoholičara.

*Sistemska porodična terapija* koju primenjujemo na Odeljenju i Dispanzeru za lečenje alkoholizma, Opšte bolnice u Somboru je modifikovana, ekosistemska terapija alkoholizma koja se primenjuje pri Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu u čijoj je osnovi interakcijski i sistemski pristup.

#### *Somborski model porodične terapije alkoholizma*

U našem radu koristimo principe ekosistemskog modela modifikovane u odnosu na naše uslove rada, a koje nazivamo sistemska ili porodična terapija alkoholizma. U radu ćemo koristiti alternativno nazive sistemska ili porodična terapija alkoholizma.

Na Odeljenju za alkoholizam somborske Opšte bolnice (ranije Zdravstveni centar) sistemsku porodičnu terapiju alkoholizma primenjujemo od 1994.-te godine (Zobenica, 2006.) Terapijski tim čine dva lekara neuropsihijatra, dva psihijatra, klinički psiholog, socijalni radnik i medicinski tehničar. Psihijatar, psiholog i socijalni radnik su porodični terapeuti alkoholizma, edukovani na Institutu za mentalno zdravlje i Centru za porodičnu terapiju alkoholizma u Beogradu. U porodičnu terapiju uključujemo pacijente koji se leče na Odeljenju kao i Dispanzerske pacijente. Svi pacijenti se uvode u

apstinenciju, obavljaju biohemijska ispitivanja, dijagnostiku težina oboljenja, uključuje saradnik i prolaze kroz kognitivno-edukativnu (ako saradnik ne može da dolazi redovno ili ga nema) ili psiho-edukativnu grupu (Popović, 1998) iz koje se selekcionišu pacijenti za porodičnu terapiju. Grupe su zatvorenog tipa, sa prosečno 10-15 pacijenata od kojih tek 4-5 pacijenata zadovoljava uslove i ima mogućnosti (materijalne) za porodičnu terapiju. Ovi pacijenti tokom boravka na Odeljenju, a po završenoj terapiji u grupi, počinju porodičnu terapiju.

Porodična terapija je kod nas tako organizovana da isti terapijski tim radi na Odeljenju i u Dispanzeru, te se terapija prvo odvija na Odeljenju, a posle u Dispanzeru.

Faze lečenja su:

- Pripremna.
- Intenzivna: rana, srednja i kasna.
- Stabilizaciona: rana, srednja i kasna.

*Pripremna* i intenzivna rana faza obuhvataju sve pacijente na Odeljenju.

Pripremna faza sastoji se iz detoksikacija i somatskih pretraga.

*Intenzivna* rana faza obuhvata uključivanje saradnika, edukaciju iz alkoholizma i informativno predstavljanje, te mali ispit iz alkoholizma, tokom boravka na Odeljenju. S obzirom da se radi o Odeljenju na kome se ne leče samo alkoholičari, već i narkomani, te granični poremećaji, boravak pacijenata na Odeljenju je ograničen na 4-6 nedelja. Pacijenti koji neće biti uključeni u porodičnu terapiju za to vreme završavaju hospitalizaciju. Samo za pacijente koji će biti uključeni u porodičnu terapiju, lečenje se nastavlja srednjom intenzivnom fazom koja počinje networkom, sa do 10 članova socijalne mreže i decom starijom od 10 godina. Potom tokom sledeće dve nedelje-kasne intenzivne faze, grupa radi svakodnevno i ova faza se završava polaganjem ispita iz alkoholizma pred networkom i analizom lečenja.

*Rana stabilizaciona* faza se odvija samo u Dispanzeru, grupa se sastaje jednom nedeljno, najmanje četiri, a najviše osam nedelja i završava se Velikim predstavljanjem.

*Stabilizaciona srednja faza* počinje analizom Velikog predstavljanja i planom porodičnih i ličnih aktivnosti za sledećih šest meseci.

*Stabilizaciona kasna faza* traje sledećih šest meseci. Počinje analizom plana kreiranog na početku srednje faze, i završava se Velikom rezimeom celokupnog lečenja, i planom za sledećih godinu dana života porodice. U ovoj fazi se porodica okreće budućnosti. Kompletan terapijski postupak traje u proseku do dve godine.

**Porodičnu rezilijentnost** u ovom istraživanju razumemo kao kvalitet koji nadilazi zbir pojedinačnih rezilijenci članova porodice, kao kontinuum i kao razvojni proces u stalnoj interakciji sa okolinom. Porodičnu rezilijentnost čine različiti procesi, individualni i interakcijski, koji poseduje svaka porodica, u svakoj fazi životnog ciklusa, ali u različitom stepenu. Neke porodice u određenoj fazi životnog ciklusa imaju vrlo nizak nivo rezilijentnosti, razvijaju problem (kao što je alkoholizam) i ostaju u njemu. Neke druge imaju nešto više „žilavosti“ ali tek toliko da zatraže pomoć, stignu na lečenje ali ga ne završe. Treće porodice imaju toliko rezilijentnosti da tokom lečenja jačaju, razvijaju svoje potencijale i veštine, podižu nivo rezilijentnosti i uspešno završavaju zahtevni program lečenja i uz rezilijence osnažene u toku terapije, nastave dalje da žive kvalitetno. Ima porodica koje toliko „profitiraju“ od terapije da nastave posle nje da žive bolje nego pre lečenja.

Teorijski okvir istraživanja je Rezilijentni model stresa, prevladavanja i adaptacije (McCubbin, 1996). Ovaj model sugerise veliki broj faktora koji utiču na nivo porodične adaptacije na stresor uključujući nivo porodične vulnerabilnosti (V), tip porodice (T), porodične resurse (B), porodičnu procenu (C) i problem solving i koping strategije (načine rešavanja problema).

Za potrebe našeg istraživanja, doprinosa terapije izlasku iz krize alkoholizma, jačanju porodice za izlazak iz patološke adaptacije (koju smo objasnili u poglavlju 4.) izdvojili smo sledeće procese: to su uobičajeni oblici porodičnog funkcionisanja (kohezivnosti i adaptabilnost), porodični resursi (interni resursi i network i socijalna podrška), porodične procene (porodična koherentnost i porodične paradigme) i problem solving i koping strategije (lični i socijalni načini rešavanja problema). Ovde moramo naglasiti naše izmene u odnosu na originalni model. Prvo što se tiče uobičajenih oblika porodičnog funkcionisanja koje smo posebno izdvojili, a onda i domena porodičnih procena. U svom trećem teorijskom modelu rezilijentnosti (McCubbin, 1987) pod uobičajenim oblicima porodičnog funkcionisanja podrazumeva tip porodice (T) koja se

klasifikuje po različitim kriterijumima porodične strukture. Kada porodice klasifikuju po kohezivnosti i adaptabilnosti, onda ih naziva *prilagodljive porodice*, sa podvarijantama fragilnih, savitljivih i povezanih porodica (objašnjeno u poglavlju 2). Kasnije, u četvrtom modelu rezilijentnosti, tipove porodica više ne naglašava, a same procese adaptabilnosti i kohezivnosti svrstava u porodične resurse. Zbog važnosti procene porodičnog funkcionisanja po dimenziji adaptabilnosti i kohezivnosti, na osnovu Olsonovog modela porodičnog funkcionisanja i na njemu baziranog instrumenta koji je široko korišten u istraživanjima porodičnog funkcionisanja, te i teorijskog modela Walsh (1996) koja ove procese ističe kao bitne u organizacionim procesima porodice, mi smo ove procese izdvojili i merimo ih i analiziramo posebno, a ne u sklopu porodičnih resursa.

Porodične procene koje sadrže porodičnu koherentnost i porodične paradigme smo ispitivali sa naglašavanjem religioznosti i duhovnosti koje su inače zanemarene oblasti u porodičnoj terapiji alkoholizma.

Česta primedba u istraživanjima porodične rezilijentnosti (Luthar et al., 2000; Keller, 2003) da nema konsenzusa među istraživačima same definicije rezilijentnosti, te da se u okviru ovog koncepta rizični, protektivni faktori kao i zadovoljavajući ishod često istražuju kao sinonimi za rezilijentnost. Ovaj problem smo uvažili koristeći model koji predlaže Keller (2003). Ovaj model razlikuje rizične, protektivne faktore, te atribicioni stil od kojeg će zavisiti kako će osoba procenjivati rizične i protektivne faktore kao i činjenicu da treba „izmeriti“ i zadovoljavajući ishod.

Kako bismo razumeli rezilijentnost i sa navedenog aspekta u našem istraživanju smo rizične faktore razumeli kao disfunkcionalnost alkoholičarske porodice, protektivni faktor je bio uticaj terapije na porodične procese, atribicioni stil je bila porodična procena, a zadovoljavajući ishod smo definisali kao procenu kvaliteta života.

***Učinak sistemske terapije*** definisan je ciljevima terapije. Cilj terapije alkoholizma je poboljšanje fizičkog, psihičkog i socijalnog kvaliteta života, pa smo stoga efekte promena nastalih u terapiji operacionalizovali i kroz koncept „kvaliteta života“ koji smo definisali kao procenu fizičkog, psihičkog i socijalnog aspekta života porodica tokom i posle terapije. Učinak terapije smo merili preko ispitivanja dve grupe porodica, jedne (rezilijente) grupe, koju smo nazvali eksperimentalna, a koja je završila terapiju pre tri i

više godina u odnosu na vreme istraživanja i druge grupe (kontrolna grupa) koja je počela terapiju i nalazi se na početku intenzive faze lečenja. Trajnost pozitivnih efekata terapije smo merili i kroz procenu kvalitet života.

*Porodice alkoholičara* koje uzimamo u porodičnu terapiju i za ovo istraživanje pripadaju tipu alkoholičarske porodice. Po Kaufmanu i Pattisonu (1981) to je neurotički zapleten porodica kojoj je neophodna dugoročna porodična terapija koja je bazirana na promenama u porodičnom sistemu.

Predmet istraživanja konkretno:

- 1) **Porodično funkcionisanje** iskazano kroz cirkumpleksni model porodičnog i bračnog sistema i koji čine tri dimenzije: adaptabilnost, kohezija i komunikacije. Kohezivnost ima četiri dimenzije porodičnog funkcionisanja: dezangažovanost, odvojenost, povezanost, umreženost u porodici. Adaptabilnost ima takođe četiri dimenzije: haotičnost, fleksibilnost, strukturisanost i rigidnost. Adaptabilnost se odnosi na stepen fleksibilnosti porodičnog sistema, a definiše se kao količina promene u vođstvu, ulogama i pravilima pod uticajem situacionih i razvojnih stresova. Kriterijumi za procenu adaptabilnosti uključuju vođstvo-moć i kontrolu, disciplinu, uloge i pravila i stil pregovaranja. Kohezija se definiše kao emocionalna povezanost članova porodice. Za procenu ove dimenzije koriste se sledeći kriterijumi-emocionalna povezanost, porodično angažovanje, bračni odnos, odnos između roditelja i dece, unutrašnje i spoljašnje granice. Porodična komunikacija je treća dimenzija koja podstiče promene u prve dve dimenzije u cilju adaptacije na stresore.
- 2) **Porodični resursi (interni resursi i network i socijalna podrška)** je integrisanost porodice u zajednicu, pogled na zajednicu kao mogućnost podrške i osećaj da zajednica može da da emocionalnu i network podršku. Socijalna podrška je i konkretna spoljašnja socijalna podrška porodici od strane prijatelja, rodbine, komšija, radnog mesta, institucija lokalne i šire zajednice i finansijska sigurnost.
- 3) **Porodična procena iz koje izdvajamo porodičnu koherentnost i porodične paradigme.**

*Porodična koherentnost* podrazumeva porodičnu jačinu i otpornost na stres, internu snagu i izdržljivost, osećaj kontrole nad životnim događajima i

nevoljama, procenu promena kao korisnih i aktivnu orijentaciju u savladavanju problema. Ona podrazumeva porodičnu povezanost i smislenosti, osećaj da su promene normalne.

*Porodične paradigme* podrazumevaju zajednička verovanja, izgrađena i prihvaćena u porodici, a koja vode razvoju specifičnih oblika funkcionisanja za specifične dimenzije porodičnog života (porodica i posao, vaspitanje dece, duhovnost, religiozna orijentacija). Paradigme su vezane za svakodnevni život i porodično funkcionisanje tokom delovanja stresora. Porodične paradigme ili verovanja smo ispitivali kroz dimenzije- religioznost (kognitivna, konativna i emocionalna komponenta), sujeverje i duhovnost.

Religioznost shvatamo kao organizovani sistem verovanja koji uključuje institucionalizovane moralne vrednosti.

Sujeverje kao spoljašnji lokus kontrole, doživljaj nemogućnost uticaja pojedinca i porodice na događaje i svet i odvojenost od sveta.

Duhovnost definišemo kao povezanost sa ljudskom zajednicom, prirodom i univerzumom i osećaj smislenosti, unutrašnje celovitosti i povezanosti sa drugima.

- 4) ***Individualne i socijalne strategije za rešavanje problema-kopinzi.*** Porodični koping McCubbin (1996) definiše kao pokušaj pri kome jedan član porodice ili porodica u celini smanjuje ili se bori sa efektima stresa. Članovi porodice ili porodica u celini u stresu ili krizi koriste funkcionalne i disfunkcionalne, bihevioralne i kognitivne obrasce. Koristili smo klasifikaciju koping strategija Phelps-a i Jarvis-a (1994): Aktivni koping (traženje socijalne podrške i planiranje akcije), izbegavajući koping (čini negiranje problema, bihevioralno izbegavanje, korišćenje psihoaktivnih supstanci za izbegavanje stresora), emocionalno fokusiran koping (ventiliranje, pronalaženje emocionalne podrške), prihvatajući koping (mentalni raskid od situacije, redefinicija ili prihvatanje).
- 5) ***Kvalitet života*** definisali smo koristeći njegovo određenje koje daje Berger (1989). Kvalitet života je pojam koji obuhvata bitne uslove, odrednice i parametre življenja čoveka. To je sud koji osoba i porodica donose o svom životu kao trenutku ili kao bilansu za jedan određeni period vremena. O njemu možemo saznati preko informacija koje dobijamo od ljudi i porodice. Moguće

ga je odrediti ekološkim i materijalnim uslovima, životnim standardom, komforom stanovanja, radnim uslovima, školovanjem, transportom, finansijskim, materijalnim stanjem, rekreativnim uslovima i zdravstvenim stanjem osobe i njoj najbližih. Sa psihološkog stanovišta, bitno je koliko je život čoveka i porodice pod njihovom kontrolom, koliko moć porodica ima nad svojim životom. Takođe i koliko je zadovoljna postignutim. On je pogodan za brzo i iscrpno informisanje o stanju neke osobe ili porodice. Na ovaj način je kvalitet života niz različitih stvari ili kvaliteta, kako objektivnog dobrog življenja sa materijalnim i infrastrukturnim pogodnostima, tako i doživljajnog subjektivnog zadovoljstva. Pojam kvalitet života koristan je i kao kriterijumsko merilo koje dopunjuje uobičajene parcijalne kriterijume u istraživanjima psihoterapijskih, mentalo higijenskih ili nekih drugih intervencija koje pretenduju da unose promene u život ljudi i porodice.

- 6) Predmet istraživanja je i odnos konstrukata rezilijentnosti (teorijski konstrukti) i pretpostavljene relacije između konstrukata (teorijski model), odnosno povezanost procesa rezilijentnosti u modelu rezilijentnosti Keller (2003): odnos protektivnih( snage i veštine razvijane kroz terapiju) i rizičnih faktora (disfunkcionalna porodica) kroz kognitivni stil (porodična procena) sa ishodom terapije (kvalitetom života).

### **6.3. CILJ I ZADACI ISTRAŽIVANJA**

Porodično funkcionisanje i procesi koji ga čine je veoma složeno, iz tog obilja smo definisali procese na koje delujemo u terapiji i koji korespondiraju sa procesima porodične rezilijentnosti u teorijskom modelu Mc Cubbin (1996). Analizom procesa na koje sistemska terapija utiče (treba da „popravlja“) delujući na komunikacije, emocionalne odnose, granice i uloge, a definisano je ciljevima terapije (poboljšanje fizičkog, psihičkog i socijalnog funkcionisanja, reedukacija ličnog i porodičnog života), dolazimo praktično do koncepta rezilijentnosti. Drugim rečima, u terapiji podstičemo kohezivnost i adaptabilnost, individualne i porodične snage i resurse, veštine rešavanja problema. Terapija uzrokuje ili pokreće poboljšanja što je iskazano kroz poboljšanje kvaliteta života, a procesi porodične rezilijentnosti bi bili „recept“ kako se ta poboljšanja dešavaju. U terapiji koju radimo su područja duhovnosti i religioznosti, „nema“ zona. Nema konkretnih terapijskih tehnika za rad sa njima ili na njima. Ovo su



područja za koje bi trebalo definisati terapijske tehnike kako bi se pojačali i terapijski efekti. Upravo je važnost istraživanja rezilijentnosti i njenog modela primenjenog na terapiju u otkrivanju snaga na koje treba u terapiji delovati kako bi bila efikasnija.

Osnovna ideja je bila da se procesi porodične rezilijentnosti prate i mere u dve grupe porodica alkoholičara. Grupe u početnim fazama porodične terapije u toku prvog dela intenzivne faze lečenja (kontrolna grupa-KG), u kojoj, dakle, još nema uticaja systemske terapije na razvoj porodične rezilijentnosti. Druga je grupa- porodice koje su prošle terapiju i uspešno funkcionišu najmanje tri godine posle terapije (eksperimentalna grupa-EG). Uspešno funkcionisanje podrazumeva apstinenciju, kao promenu prvog reda i adekvatano fizičko, psihičko i socijalno funkconisanje porodice, kao promenu drugog reda, koju smo registrovali i porodičnom procenom kvaliteta života posle lečenja. Tako smo u kvazi eksperimentalnim uslovima pratili procese porodične rezilijentnosti. Ovde treba naglasiti da ispitivanje alkoholičarskih porodica podrazumeva ispitivanje supružnika: alkoholičara – identifikovanog pacijenta i supruga – kopacijenta. Na ovaj način ulazimo u područje partnerstva. U okviru svakog postavljenog cilja postavili smo i podciljeve, a radi tumačenja podataka koji se odnose na razliku procene i ponašanja supružnika.

Na osnovu ciljeva istraživanja postavljamo sledeće zadatke:

1. Kvantifikovati i analizirati učinak terapije na porodično funkcionisanje koje obuhvata aspekte kohezivnosti i adaptabilnosti, u dve definisane grupe.
2. Kvantifikovati i analizirati učinak terapije na procenu i korišćenje socijalne podrške porodici u dve definisane grupe.
3. Kvantifikovati i analizirati eventualne razlike na procesima porodične procene (porodičnu koherentnost i porodične paradigme) u dve definisane grupe. Ovde ne govorimo o učinku terapije jer se ovi procesi terapijom ne obuhvataju.
4. Kvantifikovati i analizirati učinak terapije na lične i porodične načine rešavanja problema (koping) u dve definisane grupe.
5. Analizirati i kvantifikovati učinak terapije kroz procenu kvaliteta života koju daju porodice iz dve definisane grupe. Kvalitet života smo razložili na tri poddomena, kvalitet fizičkog funkcionisanja, kvalitet psihičkog i socijalnog funkcionisanja.

6. Kvantifikovati i analizirati faktore rezilijentnosti u odnosu na kvalitet života na celom uzorku, odnosno ispitivanim grupama i opisati odnos procesa rezilijentnosti i procene kvaliteta života.

#### **6.4. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

S obzirom da je tip našeg istraživanja eksplorativnog karaktera, umesto postavljanja teorijskih hipoteza, kao cilj istraživanja postavili smo dobijanje odgovora na specifična pitanja odnosa sistemske terapije i koncepta rezilijentnosti.

1. Da li učinak sistemske terapije alkoholizma na prvi domen rezilijentnosti, porodično funkcionisanje, adaptibilnost i kohezivnost - postoji (i može se izmeriti) tri i više godina posle terapije?
2. Da li učinak sistemske terapije alkoholizma na drugi domen rezilijentnosti, korišćenje porodične i socijalne podrške, porodične resurse - postoji (i može se izmeriti ) tri i više godine posle terapije?
3. S obzirom da u sistemske terapiji alkoholizma ne utičemo na porodične procene (porodičnu koherentnost i porodične paradigme) da li se ispitivane grupe razlikuju po porodičnoj proceni?
4. Da li postoji učinak sistemske terapije alkoholizma na četvrti domen rezilijentnosti, na lične i porodične kopinge i može li se izmeriti tri i više godina posle terapije?
5. Da li se, tri i više godina od završetka terapije, procena kvaliteta života u grupi koja je prošla terapiju, razlikuje od procene kvaliteta života u grupi koja je u terapiji?
6. Da li će procena kvaliteta života i faktora rezilijentnosti biti u korelaciji na celom uzorku, kao i u ispitivanim grupama i koji faktori rezilijentnosti najviše doprinose kvalitetu života u ispitivanim grupama?

#### **6.5. UZORAK**

Uzorak alkoholičarskih porodica u ovom istraživanju čini 100 porodica, bračnih parova (200 ispitanika) koje žive na teritoriji Zapadno-Bačkog okruga u gradovima Sombor, Apatin, Kula i Odžaci, i selima koja pripadaju ovim opštinama. Ove porodice su bile na lečenju porodičnom terapijom alkoholizma na Odeljenju za alkoholizam Opšte bolnice u Somboru u periodu 1994-2010.

Prikazaćemo u donjoj tabeli populaciju alkoholičarskih porodica iz koje je uzet uzorak. Uključili smo u prikaz i 1994, jer su tada neke porodice počele terapiju, a tokom 2010-te su završile terapiju porodice koje smo tokom 2008-me i 2009. ispitali kao kontrolnu grupu.

*Tabela 2. Prikaz alkoholičarskih porodica uključenih u porodičnu terapiju i onih koje su završile porodičnu terapiju na Odeljenju za alkoholizam od 1994. do 2010. godine*

<b>Godine</b>	<b>Broj porodica uključenih u terapiju</b>	<b>Broj porodica koje su završile terapiju</b>	<b>procenat</b>
<b>1994</b>	58	10	17,2
<b>1995</b>	64	18	28,1
<b>1996</b>	68	20	29,4
<b>1997</b>	69	22	31,9
<b>1998</b>	68	24	35,3
<b>1999</b>	52	17	32,7
<b>2000</b>	61	20	32,8
<b>2001</b>	58	18	31,0
<b>2002</b>	54	16	29,6
<b>2003</b>	50	17	34,0
<b>2004</b>	48	17	35,4
<b>2005</b>	46	19	41,3
<b>2006</b>	51	15	29,4
<b>2007</b>	42	16	38,1
<b>2008</b>	38	14	33,3
<b>2009</b>	36	16	44,4
<b>2010</b>	37	14	37,8
<b>Ukupno</b>	<b>900</b>	<b>293</b>	<b>528,71</b>
<b>Procenat</b>	<b>52,94</b>	<b>17,23</b>	<b>31,1</b>

Iz tabele 2. se vidi da je u 17-godišnjem periodu u terapijski postupak bilo uključeno 900 porodica, od kojih je 293 završilo terapijsku. Broj porodica uključenih u terapiju bio u proseku preko 50 porodica godišnje, a prosečno je 17 porodica godišnje završavalo terapiju, što je oko 1/3 porodica. Iz ovoga se zaključuje o visokom osipanju porodica tokom terapije. Najveći deo porodica napušta terapiju u prva tri meseca terapije. Razlog ovako visokom procentu osipanja nalazimo u širini kriterijumima za

uključivanje u terapiju. Mi uključujemo u postupak porodične terapije sve porodice koje imaju osnovne uslove (prvo lečenje, finansijske mogućnosti, nivo obrazovanja, primarna motivisanost i sposobnost pacijenta i saradnika), a od 2004. osim bračnih parova sa muškarcima identifikovanim pacijentima, uključujemo i žene identifikovane pacijente. Naša namera je da pacijentu i njegovom saradniku damo šansu za ovaj način lečenja, računajući na visoko osipanje, ali i mogućnost koja se pokazivala, da su neke porodice koje su u početku procenjene kao „teške“ i sa malo terapijskih potencijala, uspešno završavale terapijski postupak. Iz tabele 2. se takođe vidi da se broj porodica koje su završile terapiju tokom godina povećavao (1994. samo 17% porodica završava terapiju, a 2009. je 44% od uključenih porodica završilo terapiju). Ove podatke tumačimo u smislu povećanja efikasnosti i iskustva terapijskog tima.

### **6.5.1. Formiranje uzorka**

Uzorak *eksperimentalne grupe* smo oformili tako što smo porodice koje su bile u terapiji i čiji podaci su nam dostupni iz naše evidencije, redom pozivali telefonom, počevši od onih koji su lečenje završili tokom 1995. godine. Uspeli smo da uspostavimo kontakt sa 116 porodica kojima smo naveli da je uslov za uključivanje u istraživanje da apstiniraju bez recidiva najmanje tri godine. Sedam od ovih 116 porodica nisu imale ovaj uslov. Ipak su imale apstinenciju od tri godine, posle koje je usledio recidiv. Ostalih 109 porodica su bile bez recidiva, i pokazale su zainteresovanost za ispitivanje i spremnost za saradnju. Od njih smo slučajnim izborom (iz kutije), uzeli 50 porodica od kojih smo formirali eksperimentalnu grupu. Po dužini apstinencije su bile redom porodice:

- Od 3-4 godine apstinencije- 14 porodica.
- Od 5-6 godina apstinencije- 16 porodica.
- Od 7-8 godina apstinencije- 12 porodica.
- Od 9-10 godina apstinencije- 8 porodica.

*Kontrolnu grupu* smo formirali od porodica koje su zadovoljavale kriterijume za uključivanje u terapiju i koje su tokom 2007-me, 2008-me i 2009-te uključivane na porodičnu terapiju.

### **6.5.2. Procedura ispitivanja i opis uzorka**

Sa porodicama iz eksperimentalne grupe smo prvo uspostavili kontakt telefonom, zatim objasnili svrhu ispitivanja, a po formiranju uzoraka ih posetili u dogovoreno vreme u njihovim kućama. Tako su porodice ispitivane u kućnim uslovima. Pitanja iz socijalno- psihijatrijskog lista smo zajedno prolazili, dok su na skale procene odgovarali odvojeno (svako za sebe), ali u isto vreme. Kada su završili popunjavanje skala, pregledali smo zajedno materijal radi provere da je na sve stavke odgovoreno i razjasnili nedoumice. Najviše pitanja je bilo vezano za Faces III zbog formulacije alternativa. Uz mnoge stavke sa skala procene, porodice su imale asocijacije i dopunjavale ih objašnjenjima- kako i zašto su odgovorili na određen način. Neke tvrdnje su bile inspirativne i prilika da se uporedi „prethodni“ život, sa ovim bez alkohola. Bila je to „ mala“ terapijska seansa, na kojoj smo dobili kompletnije viđenje, kako porodica vidi sebe posle terapije.

Ispitivanje je obavljeno tokom 2008- me i 2009-te godine.

Porodice kontrolne grupe smo ispitivali u prostorijama Dispanzera za bolesti zavisnosti, a tokom perioda srednje intenzivne faze terapije. Procedura je bila slična, uz objašnjenje svrhe ispitivanja, zajedno smo prošli Socijalno- psihijatrijski list. Zatim su svako za sebe, ali u isto vreme, popunjavali skale procene. Kada su završili, zajedno smo pregledali materijal i razjasnili nedoumice. Porodice kontrolne grupe su imale najviše asocijacija na stavke iz Skale porodične snage i Skale porodičnog rešavanja problema ( kopinga).

#### **Eksperimentalna grupa**

Porodice eksperimentalne grupe (50 porodica ) su prošle kompletan dvogodišnji program porodične terapije alkoholizma u periodu 1995-2005. na Odeljenju i Dispanzeru za lečenje alkoholizma somborske Opšte bolnice (ranije Zdravstveni centar). Karakteristike alkoholičarskih porodica koje su bile uslov za uključivanje u ovaj uzorak, bile su sledeće: apstinencija bez recidiva najmanje tri godine, zatim da je identifikovani pacijent muškarac, prvi put na lečenju, da je bar jedan član bračnog para zaposlen, ima najmanje srednje obrazovanje kao i da imaju rešeno stambeno pitanje.

Ove kriterijume smo izdvojili koristeći literaturu, tj. istraživanja faktora koji doprinose uspehu terapije alkoholizma uopšte (Mitić, 1988).

## **Kontrolna grupa**

Kontrolna grupa je formirana od 50 porodica koje su u srednjoj intenzivnoj fazi porodične terapije. Karakteristike porodice za uključivanje u kontrolnu grupu su istovetne sa karakteristikama porodica koje se uključuju u porodičnu terapiju.

Eksperimentalna i kontrolna grupa su, dakle, ujednačene po sociodemografskim obeležjima koji su se u istraživanjima pokazali kao najznačajniji za uspešan ishod terapije.

## **6.6. OSNOVNE METODE ISTRAŽIVANJA**

### **6.6.1. Instrumenti istraživanja**

Za potrebe istraživanja koristili smo upitnik za prikupljanje podataka i skale procene.

U istraživanju su korišteni sledeći instrumenti (koji su prikazani u Prilozima):

Za prikupljanje podataka koristili smo:

1. **Socijalno-psihijatrijski list** koji se standardno koristi za dobijanje socio-demografskih podataka o identifikovanom pacijentu i njegovoj porodici. Lista osnovnih podataka o porodici sadrži ajteme za dobijanje podataka o porodici koja ulazi u program porodične terapije. Sastoji se od ajtema koji se odnose na oba supružnika: starost, školsku spremu, zanimanje, radni status, nacionalnost, broj dece, dužinu braka, razlog dolaska na lečenje, bolesti u primarnoj porodici). Ovi podaci već postoje u dokumentaciji Dispanzera i na Odeljenju za alkoholizam, za porodice iz eksperimentalne grupe i odgovarajuće porodice iz kontrolne grupe, i prikupljeni su tokom dijagnostičkih intervjuja, na početku terapije. Ova lista je dopunjena i ajtemima koji se odnose na izloženost stresnim situacijama u poslednjih pet godina (gubitke bliskih osoba, posla, druge gubitke), kao i gratifikacije iz socijalnog okruženja (napredovanja i uspehe u karijeri, obrazovanju, veće kupovine i angažovanje u društveno korisnom radu).

*Za procenu porodičnog funkcionisanja koristili smo:*

1. **Skalu porodične adaptacije i kohezije (FACES III, Olson, 1986.)** ispituje tri dimenzije porodičnog života.

Porodična koheziju meri attribute -emocionalne veze, porodične granice, prijatelji, porodične koalicije, vreme, prostor u kome porodica provodi vreme, donošenje odluka u kući, interesovanja i rekreacija. Kohezivnost ima četiri dimenzije porodičnog funkcionisanja: dezangažovanost, odvojenost, povezanost, umreženost u porodici. Kohezija se definiše kao emocionalna povezanost članova porodice. Za procenu ove dimenzije koriste se sledeći kriterijumi- emocionalna povezanost, porodično angažovanje, bračni odnos, odnos između roditelja i dece, unutrašnje i spoljašnje granice.

Porodična adaptabilnost ili sposobnost porodice za promenu koju čine atributi: porodične uloge, moć, kontrola, liderstvo, stil pregovaranja. Adaptabilnost ima četiri dimenzije: haotičnost, fleksibilnost, strukturisanost i rigidnost. Adaptabilnost se odnosi na stepen fleksibilnosti porodičnog sistema, a definiše se kao količina promene u vođstvu, ulogama i pravilima pod uticajem situacionih i razvojnih stresova. Kriterijumi za procenu adaptabilnosti uključuju vođstvo-moć i kontrolu, disciplinu, uloge i pravila i stil pregovaranja.

Treća dimenzija su komunikacije koja se sastoji iz veštine slušanja, veštine razgovaranja, jasnoće komuniciranja i poštovanja sagovornika. Porodična komunikacija je treća dimenzija koja podstiče promene u prve dve dimenzije u cilju adaptacije na stresore.

Sadrži 20-ajtemnu skalu procene koja se naizmenično odnosi na fleksibilnost i koheziju. Skala je petostepena.

*Za procenu porodičnih resursa koristili smo:*

2. **Skalu socijalne podrške** koja je sastavljena od određenih ajtema iz originalne Skale socijalne podrške- SSI (McCubbin et al., 1982 prema: McCubbin i Thompson, 1987), određenih ajtema skale Porodični inventar resursa za prevladavanje- FIRM (McCubbin et al., 1981. prema: McCubbin i Thompson, 1987) i nekoliko ajtema prilagođenih za našu populaciju (Gačić, 1978, Majkić 2002). Skala je dizajnirana sa 30 ajtema.

Originalna Skala socijalne podrške je konstruisana za procenu stepena podrške koju porodica dobija iz svoje okoline. To je 17- ajtemni instrument, koji koristi petostepenu Likertovu skalu, rangiranu od veoma netačno do veoma tačno, da bi izmerila stepen do kojeg je porodica integrisana u zajednicu, pogled na zajednicu kao mogućnost podrške i osećaj da zajednica može da da emocionalnu i network podršku. Interna relijabilnost skale iznosi ,82 Kronbah alfa test, a test-retest relijabilnost je ,83. Iz originalne Skale socijalne podrške koristili smo ajteme 1, 4, 5, 6 i 12 i 14.

Originalna Skala porodičnog inventara resursa za prevladavanje problema FIRM je 69 ajtemni instrument, koji koristi četvorostepenu skalu, rangiranu od veoma netačno do veoma tačno i kojom se mere četiri velika područja u kojima se nalaze i resursi za adaptaciju i prevladavanje. U pitanju su područja (subskale): *porodične snage I* - komunikacije, poštovanje porodice; *porodične snage II* - veštine i zdravlje; spoljašnja socijalna podrška i finansijska sigurnost. Interna relijabilnost za navedene četiri subskale bila je ,89 Kronbah alfa indeks. Validnost je proveravana korelacijom sa skalama porodične kohezivnosti i organizacije. Nađena je pozitivna korelacija, i negativna korelacija sa skalama porodičnih konflikata, što je potvrdilo validnost ove skale. Iz originalne FIRM skale smo koristili ajteme:2, 6, 8, 13,16, 17, 22, 39, 43, 47, 48, 50, 53, 54, 57, 62, 68, 69.

*Za porodične procene koristili smo dve skale, Skalu porodične snage i izdržljivosti (za merenje porodične koherentnosti) i Skalu religioznosti i duhovnosti.*

3. **Skala porodične snage i izdržljivosti** (McCubbin et all., 1986. prema: McCubbin i Thompson, 1987). Skala sadrži 20 ajtema i četvorostepena je. Autori su je konstuisali za merenje porodične jačine i otpornosti na stres. Ona meri interne snage i porodičnu izdržljivost, osećaj kontrole nad životnim događajima i nevoljama, procenu promena kao korisnih i aktivnu, pre nego pasivnu orijentaciju u savladavanju problema. Ajtemi su konstruisani da pokriju sledeća područja: porodičnu povezanosti i angažovanost (engl. commitmens), osećanja kontrole životnih događanja, osećanja poverenja u snage porodice, osećanje da su promene normalne i da donose rast. Skala je usmerena na porodicu kao



jedinstvo, više nego na individualnu orijentaciju i meri komponente porodične koherentnosti, vezu između individualnog i porodičnog osećaja razumljivosti, savladivosti i smislenosti života. Ove tri dimenzije kompatibilne su sa konceptom porodične koherentnosti, koji čini sveobuhvatnost, razumljivost, savladivost i smislenost, kao i sa tri dimenzije koje čine porodičnu snagu: povezanost-nasuprot alijenaciji, unutarnji lokus-kontrola i promena kao izazov nasuprot bespomoćnosti.

**Tabela 3. Kompatibilnost koncepta porodične koherentnosti i koncepta porodične snage**

Skala porodične snage	Koncept porodične koherentnosti	Koncept porodične snage
povezanost	razumljivost	povezanost
Kontrola	savladivost	unutrašnji lokus
Promene	smislenost	izazov

Relijabilnost skale iznosi ,82 (Kronbah alfa test), validnost skale je merena u odnosu na ostale kriterijume porodične čvrstine, skala pozitivno korelira sa Skalom porodične fleksibilnosti i Skalom porodičnog zadovoljstva, test-retest relijabilnost iznosi ,86.

4. **Skala religioznosti i duhovnosti** (Kuburić, Z., Opalić, P., Zobenica, A. 2007) koja je konstruisana za potrebe ovog ispitivanja. To je 30-ajtemni instrument koji koristi petostepenu Likertovu skalu, rangiranu od veoma netačno do veoma tačno, i koja meri tri područja verovanja: religioznost u užem smislu, spoljašnji lokus kontrole/sujeverje i duhovnost. Kako bismo mogli izmeriti kvalitet i intenzitet religioznosti, uzeli smo pokazatelje religioznosti, kako ih razume Pantić (1993). Religioznost se kao i druge vrednosne orijentacije može operacionalno iskazati u smislu stava. Svaka komponenta religioznosti se dalje može izraziti kao dimenzija. Tako se kognitivna komponenta ispoljava kao verovanje u natprirodna bića, i varira od odsustva takvih verovanja do potpunog prihvatanja. Emocionalna komponenta meri se kao jačina afekta strahopoštovanja, divljenja, poniznosti i zahvalnosti u odnosu na božansko biće. Konativna komponenta manifestuje se kroz spremnost da se dela u skladu sa uverenjima i emocijama. Akciona komponenta odnosi se na versko ponašanje, vršenje verskih obreda i varira od odsustva do maksimalnog pridržavanja

propisanih obreda. Konstruisali smo ajtme za religioznost koristeći ove indikatore. Ovde naglašavamo religiozna verovanja kao obim usvajanja crkvenog učenja, a ne verovanja uopšte, a kad se govori o ritualima, ovde mislimo na usko religijske. Prvih osam ajtema Skale religioznosti i duhovnosti odnose se na opisane indikatore religioznosti (kognitivna, konativna i emocionalna komponenta), deveti ajtem se odnosi na akcionu komponentu religioznosti, a deseti na stav prema religiji. Ajtemi od 11,13, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30 odnose se na spoljašnji lokus kontrole, koji smo definisali kao sujeverje, a ajtemi 12, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24 mere duhovnost u smislu unutrašnjeg lokusa kontrole, osećaja povezanosti sa svetom i ljudima, kako smo je opisali u predmetu istraživanja u tački 6.2. ovog poglavlja.

*Za procenu rešavanja problema koristili smo:*

5. **Skalu porodičnog rešavanja problema-koping strategija**, koji predstavlja 30-ajtemni instrument koji koristi petostepenu skalu, rangiranu od veoma netačno, netačno, neodređeno, tačno i veoma tačno da bi izmerila porodični koping. Porodični koping McCubbin (1996) definiše kao pokušaj pri kome jedan član porodice ili porodica u celini smanjuje ili se bori sa efektima stresa. Članovi porodice ili porodica u celini u stresu ili krizi, koristi funkcionalne i disfunkcionalne, bihevioralne i kognitivne obrasce. Za potrebe ovog istraživanja koristili smo modifikovanu Skalu rešavanja i prevladavanja porodičnih problema (Majkić, 2002). Za izbor ajtema iz skale koristili smo klasifikaciju koping strategija Phelps-a (1994): Aktivni koping (traženje socijalne podrške i planiranje akcija), obuhvaćeni su ajtemi: 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 21, 24, 26, 29. Izbegavajući koping (čini negiranje problema, bihevioralno izbegavanje, korišćenje psihoaktivnih supstanci za izbegavanje stresora), obuhvaćeni su ajtemi 6, 14, 17, 22, 27, 28. Emocionalno fokusiran koping (ventiliranje, pronalaženje emocionalne podrške) ajtemi: 1, 2, 15, 19, 20, 23, 30. Prihvatajući koping (mentalni raskid od situacije, redefinicija ili prihvatanje) ajtemi: 3, 4, 9, 12, 18, 25.
6. **Upitnik za procenu kvaliteta života**. Koristili smo Upitnik Svetske Zdravstvene Organizacije za Kvalitet života-Skraćena verzija (WHOQOL-BREF, 1997).

Svetska Zdravstvena Organizacija je definisala kvalitet života kao percepciju koju individua ima u odnosu na svoju životnu poziciju u kontekstu kulturnog i vrednosnog sistema u kojem živi i u relaciji sa svojim ciljevima, očekivanjima i standardima (Orley et al., 1998). Konstruisana su dva instrumenta za merenje kvaliteta života: WHOQOL 100 i WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1997). Prvi instrument je 100-ajtemni upitnik koji je primenjivan u 15 različitih kulturalnih centara u celom svetu. WHOQOL-BREF je skraćena 26-ajtemna verzija WHOQOL-100, pokriva četiri domena: fizičko zdravlje (prisustvo bola, nivo energije i druge), psihičko zdravlje (kao što su negativna i pozitivna osećanja, duhovnost i verovanja), socijalne relacije (kao što su socijalna podrška, seksualna aktivnost) i okolinske (kao finansijska sigurnost, dostupnost zdravstvenoj zaštiti). Svetska Zdravstvena Organizacija (1997) ističe da devet domena na WHOQOL-100 i četiri domena na skraćenoj formi imaju dobru diskriminativnu validnost i test-retest relijabilnost. Za potrebe našeg istraživanja poslednja dva domena smo spojili u jedan i nazvali ga socijalni kvalitet života. Za procenu fizičkog aspekta kvaliteta života koristili smo ajteme 1, 3, 11, 17, 18, 21. Za procenu psihičkog aspekta koristili smo ajteme 1, 5, 6, 7, 10, 14, 16, 19 i 26. Socijalni aspekt kvaliteta života smo merili ajtemima 4, 8, 9, 12, 13, 20, 22, 23, 24 i 25.

### **6.6.2.        *Variable istraživanja***

Faktori ili procesi rezilijentnost imaju status zavisne varijable kada se ispituju u dvema grupama (koje su prošle terapiju i grupe koja je u terapiji).

#### *Zavisne varijable*

Porodično funkcionisanje koje obuhvata: porodičnu kohezivnost i adaptabilnost.

Porodični resursi koji obuhvataju spoljašnju i unutrašnju podršku

Porodične procene koje obuhvataju: porodičnu koherentnost-optimizam i koherentnost-pesimizam, religioznost, sujeverje i duhovnost.

Načini rešavanja problema (prevladavanje problema) koji obuhvataju lične i socijalne kopinge.

Kvalitet života koji obuhvata fizički, psihički i socijalni aspekt.

Grupa porodica koje su prošle terapiju, nazvali smo ih eksperimentalna grupa i grupa u terapiji (kontrolna grupa) su nezavisne varijable. Sama sistemska terapija je intervenišuća varijabla koja utiče na rezilijentnost i rezultira ishodom (dobrim kvalitetom života).

U drugom delu analize kada rezilijentnost ispitujemo u odnosu na kvalitet života, onda je ona nezavisna varijabla, a kvalitet života zavisna varijabla.

### **6.6.3. Dizajn istraživanja i analiza podataka**

Tip istraživanja je eksplorativnog karaktera, odnosno kvazi-eksperimentalni. Istraživanje je delom eksplorativno, deskriptivno i korelaciono. Istraživački pokušaji su usmereni na procenjivanje teorijskih konstrukata kako bi se pridonelo razvoju naučnog saznanja u oblasti porodične rezilijentnosti, te u oblasti terapije alkoholizma, kao dopune za terapijske setinge.

Ovo je istraživanje porodične rezilijentnosti kao načina evaluacije efekata i trajnosti terapije. Kako se ne mogu sve varijable kontrolisati, te se ne donose uzročno posledični zaključci, bilo je neophodno koristiti korelacione tehnike za registrovanje razlika između grupa, a regresionu analizu za merenje pretpostavljenih relacija između teorijskih konstrukata. Pošto je rezilijentnost kompleksan konstrukt, koristili smo teorijski Model rezilijentnosti McCubbin-a (1996), kako bismo izmerili procese koji su važni u porodičnom funkcionisanju, a na koje se deluje tokom terapije (koja je suštinski kriza koja se unosi u porodični sistem) i kojom se moraju promeniti uobičajeni oblici funkcionisanja i ojačati kopinzi. Ovaj model smo proširili Modelom rezilijentnosti Keller (2003) kako bismo zahvatili i dimenziju kvaliteta života.

U istraživanju smo faktorskom analizom, metodom glavnih komponenti uz varimax rotaciju zadržanih faktora, proverili faktorske strukture korištenih instrumenata. Faktorska birska struktura određenih instrumenata biće prikazana na početku analize podataka dobijenih svakom korištenom skalom.

Korelacionim tehnikama merili smo stepen ili snagu povezanosti varijabli rezilijentnosti, i učinka terapije merenog kroz dve grupe- jedne koja je prošla terapiju i druge koja je počela terapiju.

Tehnikama regresione analize smo proveravali pretpostavljene relacije između faktora rezilijentnosti, na koje se deluje tokom terapije, i kvaliteta života kao pokazatelja trajnosti učinka terapije, u cilju provere prediktivne snage faktora rezilijentnosti na kvalitet života.

#### **6.6.4.      *Primenjeni statistički postupci***

Izbor statističkih postupaka za obradu podataka bio je uslovljen prirodom dobijenih podataka. Statistička obrada podatka poslužila je osnovnom cilju istraživanja da se utvrde razlike između grupa ispitanika.

Iz oblasti dekriptivne statistike koristili smo frekvence i procenete kao i aritmetičke sredine i standardne devijacije.

Iz oblasti statistike zaključivanja koristili smo multivarijacionu analizu varijanse, Mc Nemarov test, Spearmanov koeficijent korelacije i regresionu analizu.

Mc Nemarov test je neparametrijski metod koji se koristi na nominalnim podacima i koji se može primeniti samo na tabelama 2x2. On određuje da li su marginalne frekvencije u redovima i kolonama jednake. Radi analize, rekodovane su varijable iz tabela iz skala Socijalne podrške i Faces III u bivarijantne i to tako što je intenzitet varijable sa pet jedinica sveden na dve kategorije- I potpuno slaganje i II potpuno neslaganje. Tako su dobijeni podaci da li na testiranim varijablama postoji statistička značajnost između ispitivanih varijabli, u ovom slučaju razlike između grupe koja je prošla terapiju i koja je na početku terapije.

Spirman korelacije daju informacije o snazi i direkciji relacija između dve varijable. Pozitivna korelacija ustvari znači ako raste skor na jednoj varijabli, raste i na drugoj.

Hi kvadrat test za analizu razlika između ispitivanih procesa u različitim grupama i ispitivanju razlika u grupama. Za procenu značajnosti korišćen je nivo 0,05 i 0,001 to znači ako je verovatnoća 0,05 ili manja, nulta hipoteza je odbačena.

Multipla regresiona analiza identifikuje koja kombinacija nezavisnih varijabli (rezilijentnost) najviše utiče na zavisnu varijablu (kvalitet života).

## **7. ANALIZA I INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA**

### **7.1. PREGLED POGLAVLJA**

U ovom poglavlju smo opisali ceo uzorak koji smo ispitivali po sociodemografskim i socio-psihijatrijskim obeležjima, i analizirali rezultate merenja, kroz korelacionu analizu podataka kako bismo jasnije stekli uvid u sličnosti i razlike u grupama.

Korelacionu analizu varijabli rezilijentnosti radili smo u grupama kako bi utvrdili postojanje razlika na ovim procesima, a koje tumačimo kao doprinos terapije.

Prvo smo prikazali i analizirali rezultate dobijene primenom Olsonovog instrumenta, kojima smo merili: porodično funkcionisanje ( dimenzije kohezivnost i adaptabilnost), a zatim smo diskutovali dobijene rezultate.

Zatim smo prikazali, analizirali i diskutovali rezultate dobijene na Skali socijalne podrške kojom smo merili: porodične resurse.

Rezultate sa Skale religioznosti i duhovnosti i Skale porodične snage i izdržljivosti smo zatim prikazali, analizirali i diskutovali. Njima smo merili: porodične procene, (porodičnu koherentnost i porodične paradigme).

Zatim smo prikazali, analizirali i diskutovali rezultate sa Skale porodičnog rešavanja problema kojima smo merili: lične i porodične načine rešavanja problema (kopinge).

Na kraju smo prikazali, analizirali i diskutovali rezultate sa Upitnika WHOQOL-BREF smo merili kvalitet života u ispitivanim grupama.

Mogućnost predikcije kvaliteta života na osnovu faktora rezilijentnosti prikazaćemo kroz regresiona analizu varijabli kvaliteta života i varijabli rezilijentnosti.

### **7.2. ANALIZA SOCIODEMOGRAFSKIH, SOCIOPSIHIJATRIJSKIH I SOCIJALNIH PODATAKA EKSPERIMENTALNE I KONTROLNE GRUPE**

U tabeli 4. prikazaćemo sociodemografska, sociopsihijatrijska i socijalna obeležja ispitanika, klasifikovanih po polu i ispitivanim grupama.

**Tabela 4. Sociodemografska, sociopsihijatrijska i socijalna obeležja ispitivanog uzorka ispitanika po grupama i polu**

Varijable	Parametar		Eksperimentalna		Kontrolna	
			Muški	Ženski	Muški	Ženski
<i>Sociodemografski podaci</i>						
Starost	do 30 g.	Broj	0	1	2	2
		%	0%	2%	4%	4%
	od 31-50 g.	Broj	17	24	19	23
		%	34%	48%	38%	46%
	preko 50 g.	Broj	33	25	29	25
		%	66,0	50,0	58,0	50,0
Školska sprema	Osnovna škola	Broj	0	7	2	5
		%	0%	14%	4%	10%
	Srednja škola	Broj	26	23	34	32
		%	52%	46%	68%	64%
	Viša / visoka škola	Broj	24	20	14	13
		%	48%	40%	28%	26%
Zanimanje	Radnik	Broj	18	15	28	23
		%	36%	30%	56%	46%
	Službenik	Broj	14	19	10	17
		%	28%	38%	20%	34%
	Stručnjak	Broj	18	16	12	10
		%	36%	32%	24%	20%
Zaposlenost	Zaposlen	Broj	16	15	15	17
		%	32%	30%	30%	34%
	Bez posla	Broj	15	13	20	11
		%	30%	26%	40%	22%
	Povremeno radi	Broj	19	22	15	22
		%	38%	44%	30%	44%
Nacionalnost	Srbin	Broj	27	27	31	28
		%	54%	54%	62%	56%
	Hrvat	Broj	9	6	6	7
		%	18%	12%	12%	14%
	Mađjar	Broj	3	9	8	11
		%	6%	18%	16%	22%
	Nemac	Broj	2	0		
		%	4%	0%		
	Rusin	Broj	8	8	5	3
		%	16%	16%	10%	6%
	Slovak	Broj	1	0	0	1
		%	2%	0%	0%	2%

<b>Broj dece</b>	Bez dece	Broj	2	0		
		%	4%	0%		
	Sa jednim detetom	Broj	11	12	15	13
		%	22%	25%	30%	26%
	Sa dvoje dece	Broj	35	34	32	35
		%	70%	71%	64%	70%
<b>Dužina trajanja braka</b>	Sa troje dece	Broj	2	2	3	2
		%	4%	4%	6%	4%
	Do 10g.	Broj	1	1	5	5
		%	2%	2%	10%	10%
	Od 11- 20 g.	Broj	13	13	13	13
		%	30%	30%	26%	26%
	Preko 20 g.	Broj	36	36	32	32
		%	68%	68%	64%	64%

### *Sociopsihijatrijski podaci*

<b>Bolest u primarnoj porodici</b>	Alkoholizam	Broj	36	32	20	21
		%	72%	64%	40%	42%
	Teške fizičke	Broj	6	9	9	8
		%	12%	18%	18%	16%
	Nema	Broj	8	9	21	21
	%	16%	18%	42%	42%	
<b>Razlog dolaska na lecenje</b>	Posao	Broj	21	24	8	12
		%	42%	48%	16%	24%
	Porodica	Broj	19	15	18	18
		%	38%	30%	36%	36%
	Zdravlje	Broj	10	11	24	20
	%	20%	22%	48%	40%	
<b>Stresne situacije poslednjih pet godina</b>	Bliskih osoba	Broj	27	21	14	10
		%	54%	42%	28%	20%
	Posla-veliki materijalni	Broj	11	12	10	13
		%	22%	24%	20%	26%
	Nema	Broj	12	17	26	27
	%	24%	34%	52%	54%	
<b>Poboljsanja fizičkog zdravlja</b>	Da	Broj	40	28	10	4
		%	80%	56%	20%	8%
	Ne	Broj	10	22	40	46
		%	20%	44%	80%	92%

### *Socijalni podaci*

<b>Napredovanje na poslu</b>	Da	Broj	13	11	6	6
		%	26%	22%	12%	12%
	Ne	Broj	37	39	44	44



		%	74%	78%	88%	88%
<b>Nagrade iz socijalnog okruženja</b>	Da	Broj	9	6		
		%	18%	12%		
	Ne	Broj	41	44	50	50
		%	82%	88%	100%	100%
<b>Društvene aktivnosti</b>	Da	Broj	15	17	1	3
		%	30%	34%	2%	6%
	Ne	Broj	35	33	49	47
		%	70%	66%	98%	94%
<b>Veće kupovine</b>	Da	Broj	21	22	6	6
		%	42%	44%	12%	12%
	Ne	Broj	29	28	44	43
		%	48%	56%	88%	88%

Ceo ispitivani uzorak ćemo ukratko opisati, a u daljem tekstu i prikazati razlike između ispitivanih grupa kao i razlike po polu, na osnovu sociodemografskih obeležja. Ova poređenja dve grupe porodica, jedne koja je počela terapiju i druge koja je uspešno završila, vidimo kao informacije o sociodemografskim obeležjima koji utiču na uspešnost završetka terapije.

Tačno polovina ispitanika (50%) pripada starosnoj kategoriji od 31-50 godina, preko polovine ispitanika (57,5) ima završenu srednju školu, u najvećem broju su po zanimanju radnici (42,0) Samo trećina ispitanika (31,5) je stalno zaposlena, a ostali su bez posla ili povremeno rade. Po nacionalnosti su najviše zastupljeni Srbi (56,5) zatim Mađari (15,5), Šokci, Bunjevci, Hrvati (14%), a iza njih Rusini (12%) i ostali. Najveći broj porodica ima dvoje dece i u istom procentu (68,5) imaju preko 20 godina radnog staža.

Da bismo proverili po kojim sociodemografskih obeležjima se razlikuje grupa koja je na početku terapije (kontrolna grupa) od grupe koja je završila terapiju (eksperimentalna grupa), statistički smo testirali njihove razlike, kako po grupama, tako i po polu.

Starosna struktura ispitanika po polu u grupama je vrlo slična. U eksperimentalnoj grupi najviše je ispitanika muškog pola, u kategoriji preko 50 godina (66%). U kontrolnoj grupi je takođe najveći procenat muških ispitanika (58%) u kategoriji preko 50 godina (tabela 4).

**Tabela 5. Starosna struktura ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Starost ispitanika		Starost			Total	$\chi^2$ test
		do 30 g.	od 31 do 50 g.	preko 50 g.		
Eksperimentalna	Broj	1	41	58	100	P=0.376
	%	1,0%	41,0%	58,0%	100,0%	
Kontrolna	Broj	4	42	54	100	
	%	4,0%	42,0%	54,0%	100,0%	

Po grupama (tabela 5.) procentualno, preko 50% su ispitanici stariji od 50 godina, odnosno nešto više od 40% su ispitanici starosti od 31 do 50 godina. S obzirom da zavisnici od alkohola dolaze na lečenje uglavnom 15 do 20 godina od ulaska u zavisnost (Gačić, 1985), ova se starosna struktura mogla očekivati. Ovde bi trebalo naglasiti dob kad alkoholičari dolaze na lečenje, a to je između 30 i 50 godine života, što zavisi od tipa alkoholizma. Poslon (1990) navodi A – tip koji je agresivniji i javlja se u mlađim godinama na lečenje, i B tip – koji je mirniji i manje smeta društvu i porodici, kasnije dolaze na lečenje, obično zbog narušenog fizičkog zdravlja, ali tada je alkoholičar obično izgubio i porodicu, te ovaj tip nema uslova za porodično lečenje.

Analizom značajnosti razlika  $\chi^2$  testom nije utvrđena značajna statistička razlika u starosnoj strukturi ispitanika po grupama i polu.

**Tabela 6. Prikaz školske spreme ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Pol	Pripadnost grupi		škola			Ukupno	$\chi^2$
			Osnovna škola	Srednja škola	Viša / visoka škola		
Muškarci	Eksperimentalna	Broj	0	26	24	50	0.058*
		%	0%	52%	48%	100%	
	Kontrolna	Broj	2	34	14	50	
		%	4%	68%	28%	100%	

	Total	Broj	2	60	38	100	
		%	2%	60%	38%	100%	
Žene	Eksperimentalna	Broj	7	23	20	50	0.153
		%	14%	46%	40%	100%	
	Kontrolna	Broj	5	32	13	50	
		%	10%	64%	26%	100%	
	Total	Broj	12	55	33	100	
		%	12%	55%	33%	100%	

Nivo obrazovanja ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe razlikuje se po polu. Kod muškaraca eksperimentalne grupe ima 48% ispitanika sa visokom školom odnosno fakultetom, u odnosu na samo 28 % ispitanika sa istom stručnom spremom u kontrolnoj grupi. Razlika je značajna na nivou 0.058 (tabela 6). Kod žena eksperimentalne i kontrolne grupe ne registruje se značajna razlika u odnosu na obrazovanje. Statistički godišnjak (2002) ukazuje da je procenat građana Srbije starosti preko 15 godina sa višom ili visokom školom kod muškaraca 13%, a 10% kod žena. U našim grupama je to 48% u eksperimentalnoj grupi, te se podaci na prvi pogled mogu tumačiti tako da veliki broj alkoholičara sa višom ili visokom spremom dolazi na lečenje. Naše dugogodišnje iskustvo u radu kao i radovi (Gačić, 1988; Sedmak, 1988) daje nam osnova da nešto drugačije protumačimo podatke. Alkoholičari sa višim ili visokim obrazovanjem ređe dolaze na lečenje od alkoholizma, već leče posledice alkoholizma pod drugim „otmenijim dijagnozama“ ili na „otmenijim odeljenjima“, kao što su internistička, kardiološka ili neurološka, zavisno od fizičkog oštećenja koje imaju kao posledicu alkoholizma. Visok procenat ispitanika sa višim i visokim obrazovanjem u eksperimentalnoj grupi ukazuje na značajnu povezanost kognitivnih kapaciteta (iskazanih kroz nivo obrazovanja) sa sposobnošću završavanja terapijskih programa. Ovakve podatke dobija i Gačić (1978): obrazovni nivo se pokazao značajnim za ishod terapije. Obrazovaniji pacijenti u manjem broju prekidaju lečenje, a u većem broju završavaju program terapije. Visoko je selekcionisan uzorak porodica koje uspevaju da udovolje zahtevima porodičnog lečenja.

**Tabela 7. Prikaz zanimanja eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika po polu**

			Zanimanje			Total	$\chi^2$ test
			Radnik	Službenik	Stručnjak		
Muškarci	Eksperimentalna	Broj	18	14	18	50	0.133
		%	36%	28%	36%	100%	
	Kontrolna	Broj	28	10	12	50	
		%	56%	20%	24%	100%	
	Total	Broj	46	24	30	100	
		%	46%	24%	30%	100%	
Žene	Eksperimentalna	Broj	15	19	16	50	0.204
		%	30%	38%	32%	100%	
	Kontrolna	Broj	23	17	10	50	
		%	46%	34%	20%	100%	
	Total	Broj	38	36	26	100	
		%	34%	36%	30%	100%	

U eksperimentalnoj grupi podjednak je procenat muškaraca radnika i stručnjaka (36%), a najmanji broj službenika (28%). Kod muškaraca kontrolne grupe najveći je broj radnika (56%), a broj službenika i stručnjaka skoro ujednačen (tabela 7). Razlika nije statistički značajna, ali sa nivoa sagledavanja eksperimentalne grupe kao visoko selekcionisane u odnosu na grupu porodica koja počinje lečenje, zapaža se trend selekcionisanosti po zanimanju, koje je vezano i za stručnu spremu. Kako se preko 60% porodica osipa tokom terapije, iz ovoga se vidi da se najviše osipaju radnici, na početku terapije ih je preko 50%, a terapiju završi manje od 40%. Ovakav trend se zapaža i kod žena. Kod žena eksperimentalne grupe je najveći procenat službenica (38%), a u kontrolnoj grupi najveći procenat (46%) su radnice, a najmanje je stručnjaka.

Prateći razlike eksperimentalne i kontrolne grupe porodica (Tabela 8) vidimo:

**Tabela 8. Prikaz zanimanja ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe, značajnost razlika po grupama**

Pripadnost grupi		Zanimanje			Total	$\chi^2$ test
		Radnik	Službenik	Stručnjak		
Eksperimentalna	Broj	33	33	34	100	P=0.030

	%	33,0%	33,0%	34,0%	100,0%
Kontrolna	Broj	51	27	22	100
	%	51,0%	27,0%	22,0%	100,0%

Eksperimentalna grupa ima ujednačen odnos radnika službenika i stručnjaka 33% dok u kontrolnoj grupi su dominantni radnici 51%.  $\chi^2$  testom je utvrđena značajna statistička razlika između grupa kada je u pitanju zanimanje.  $P=0.030$ .

Kada se ovaj podatak, o značajno većem broju radnika u kontrolnoj grupi uporedi da prethodnim nalazom, da će od ispitanika iz kontrolne grupe, preko 60 % napustiti terapiju, zaključuje se da su to najverovatnije ovi iz kategorije radnika.

Varijabla *zaposlenost* nije pokazala značajnu razliku između grupa ispitanika (Tabela 9). Procentualno ona iznosi 32%, što potvrđuje i analiza  $\chi^2$  testom.  $P=0.830$ .

**Tabela 9. Prikaz radnog statusa ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Pripadnost grupi		Zaposlenost			Total	$\chi^2$ test
		Stalno zaposlen	Bez posla	Povremeno radi		
Eksperimentalna	Broj	31	28	41	100	P=0.830
	%	31,0%	28,0%	41,0%	100,0%	
Kontrolna	Broj	32	31	37	100	
	%	32,0%	31,0%	37,0%	100,0%	

Kako je jedan od uslova za uključenje u porodičnu terapiju i zaposlenost bar jednog člana porodice (između ostalog i zbog tehničkih razloga kako bi imali i materijalne mogućnosti za dolazak na terapiju) jer je od 100 porodica uključenih u terapiju 68% imalo mesto boravka van Sombora (Apatin, Kula, Ruski Krstur, Prigrevica, Čonoplja, Kljajićevo, Stanišić, Bački Brestovac, Odžaci, Sonta, Bački Monoštor, Bački Breg). Pregled situacije o zaposlenosti ukazuje da je samo jedna trećina ispitanika zaposlena što govori o ozbiljnoj krizi društva.

U istraživanju smo proveravali *nacionalnu strukturu*, kao demografsku karakteristiku ali i zbog iskustva koje smo stekli tokom dugogodišnjeg rada, da postoje “poslušnije” porodice sa kojima je bilo lakše raditi, koje su ispunjavale adekvatnije

terapijske zadatke i u manjem broju napuštale terapiju. Ove porodice su pripadale manjim nacionalnim zajednicama ( Rusini, Mađari, Šokci, Bunjevci). Ova opservacija se potvrdila na kvantitativnom nivou (tabela 1. u Prilozima). Uočava se da je procenat Rusina (18%) u eksperimentalnoj grupi (završili terapiju) udvostručen, u odnosu na procenat (9%) u kontrolnoj grupi (počeli terapiju). Uslovno rečeno, ovaj uzorak se tokom terapije najmanje osipao. Na sociološkom nivou može se govoriti o tendenciji male nacionalne grupe ka homogenizaciji i isticanju svojih specifičnosti (pa i u okviru terapije ) u okviru šire kulture. Na osnovu rezultata istraživanja ovaj okvir smo dopunili i drugim mogućnostima koje smo prikazali u diskusiji porodičnih procena (poglavlje 7.)

Uglavnom sve porodice u našem uzorku su porodice sa decom, sem u eksperimentalnoj grupi gde su dve porodice bez dece. (tabela 2. u Prilozima ). Najviše je porodica sa dvoje dece, i to u eksperimentalnoj grupi (69%) a u kontrolnoj (67%) što je znatno više nego porodica sa jednim detetom, u eksperimentalnoj grupi(23%) i u kontrolnoj (28%). Samo 4 % u eksperimentalnoj, i 5% u kontrolnoj grupi imaju troje dece. Ovo se slaže sa statističkim podacima o broju članova domaćinstva, tj. broju dece u porodicama, stanovnika Srbije.

**Tabela 10. Prikaz dužine trajanja braka ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Pripadnost grupi		Dužina trajanja braka			Total	$\chi^2$ test
		do 10g.	od 11 do 20 g.	preko 20g.		
Eksperimentalna	Broj	2	26	72	100	P=0.036
	%	2,0%	26,0%	72,0%	100,0%	
Kontrolna	Broj	11	24	65	100	
	%	11,0%	24,0%	65,0%	100,0%	

Dužina trajanja braka pokazuje razlike izmedju posmatranih grupa ispitanika. Eksperimentalnu grupu su činili 72% ispitanici sa bračnim stažom preko 20 godina i svega 2 ispitanika sa stažom do 10 godina. Dok je u kontrolnoj grupi bilo 11% ispitanika sa stažom do 10 godina.  $\chi^2$  test. P=0.036 (Tabela 10). Ova razlika je očekivano nastala zbog vremenske dimenzije ispitivanja. Ispitanici eksperimentalne grupe su bili na lečenju najmanje tri i više godina pre ispitivanja, pa su retke one

porodice koje su imale do 10 godina bračnog staža, što bi značilo da su na lečenje došli u prvim godinama braka što se veoma retko događa. Realniji je procenat kontrolne grupe koji takođe pokazuje da su tek 11% porodica u prvih 10 godina braka.

Dalje ćemo prikazati sociopsihijatrijske i socijalne podatke celog uzorka ispitivanih porodica.

**Tabela 11. Socijalno-psihijatrijski i socijalni podaci uzorka od 200 ispitanika**

Socijalno psihijatrijski podaci		Broj ispitanika	Procenat
Razlog dolaska na lečenje	Posao	65	32,5
	Porodica	70	35,0
	zdravlje	65	32,5
	ukupno	200	100,0
Bolesti u primarnoj porodici	Alkoholizam	109	54,5
	Teške fizičke/psihičke	32	16,0
	Nije bilo bolesti	59	29,5
	ukupno	200	100,0
Gubici u poslednjih pet godina	Bliskih osoba	72	36,0
	Posla	46	23,0
	Nije bilo	82	41,0
	ukupno	200	100,0
Poboljšanja u poslednjih pet	<b>Somatskog zdravlja</b>		
	Da	82	41,0
	ne	118	59,0
	ukupno	200	100,0
	<b>Napredovanje na poslu</b>		
	Da	36	18,0
	ne	164	82,0
	ukupno	200	100,0
	<b>Nagrade iz socijalnog okruženja</b>		
	Da	15	7,5
	Ne	185	92,5
	ukupno	200	100,0
	<b>Društvene aktivnosti</b>		
Da	36	18,0	

	Ne	164	82,0
	Ukupno	200	100,0
<b>Veće kupovine</b>			
	Da	55	27,5
	Ne	145	72,5
	Ukupno	200	100,0

Iz tabele 11. vidimo da u celom ispitivanom uzorku nešto manje od 1/3 (32%) kao razlog dolaska na lečenje navodi probleme na poslu i zdravstvene probleme, a 35% navodi porodične probleme. Od bolesti u primarnoj porodici, alkoholizam, navodi 54,5% ispitanika. Ispitanika (36%) je imalo gubitke bliskih osoba u porodici u poslednjih pet godina. Na nivou celog uzorka, preko polovine ispitanika (59%) nije imalo poboljšanje somatskog zdravlja. Napredovanja na poslu, nagrade iz socijalnog okruženja, uključivanje u društvene aktivnosti i veće kupovine, preko 80 % ispitanika na nivou celog uzorka, nije imalo. Ovu prilično depresivnu sliku celog uzorka ispitanika sagledali smo upoređujući grupe po gornjim parametrima. Dalje ćemo navesti razlike među grupama i razlike po polu u odnosu na socijalno-psihijatrijske parametre.

**Tabela 12. Prikaz razloga dolaska na lečenje u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi i značajnost razlika među njima**

Pripadnost grupi		Razlog dolaska na lečenje			Total	$\chi^2$ test
		Posao	Porodica	Zdravlje		
Eksperimentalna	Broj	45	34	21	100	P=0.000
	%	45,0%	34,0%	21,0%	100,0%	
Kontrolna	Broj	20	36	44	100	
	%	20,0%	36,0%	44,0%	100,0%	

Kao najčešći razlog dolaska na lečenje (tabela 12) naveden je *posao* kod ispitanika eksperimentalne grupe (45%) , zatim *porodica* u 34% slučajeva, a ispitanici kontrolne grupe su naveli najčešće (44%) *zdravlje* kao razlog dolaska na lečenje i *porodicu* na drugom mestu 36% . Posao je u ovoj grupi zastupljen kao razlog sa svega 20%. Testom  $\chi^2$  je utvrđena statistička značajna razlika između grupa kada je u pitanju razlog dolaska na lečenje (P=0.000). Ova razlika uslovljena je spoljašnjim socijalnim uslovima. Naime, ispitanici eksperimentalne grupe su ulazili u terapiju tokom perioda 1995-2005. To je bio period krize u društvu, ali u kojoj zaposlenost još



nije drastično opala, te nije postojalo mnogo privatnih poslodavaca i postojala je institucija „zaštite radnika”, koji su upućivani na lečenje. Iz naših dugogodišnjih kontakata sa porodicama, registrovali smo da su oni alkoholičari koji su relativno „rano“ dolazili na lečenje, bili upućivani od strane radne organizacije. U toku terapije supruga su izveštavale da one same, ni drugi članovi porodice, nisu uspevali da „nagovore“ pacijenta na lečenje, pa su ponekad i same odlazile u njihove radne organizacije da bi im pretpostavljeni pomogli i „uslovili“ radnika da se leči. Ispitanici kontrolne grupe koje uključivali su se u terapiju tokom 2008, samo jedna trećina ispitanika je zaposlena. Oni koji su zaposleni gube posao ukoliko imaju problema sa alkoholom i ne šalju se na lečenje. Ispitanici zato dolaze na lečenje mnogo kasnije, odnosno kada je pretnja gubitka zdravlja, odnosno somatske i psihijatrijske posledice alkoholizma „prinude“ ispitanike za dolazak na lečenje.

**Tabela 13. Prikaz zastupljenosti bolesti u primarnim porodicama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika po polu**

			Bolest u primarnoj porodici			Total	$\chi^2$ test
			Alkoholizam	Teske fizicke	nema		
Muškarci	Eksperimentalna	Broj	36	6	8	50	0.001*
		%	72,0%	12,0%	16,0%	100,0%	
	Kontrolna	Broj	20	9	21	50	
		%	40,0%	18,0%	42,0%	100,0%	
	Total	Broj	56	15	29	100	
		%	56,0%	15,0%	29,0%	100,0%	
Žene	Eksperimentalna	Broj	32	9	9	50	0.009*
		%	64,0%	18,0%	18,0%	100,0%	
	Kontrolna	Broj	21	8	21	50	
		%	42,0%	16,0%	42,0%	100,0%	
	Total	Broj	53	17	30	100	
		%	53,0%	17,0%	30,0%	100,0%	

U gornjoj tabeli dat je prikaz bolesti u primarnim porodicama ispitanika. Iz tabele 13. vidimo da u eksperimentalnoj grupi muškarci u 72% navode alkoholizam u primarnoj porodici, dok u kontrolnoj samo 40 %. Velika je razlika kod muškaraca i u negiranju patologije, u ekperimentalnoj grupi samo 16 % navodi da nema bolesti i

patologije, a u kontrolnoj 42%. Nešto manja razlika je kod žena, 64% žena navodi alkoholizam u porodici u odnosu na 42% žena, iz kontrolne grupe. Razlika kod muškaraca i žena iz grupa je statistički značajna. Ova razlika se evidentira i na nivou grupa (Tabela 14).

*Tabela 14. Prikaz zastupljenosti bolesti u primarnim porodicama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima na nivou grupe*

Pripadnost grupi		Eksperimentalna		Kontrolna	
<b>Bolest u primarnoj porodici</b>	Alkoholizam	68	68,00%	41	41,00%
	Teške fizičke/psihičke	15	15,00%	17	17,00%
	Nema bolesti	17	17,00%	42	42,00%
$\chi^2$ test		P=0.000			

Alkoholizam je najčešće navedena bolest u primarnoj porodici kod 68% ispitanika eksperimentalne grupe. Navođenje značajno češće prisutnosti alkoholizma u eksperimentalnoj grupi, čini se da je više izraz osjetljivosti na problem alkoholizma u eksperimentalnoj grupi koja je živeći sa prihvatanjem svog alkoholizma, spremnija da ga percipira i u primarnoj porodici. Porodice kontrolne grupe, tek ušle u terapiju, još nisu suštinski prihvatile ni postojanje svog problema, te nedovoljno znanja o alkoholizmu, u manjem procentu izveštavaju o alkoholizmu u primarnoj porodici, kao i uopšte o bolestima u porodici.

Sledeća grupa podataka koje smo želeli da prikupimo o porodicama odnosila se na gubitke ili poboljšanja na polju fizičkog zdravlja, odnosno u nekim socijalnim parametrima. Iz dugogodišnjih kontakata sa porodicama koje su prošle terapiju imali smo saznanja da su neke porodice imale gubitke bliskih osoba ili druge traumatične ili stresne situacije, ali nisu reagovala propijanjem ili recidivom. Život u boljim relacijama, postignut terapijom, uz osnovni predulov, apstinenciju – učinila je ove porodice „otpornijima” i na nove teške situacije tokom života. Sledeći podaci ovo ilustruju.

**Tabela 15. Prikaz izloženosti stresnim situacijama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe, značajnost razlika po polu**

Pol	Pripadnost grupi		Stresne situacije u poslednjih pet godina			ukupno	$\chi^2$ test
			Gubici bliskih osoba	Gubici posla-veliki	Nema		
Muškarci	Eksperimentalna	Broj	27	11	12	50	0.002*
		%	54,0%	22,0%	24,0%	100,0%	
	Kontrolna	Broj	14	10	26	50	
		%	28,0%	20,0%	52,0%	100,0%	
	Total	Broj	41	21	38	100	
		%	41,0%	21,0%	38,0%	100,0%	
Žene	Eksperimentalna	Broj	21	12	17	50	0.015*
		%	42,0%	24,0%	34,0%	100,0%	
	Kontrolna	Broj	10	13	27	50	
		%	20,0%	26,0%	54,0%	100,0%	
	Total	Broj	31	25	44	100	
		%	31,0%	25,0%	44,0%	100,0%	

Tabela 15. pokazuje da se muškarci na nivou grupa razlikuju na sledeći način. Preko polovine muških ispitanika eksperimentalne grupe (54%) su izveštavali o gubitku bliske osobe u poslednjih pet godina, a samo 24% da nisu imali gubitaka. Kod kontrolne grupe 28% je imalo gubitak bliske osobe, a 52% nije imalo gubitke bliskih osoba. Razlika između muškaraca u grupama je statistički značajna. Kod žena je nešto manja razlika. One iz eksperimentalne grupe saopštavaju da su imale gubitke bliskih osoba 42%, u odnosu na upola manji broj u kontrolnoj grupi žena (20%). Kod žena eksperimentalne grupe njih 34% nisu bile izložene stresnim situacijama, u odnosu na mnogo veći broj žena kontrolne grupe (54%). Ova razlika se na nivou grupa iskazuje na sledeći način (tabela 16).

**Tabela 16. Prikaz izloženosti stresnim situacijama ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Pripadnost grupi		Stresne situacije u poslednjih pet godina			Total	$\chi^2$ test
		Gubici bliskih osoba	Gubici posla-veliki materijalni	Nema		
Eksperimentalna	Broj	48	23	29	100	P=0.001
	%	48,0%	23,0%	29,0%	100,0%	
Kontrolna	Broj	24	23	53	100	
	%	24,0%	23,0%	53,0%	100,0%	

Prema izloženosti stresnim situacijama postoji značajno razlika na nivou grupa.

U eksperimentalnoj grupi 48% ispitanika je imalo gubitak *bliske osobe*, dok u kontrolnoj grupi 24%. Po ovom gubitku se grupe značajno razlikuju. Ovo je veoma interesantan podatak, koji ne umemo da objasnimo, i ne nalazimo ga u drugim istraživanjima. Jedna veoma udaljena refleksija bi bila sledeća: Porodice koje su prošle terapiju, ostale „vezane” za terapijski tim ili instituciju. Možda je jedan od razloga „vezanosti” bio i traženje podrške u stresnim situacijama. Moguće je da porodice koje su prošle terapiju u odnosu na one koje su u terapiji, različito doživljavaju izraz „bliska osoba”. One koje su prošle terapiju možda imaju širi krug bliskih osoba, pa sledstveno tome i gubitaka.

Sledeća grupa podataka odnosi se na poboljšanja i socijalne gratifikacije, čijim poređenjem smo želeli da empirijski proverimo razlike, između grupe koja je ušla u terapiju i grupe koja je završila terapiju i uspešno funkcioniše najmanje tri godine.

*Poboljšanje somatskog zdravlja bilo je očekivano kao znatno prisutnije u porodicama koje su prošle terapiju (*

Tabela 17).

**Tabela 17. Prikaz procene poboljšanja somatskog zdravlja ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Pripadnost grupi		Poboljšanja somatskog zdravlja		Total	$\chi^2$ test
		Da	Ne		
Eksperimentalna	Broj	69	31	100	P=0.000
	%	69%	31%	100%	
Kontrolna	Broj	14	86	100	
	%	14%	86%	100%	

Iz prethodne tabele se vidi postojanje značajne razlike u smislu poboljšanja somatskog zdravlja između posmatranih grupa ispitanika i to 69% u korist ispitanika eksperimentalne grupe, u odnosu na 14% kontrolne grupe ili 86%, koji su se izjasnili da ne osećaju neka poboljšanja ( $\chi^2$  test, P=0.000). Ovde je razlika po polu očekivana, jer identifikovani pacijent, muškarac, ne pije najmanje tri godine, i živi urednim životom, što se reflektovalo i na procenu fizičkog zdravlja (Tabela 18).

**Tabela 18. Prikaz procene poboljšanja somatskog zdravlja kod muškaraca eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Poboljšanje somatskog zdravlja muškaraca			Total	$\chi^2$ test	
		Da			Ne
Grupa	Eksperimentalna	40	10	50	P=0.000
	Kontrolna	10	40	50	
Total		50	50	50	

*Registrujemo i značajnu razliku kod žena. One koje su prošle terapiju i žive u adekvatnim porodičnim uslovima, procenjuju i svoje fizičko zdravlje boljim, u odnosu na žene koje su počele terapiju (*

Tabela 19). U toku terapijskog postupka jedan od terapijskih ciljeva je i poboljšanje fizičkog zdravlja, kako identifikovanog pacijenta, tako i supruge. U toku dolaska na terapiju, kontrole fizičkog zdravlja (laboratorijske analize, eventualne dijagnostičke pretrage) su obavezne za bračni par, a one su i važan deo plana rehabilitacije kako pojedinačno, tako i na porodičnom nivou. Žena koja je tokom muževljevog alkoholizma zapostavljala svoje fizičko zdravlje, u toku terapije „uči“ i da brine o svom fizičkom zdravlju.

**Tabela 19. Prikaz procene poboljšanja somatskog zdravlja kod žena eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Poboljšanje somatskog zdravlja žena				Total	$\chi^2$ test
Grupa		Da	Ne		
Grupa	Eksperimentalna	29	21	50	P=0.000
	Kontrolna	4	46	50	
Total		32	68	100	

Napredovanja na poslu takođe registrujemo u grupi koja je prošla terapiju (Tabela 20).

**Tabela 20. Prikaz napredovanja na poslu eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

Napredovanje na poslu				Total	$\chi^2$ test
Grupa		Da	Ne		
Grupa	Eksperimentalna	24 (24%)	76 (76%)	100	P=0.027*
	Kontrolna	12 (12%)	88 (88%)	100	
Total		32 (32%)	68 (68%)	200	

Napredovanje u poslu pokazuje značajnost razlike između eksperimentalne i kontrolne grupe ispitanika. Nešto više ispitanika eksperimentalne grupe se izjasnilo da je imalo napredovanje u poslu 24%. u odnosu na kontrolu 12%. što potvrđuje i analiza  $\chi^2$  testom (P=0.027).

Ovo napredovanje na poslu ispitanika koji su uglavnom prešli 50-tu godinu života i lečili se od alkohola, a u situaciji naše društvene krize, je lična procena u toku intervjua, a dobili smo podatke o profesionalnoj rehabilitaciji, koja je ponekad minimalna, ali je imala posebni značaj za naše porodice.

**Tabela 21. Prikaz gratifikacija iz socijalnog okruženja i učestvovanja u društvenim aktivnostima ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima, po polu**

Pol	Pripadnost grupi		Gratifikacije iz socijalnog okruženja			$\chi^2$ test
			Da	Ne	Total	
Muškarci	Eksperimentalna	Broj	9	41	50	P=0.001*
		%	18,0%	82,0%	100,0%	
	Kontrolna	Broj	0	50	50	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
Žene	Eksperimentalna	Broj	6	44	50	P=0.013*
		%	12,0%	88,0%	100,0%	

	Kontrolna	Broj	0	50	50	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
Pol	Pripadnost grupi	Društvene aktivnosti			$\chi^2$ test	
		Da	Ne	Total		
Muškarci	Eksperimentalna	Broj	15	35	50	P=0.000
		%	30,0%	70,0%	100,0%	
	Kontrolna	Broj	1	49	50	
		%	2,0%	98,0%	100,0%	
Žene	Eksperimentalna	Broj	17	33	50	P=0.000
		%	34,0%	66,0%	100,0%	
	Kontrolna	Broj	3	47	50	
		%	6,0%	94,0%	100,0%	

Neke vrste priznanja iz socijalnog okruženja dobijaju muškarci iz eksperimentalne grupe, mada ne u velikom broju i to 18%, dok kod muških ispitanika kontrolne grupe one se ne registruju. U društvene aktivnosti uključeno je 30% muških ispitanika eksperimentalne grupe, dok je u kontrolnoj grupi broj minimalan. Ovakva razlika se zapaža i kod žena. One su po uključenosti u društvene aktivnosti i socijalnim gratifikacijama aktivnije, u odnosu na žene kontrolne grupe. Razlika i kod muškaraca i žena je statistički značajna. Možemo zaključiti, da sa izlaskom iz alkoholizma, i kod identifikovanog pacijenta i njegove supruge, postoji interes za društveno angažovanje, kako za način strukturacije slobodnog vremena, tako i izlaska porodice iz socijalne izolacije do koje je doveo alkoholizam. U kontrolnoj grupi, koja je počela terapiju, i ima još uvek sve odlike porodica sa alkoholičarskim relacijama, ova veština će se tokom terapije „učiti”, te su oni porodica koja je još uvek izolovana i preokupirana sopstvenim problemima. Važnost društvenog angažovanja će se prepoznati tek po sanaciji sopstvene haotične situacije.

Ova razlika je prepoznatljiva na nivou grupe (Tabela 22).

**Tabela 22. Prikaz gratifikacija iz socijalnog okruženja i učestvovanja društvenim aktivnostima ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe i značajnost razlika među njima**

	Pripadnost grupi	Da	Ne	Total	$\chi^2$ test
Gratifikacije iz socijalnog okruženja	Eksperimentalna	15%	85%	100%	P=0-000
	Kontrolna	0%	100%	100%	

<b>Društvene aktivnosti</b>	Eksperimentalna	32%	68%	100%	
	Kontrolna	4%	9600%	100%	P=0-000
<b>Veće kupovine</b>	Eksperimentalna	42%	57%	100%	
	Kontrolna	12%	88%	100%	P=0-000

Jedan od terapijskih ciljeva je socijalna rehabilitacija, kao i društveno angažovanje, koji predstavljaju i način i strukturacije slobodnog vremena. Društveno angažovanje smo definisali kao političko angažovanje, rad u humanitarnim ili udruženjima građana, i ono je više zastupljeno u grupi koja je prošla terapiju. Nagrade iz socijalnog okruženja, definisali smo zajedno, kao priznanja za rezultate u sportskim, kulturno umetničkim aktivnostima, a po kojima se su porodice koje su prošle terapiju značajno razlikovale, od onih na početku terapije (Tabela 22). Stavka veće kupovine je tokom prikupljanja socio demografskih podataka u porodicama definisana sa ispitivačem. Veće kupovine su porodice definisale u odnosu na materijalnu situaciju u kojoj su se nalazile i procenu važnosti materijalnih dobara. Neke porodice su veće kupovine procenjivale kao kupovine bele tehnike ili nekih delova pokućstva, a druge – kao kupovinu automobila ili stana. Bila nam je važna procena i doživljaj porodice o važnosti određene kupovine. Pokazalo se da su porodice iz eksperimentalne grupe češće procenjivale da su i materijalno napredovale.

### **7.3. REZULTATI VEZANI ZA PORODIČNO FUNKCIONISANJE U ISPITIVANIM GRUPAMA**

#### **7.3.1. *Porodična kohezivnost***

U alkoholičarskoj porodici dominantno obeležje su poremećeni emocionalni odnosi, kako između supružnika, tako i između roditelja i dece. Unutrašnje i spoljašnje granice porodičnog sistema su nejasne, poremećene i konfuzne. Mereći ove dimenzije pretpostavili smo da će se pokazati da su one kod kontrolne grupe upravo takve, a kod eksperimentalne, zbog dejstva terapije značajno poboljšane. Ovo se pokazalo kao tačno.

Frekvencija odgovora na stavke kohezivnosti data je u Prilozima (tabele 3, 4, i 5).

Grupe se po svim stavovima dimenzije kohezivnosti statistički značajno razlikuju (Tabela 23).



**Tabela 23. Dimenzije porodične kohezivnosti uzorka od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe (prema odgovorima na skali od „skoro nikad“, „retko“, „ponekad“, „često“ i „skoro uvek“**

		N	$\chi^2$	P	Zaključak
1.	Članovi naše porodice traže pomoć jedni od drugih	200	4,683	0,030	Postoji značajna veza
3.	Prihvatamo prijatelje svakog člana porodice	200	26,678	0,000	Postoji značajna veza
5.	Volimo da se stvari odvijaju samo u krugu porodice	200	3,360	0,067	Postoji značajna veza
7.	U našoj porodici se osećamo bliskije nego sa ljudima van porodice	200	27,500	0,000	Postoji značajna veza
9.	Volimo da zajedno provodimo vreme u porodičnom krugu	200	18,085	0,000	Postoji značajna veza
11.	U našoj porodici osećamo veliku bliskost	200	46,676	0,000	Postoji značajna veza
13.	Kada u porodici trebamo zajednički da radimo, niko ne zabušava	200	4,523	0,033	Postoji značajna veza
15.	Lako možemo da nabrojimo ono što radimo zajedno kao porodica	200	7,787	0,005	Postoji značajna veza
17.	Članovi porodice se dogovaraju pre donošenja odluka	200	18,409	0,000	Postoji značajna veza
19.	Porodično zajedništvo nam je veoma važno	200	39,377	0,000	Postoji značajna veza

Razlike unutar grupa objasnićemo analizirajući odgovore na stavke iz dimenzije kohezivnost. Dimenziju kohezivnosti podelili smo na dimenziju emocionalne povezanosti (stavke 7, 11 i 19), porodično angažovanje (stavke 1, 13, 15 i 17) i definisanje unutrašnjih granica i odnos dece prema roditeljima (stavke 3, 5 i 9).

U stavkama „U porodici se osećamo bliskije nego sa ljudima van porodice“ i „Osećamo veliku bliskost u porodici“ koje direktno meri ovu emocionalnu komponentu u porodici, članovi eksperimentalne i kontrolne grupe se značajno razlikuju, i porodice eksperimentalne grupe u većem procentu izveštavaju o osećanju bliskosti. Porodično zajedništvo, kao izraz emocionalne povezanosti i prepoznavanje važnosti zajedništva, takođe je dominantno zastupljeno u eksperimentalnoj grupi. Porodice kontrolne grupe su tek počele terapiju i one imaju sve odlike porodice sa alkoholičarskim relacijama, koje odlikuje emocionalna distanca između supružnika kao i između supružnika i dece,

što uslovljava da se ne obraćaju jedni drugima za pomoć, podršku ili ohrabrenje, ne daju savete jedni drugima. Emocionalna distanca, termin koji opisuje udaljenost između ljudi, a u čijoj je osnovi emocionalno reagovanje, je način redukcije nelagode i nezadovoljstva. Emocionalna distanca se razlikuje od umerene udaljenosti osobe od druge osobe, do konfliktnog odnosa, opterećenog anksioznošću, koja se redukuje emocionalnom distancom. Kada emocionalnu povezanost posmatramo sa pozicije u kojoj porodicu na početku terapije razumemo kao porodicu u fazi tranzicije, rane apstinencije, u etapi koju Brown (2000) naziva „trauma oporavka“, emocionalne reakcije članova porodice su jaka anksioznost pred nepoznatim stvarima koje ih čekaju u terapiji i porodici, kao što su osećaj sramote i krivice, koji takođe doprinose emocionalnoj distanci. Brown (2000) preporučuje da se porodici u terapiji objasni da su ove emocionalne reakcije i osećanja sastavni deo oporavka i treba ih prihvatiti kao zdrave i teške korake na putu oporavka.

Porodično angažovanje je u našim grupama procenjeno na sledeći način. Skoro 80% porodica eksperimentalne grupe, na stavku „Obraćamo se jedni drugima za pomoć“, odgovaraju alternativnom često i veoma često, dok se 50% porodica kontrolne grupe ne obraćaju jedni drugima za pomoć, nikad ili retko.

Zajednički rad i angažovanje, te podjednak doprinos svih članova porodice značajno češće je zastupljeno u eksperimentalnoj grupi i razlika je statistički značajna.

Definisanje zajedničkih aktivnosti i učestovanje svih članova porodice u donošenju odluka je takođe karakteristika porodice koja je prošla terapiju u kojoj se insistiralo na potrebi učenja zajedničkog rešavanja problema i donošenja odluka. Eksperimentalna grupa i tri godine posle terapije ovu porodičnu veštinu primenjuje, a što je dalje čini jakom i sposobnom za suočavanje sa razvojnim i nerazvojnim krizama. Stinnett (1979) piše o važnosti zajedničkog korišćenja vremena što bi bio drugi način operacionalizacija konstrukta porodične kohezije. Važnost zajednički provedenog vremena članova porodice Stinnett je ispitivao tako što je 1500 dece pitano šta je po njima srećna porodica. Najčešći odgovor dece bio je da je srećna ona porodica koja mnogo poslova obavlja zajedno. To zajednički provedeno vreme, naglašava Stinnett ne može samo da se desi, već ga treba planirati. Jake porodice čine napore da zajedno rade i provode vreme zajedno. Uključivanje i uvažavanje su nadalje, važni kvaliteti jake

porodice. Jake porodice duboko uključuju i uvažavaju jedni druge i koriste mnogo vremena i energije za promovisanja dobra i rasta članova porodice i porodice u celini.

Rezultati na stavkama definisanja unutrašnjih i spoljašnjih granica i odnosa dece prema roditeljima je sledeći. U alkoholičarskoj porodici, u našem slučaju porodici koja je počela terapiju, u fazi „traume oporavka“ granice prema spoljnjem svetu su još uvek zatvorene, jer se tako sakrivalo pijenje, a stvari držale „pod kontrolom“, prekidalo se druženje sa rodbinom, komšijama, prijateljima, dolazak novih prijatelja se ograničavao. Ove stavke su u porodici, koja je počela terapiju, procenjene kako je gore navedeno. U porodici koja se oporavila od krize alkoholizma značajno više se prihvataju prijatelji svakog člana porodice, postoji međusobna podrška i privrženosti, posebno u teškim životnim situacijama. Smatramo da su naše porodice koje su uspešno završile terapiju jezgro tog osećanja imale na početku terapije što im je omogućilo da ispune zahteve terapije i nastave da žive kompetentno.

Zaključujemo da u eksperimentalnoj grupi postoji adekvatna emocionalna povezanost članova porodice, odnosno balans bliskost/zajedništvo- odvojenost. Ravnoteža između jedinstva i odvojenosti se jasno vidi u kriznim situacijama kada su članovi porodice visoko povezani, ali i poštuju individualne razlike. Ovako se u porodici stvara osećaj sigurnosti. U grupi koja je prošla terapiju značajno više nego kod porodica koje su u terapiji, vreme se provodi u porodičnom krugu, (skoro četvrtina). U grupi koja je počela terapiju, 23% porodica ne može da proceni da li voli da provodi vreme u porodičnom krugu. Dok su porodice bile u alkoholizmu, članovi se nisu osećali dobro zajedno, a sada u terapiji koja zahteva stalno angažovanje i zajedničko provođenje vremena (koje je ranije provedeno odvojeno) izgleda teško i nametnuto, pa je neopredeljen odgovor, očekivan. Trbić (2000) navodi da porodica u toku terapije treba iz svojih strategija da odstrani alkohol, što zahteva novo angažovanje i prilagođavanje, a tako i sama terapija predstavlja stres za iscrpljenu alkoholičarsku porodicu.

Poređenjem ispitivanih porodica po polu u odnosu na dimenziju kohezivnosti (Tabela 24 i Tabela 25) pokazalo se da kod muških ispitanika postoji razlika na 3 od 10 stavki dimenzije kohezivnosti, a kod žena na 5 od 10 stavki.

**Tabela 24. Dimenzija porodične kohezivnosti i značajnosti razlike između muškaraca eksperimentalne i kontrolne grupe**

<b>Faces-kohezivnost muškarci</b>	Sig. (2-sided)
1. Članovi naše porodice traže pomoć jedni od drugih	.004*
7. U našoj porodici osećamo se bliskije nego sa ljudima van porodice	.051*
19. Porodično zajedništvo nam je veoma važno	.018*

Muškarci eksperimentalne grupe razlikuju se od onih iz kontrolne grupe po gornjim stavkama. Dakle, oni koji su prošli terapiju spremniji su da traže pomoć unutar porodice, osećaju se bliskije unutar porodice i zajedništvo u porodici im je veoma važno. Kroz terapiju i život u treznom stanju lečeni alkoholičar pokazuje i oseća značaj porodične povezanosti.

Razlike kod žena (Tabela 25) su pokazale sledeće:

**Tabela 25. Dimenzija porodične kohezivnosti i značajnosti razlike između žena eksperimentalne i kontrolne grupe**

<b>Faces-kohezivnost žene</b>	Sig. (2-sided)
3. Prihvatamo prijatelje svakog člana porodice	.014*
7. U našoj porodici osećamo se bliskije nego sa ljudima van porodice	.008*
9. Volimo da zajedno provodimo vreme u porodičnom krugu	.044*
11. U našoj porodici osećamo veliku bliskost	.037*
19. Porodično zajedništvo nam je veoma važno	.014*

Žene iz grupe porodica koje su u terapiji, još uvek nerado prihvataju prijatelje svakog člana porodice (to su obično bili „prijatelji“ po pijenju), ne osećaju bliskost u porodici, ne vole zajednički provedeno vreme, jer je ranije bilo vezano za česte neugodne situacije, a sada za novu situaciju u porodici, na „gubitak“ alkohola (Trbić, 2000) i prilagođavanje porodice na rešavanje svakodnevnih životnih problema bez „njegove pomoći“. One još uvek nemaju osećaj porodičnog zajedništva. Brown (2000) objašnjava, da je u toku alkoholizma postojala iluzija strukture, a sada se u terapiji pokazuje da je sve što se ženi činilo da radi korisno, definisano kao loše, i to kao podržavanje pijenja, što je uslovalo da žena bude zbunjena i zastrašena.

### 7.3.2. *Porodična adaptabilnost*

Porodičnu adaptabilnost ili sposobnost porodice za promenu čine atributi: porodične uloge, moć, kontrola, liderstvo, stil pregovaranja, a definiše se kao količina promene u vođstvu, ulogama i pravilima pod uticajem situacionih i razvojnih stresova. Frekvencija odgovora na dimenziju adaptabilnosti data je u Prilozima (tabele 6 i 7).

**Tabela 26. Dimenzije porodične adaptabilnosti uzorka od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe (prema odgovorima na skali od „skoro nikad“, „retko“, „ponekad“, „često“ i „skoro uvek“**

		N	$\chi^2$	P	Zaključak
2.	Pri rešavanju problema uvažavaju se predlozi dece	200	9,091	0,030	Postoji značajna veza
4.	Poštuje se reč dece u njihovom vaspitanju	200	24,544	0,000	Postoji značajna veza
6.	Više naših članova ponaša se kao glava porodice	200	12,703	0,000	Postoji značajna veza
8.	U našoj porodici nas vesele i najobičnije aktivnosti koje obavljamo	200	11,602	0,001	Postoji značajna veza
10.	Roditelji i deca zajedno raspravljaju o disciplinskim merama	200	0,880	0,348	Ne postoji značajna veza
12.	U našoj porodici deca učestvuju u donošenju odluka	200	11,010	0,010	Postoji značajna veza
14.	Rešenja problema prilagođavamo situaciji	200	5,879	0,015	Postoji značajna veza
16.	Smenjujemo se u obavljanju kućnih poslova	200	0,144	0,704	Ne postoji značajna veza
18.	Teško je odrediti ko je kod nas glava porodice	200	1,778	0,182	Ne postoji značajna veza
20.	Teško je reći ko obavlja koji kućni posao	200	8,582	0,003	Postoji značajna veza

U alkoholičarskoj porodici je poremećen sistem vrednosti, životna filozofija je usmerena na negiranje problema, alkoholičar ne prepoznaje svoju zavisnost, a supruga ne prepoznaje svoje mehanizme održavanja zavisnosti, deca se često osećaju kriva zbog situacije u porodici, preokupirana porodičnim problemima. Pravila ponašanja se često menjaju, uloge su prepliću, nema hijerarhijske strukture u porodici.

Porodični sistem u fazi tranzicije, odnosno po ulasku u terapiju ima sledeće odlike: sa traženjem pomoći van porodice (terapija) porodica se nalazi u krizi, stara pravila ponašanja se moraju menjati, a nova pravila se tek stvaraju. Stare uloge ne funkcionišu jer je sistem koji ih je podržavao u kolapsu, članovi porodice se još drže uloga koje su identifikovali sa načinom čuvanja porodice. U hijerarhijskoj strukturi porodice, otac koji je tek „bacio flašu“ ne može odmah da bude „glava porodice“, to mesto na vrhu hijerarhije, treba tek da se popuni tokom terapije. Rituali (pijenja u svakoj prilici) su napušteni, te porodica ima problem strukturisanja slobodnog vremena.

U kontrolnoj grupi, koja se nalazi u fazi tranzicije, se na našim rezultatima pokazuje napred navedeno. Oni češće odgovaraju da se ne smenjuju u obavljanju kućnih aktivnosti, odnosno porodične dužnosti i obaveze su nametnute jednom članu i ostali se ne uključuju. Sa ovim je vezana i procena u kontrolnoj grupi da se ne zna ko obavlja koji kućni posao što ukazuje na loše definisane uloge i funkcije u porodici. Poznato preuzimanje dužnosti i obaveza u porodici od strane supruge koja sa druge strane ima „psihološke dobiti“ (Stojković, 1999). Ne uvažavaju se predlozi dece i ne dogovaraju sa decom.

U eksperimentalnoj grupi se članovi porodice značajno češće uvažavaju i dogovaraju, kako između sebe, tako i sa decom. Eksperimentalna grupa procenjuje u 49% da se skoro nikad ili retko više članova porodice ponaša kao glava porodice, a u kontrolnoj grupi se 37% često ili skoro uvek više članova ponaša kao glava porodice. Ovo ukazuje da u kontrolnoj grupi postoji poremećaj uloga i granica u porodičnom funkcionisanju. U skoro 80% u eksperimentalnoj grupi članove porodice veseli zajedničko provedeno vreme i aktivnosti u odnosu na 60% u kontrolnoj grupi što govori o slabom osećaju zajedništva i učestvovanja u porodičnim aktivnostima.

### **7.3.3. *Diskusija porodičnog funkcionisanja – kohezivnost i adaptabilnost***

U našem istraživanju rezultati su pokazali da se ispitivane grupe razlikuju po porodičnom funkcionisanju koje smo merili kroz kohezivnost i adaptabilnost.

Naša grupa koja je prošla terapiju, po svim dimenzijama *kohezivnosti* se razlikuje od grupe koja je u terapiji. Na početku diskusije o kohezivnosti, upoređićemo

naše podatke sa nalazima drugih istraživanja kohezivnosti u alkoholičarskom porodicama.

Porodičnu koheziju smo definisali po Olsonovom modelu čija je suština emocionalna povezanost (Olson, 1993). Porodična kohezija je i po Walsh (1998) interakcijski proces važna za svakodnevni život i osećaj zadovoljstva članova porodice. Walsh joj daje naziv „connectedness“ i opisuje kao „jedinstvo pojedinaca, zajednička podrška i kolaboracija uz istovremenu separaciju i autonomiju individue“ (Walsh, 1998. str.105), te je naglašava kao važan proces za svakodnevni porodično funkcionisanje i porodična sposobnost rešavanja krize ili stresa. Odnos između visine kohezivnosti i stepena adekvatne funkcionalnosti porodice nije linearan, visoka kohezivnost ne znači i funkcionalnost. Važan je dobar balans između porodične povezanosti i individualne autonomije.

Porodice iz našeg uzorka, koje su prošle terapiju razlikuju se od onih koje su u terapiji i imaju visok skor na dimenziji kohezivnosti.

Od studija koje koristeći Faces III istražuju promene funkcionisanja u strukturi alkoholičarske porodice opisaćemo studije naših autora (Trbić 2000; Majkić 2002; Dragišić-Labaš 2008). Trbić je sa Faces III istraživala odnos funkcionalnosti porodice i uticaja ekosistemske porodične terapije na promenu funkcionalnosti porodice. Zaključak studije je bio da je terapija uticala na promenu funkcionalnosti u smislu njenog povećanja posebno na dimenziji utarporodične kohezije (emocionalne veze i bliskost). Majkić (2002) je u svom istraživanju rezilijentnosti porodica sa adolescentom, kao prototip neadaptirane porodice uzeo alkoholičarsku ili porodicu sa jednim članom zavisnim od psihoaktivne supstance. Primenjujući Faces III ustanovio je da se neadaptirana porodica na svim dimenzijama kohezivnosti razlikuje od adaptirane. Adaptirane porodice su isticale da ima je važna bliskost, zajedništvo, međusobna razmena mišljenja, vreme koje provode zajedno i prijatelji svakog člana porodice. Važan nalaz ove studije je i da je visina dobijenog skora na kohezivnosti ukazala na postojanje visoke porodične povezanosti koju neki autori, u drugim kulturama (anglosaksonske) mogu tumačiti kao disfunkcionalnu, ali je ona u kontekstu naših etničkih, kulturalnih i istorijskih faktora, procenjena kao funkcionalna. Naime, istraživanje je rađeno neposredno posle bombardovanja Srbije (1999) kada su uslovi u društvu bili ekstremno

stresogeni, što je uslovalo jačanja kohezivnosti. A druge strane, naše porodice, za razliku od anglosaksonski, spadaju u porodice sa visokom porodičnom povezanošću koju podstiče i ekonomska situacija u društvu.

Porodičnu povezanost je, u svom istraživanju uticaja sistemske terapije u alkoholičarskom porodičnom sistemu, ispitivala sa Faces III i Dragišić-Labaš (2008). Upoređujući porodice na početku terapije, posle tri meseca terapije i posle jednogodišnjeg tretmana, ustanovila je da se porodice na početku i na kraju terapije razlikuju po svim merenim aspektima kohezivnosti. U toku tretmana došlo je do većih pomeranja na kohezivnosti nego na adaptabilnosti alkoholičarskih porodica u smislu povećanja bliskosti, razumevanja, pomoći, tolerancije i podrške između supružnika kao i između članova porodice

Porodice koje su prošle terapiju, a koje smo ispitivali Facesom III razlikuju se po svim dimenzijama porodične kohezivnosti od porodica koje su na početku terapije. Porodice eksperimentalne grupe na osnovu rezultata na dimenziji kohezivnosti možemo opisati kao porodice u kojim postoji osećaj bliskosti, poverenja, razumevanja i tolerancije kako između supružnika tako i između supružnika i dece.

*Porodična adaptabilnost* ili sposobnost porodice za promenu koju čine atributi: porodične uloge, moć, kontrola, liderstvo, stil pregovaranja.

Upoređujući grupe porodica koje su prošle terapiju sa porodicama koje su u terapiji utvrdili smo statistički značajnu razliku, nešto manje značajnu nego na dimenziji kohezivnosti. Ovo potvrđuju i nalazi Trbić (2000). U Majkićevom istraživanju (2002) takođe adaptirane porodice uvažavaju mišljenja i predloge dece, ravnopravno uključivanje svih članova porodice u porodične aktivnosti, prilagođavanje porodičnih pravila i uloga promenama u porodici i široj zajednici, vođstvo im je demokratsko, a porodična kontrola prihvatljiva za sve članove porodice. Ističe da je sposobnost porodice da obezbedi ravnotežu između stabilnosti i neminovnih promena porodica postiže prilagođavanjem porodičnih pravila, uloga, vođstva, kontrole i stilova komunikacije.

U istraživanju Dragišić-Labaš (2008) takođe dobija statistički značajne razlike na porodičnoj adaptabilnosti u porodicama koje su na početku terapije u odnosu na



završetak terapije. Na kraju terapije uloga vođe u porodici je poznata, pravila i uloge su definisane, stil pregovaranja poznat i jasan.

U sistemskoj terapiji koju primenjujemo u redovnim terapijskim aktivnostima, insistiramo na definisanju uloge, porodičnih pravila, porodičnoj kontroli. Često se porodice konfrontiraju sa „dobitima“ od dominacije pojedinih članova porodice i preuzimanju obaveza. S obzirom na dužinu boravka van terapije, kao i veliku razliku u adaptabilnosti porodica koje su prošle terapiju, u odnosu na porodice u terapiji, zaključujemo da terapijski efekat ima trajnost, jer naše porodice koje su prošle terapiju pokazuju da imaju jasne uloge, porodična pravila, vođstvo i porodičnu kontrolu. S obzirom na gubitke o kojima porodice eksperimentalne grupe izveštavaju, registrujemo da su oni i posle terapije, mada izloženi promenljivim životnim okolnostima i stresogenim događajima, uspeali da prilagode porodična pravila, uloge, kontrolu, te uspostave balans stabilnosti i promena.

#### **7.4. REZULTATI VEZANI ZA PORODIČNE RESURSE U ISPITIVANIM GRUPAMA**

Porodične resurse smo definisali kako ih opisuje McCubbina (1996) kao karakteristike, crte ili kompetencije u individui, porodici ili zajednici, a koje podstiču porodičnu adaptabilnost. Za potrebe našeg istraživanja koristili smo instrument Skalu socijalne podrške koja pokriva porodične kompetencije (jasnu komunikaciju, emocionalnu podršku, podršku poštovanja, altruističku podršku), te mrežnu podršku, podršku socijalne zajednice (kompetencije u zajednici, članove šire porodice, prijatelje, komšije, zvanične institucije kao što je radno mesto, škola, država, crkva, te finansije). Porodične kompetencije smo nazvali unutrašnja podrška, a network podršku – spoljašnja podrška. Faktorskom analizom instrumenta dobili smo potvrdu ovih faktora (Prilozi, grafikon 1).

*Unutrašnja podrška* sastavljena je od sledećih ajtema Skale socijalne podrške ( 1, 2, 8, 9, 10, 11, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25)-pogledati Skalu u Prilozima. Ovi ajtemi se odnose na jasnu komunikaciju i otvoreno izražavanje emocija. Njima se opisuje mogućnost verbalizacije i pokazivanja pozitivnih i negativnih osećanja u porodice, prihvatanje pozitivnih i negativnih misli i doživljaja i razmena misli i osećanja među članovima porodice, doživljaj vrednosti i poverenja u porodici.

*Spoljašnja podrška* sastavljena je od ajtema (3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 27) koji se odnosi na spoljašnju network podršku (šira porodica, komšije, radno mesto, institucije) kao i finansijsku sigurnost (ajtemi 26, 28, 29, 30).

Tabela frekvenci data je u Prilozima (Tabele 8, 9 i 11).

Stavke unutrašnje podrške analizirali smo kroz domene komunikacionih i emocionalnih kompetenci u porodici.

#### 7.4.1. *Unutrašnji porodični resursi – emocije i komunikacije*

*Tabela 27. Dimenzije unutrašnjih resursa – komunikacije na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe*

komunikacije		N	$\chi^2$	P	Zaključak
8.	Mi uvek imamo iste stavove kad su u pitanju naša deca	200	10,139	0,001	Postoji značajna veza
17.	O školskim problemima svoje dece podjednako brinemo	200	8,140	0,004	Postoji značajna veza
22.	Znamo koju pomoć možemo dobiti jedni od drugih u porodici	200	43,215	0,000	Postoji značajna veza
23.	U porodici češće „čitamo misli“ nego što razgovaramo	200	30,382	0,000	Postoji značajna veza

Analizom rezultata McNemarovim testom potvrđujemo postojanje visoke značajnosti razlika po procenama stavki vezanim za komunikaciju. Analiza stavki pojedinačno daje prikaz kako su porodice odgovarale. Stavke koje uzimaju u obzir odnos prema deci u eksperimentalnoj grupi, u kojoj su bile 4 porodice bez dece, i odgovarale sa alternativom-neodređeno, povećalo je procenat odgovora neodređeno u eksperimentalnoj grupi. Ipak ova grupa se po svim stavkama, analiziranim Mc Nemarovim testom, statistički značajno razlikuje od kontrolne grupe. Tako značajno veći procenat ispitanika eksperimentalne grupe odgovara da imaju obično iste stavove kada su u pitanju deca, i da o školskim problemima brinu podjednako.

Porodice se razlikuju po tome što u eksperimentalnoj grupi u 71% nikad ne „čitaju misli“ u odnosu na 44% porodica kontrolne grupe. Opasnost i nedopustivost „čitanja misli“ je komunikacioni zadatak, na koji se u okviru sistemske terapije, koju

primenjujemo posebno insistira. Porodice kontrolne grupe, na početku terapije, ovaj zahtev još nisu usvojile, a porodice eksperimentalne grupe vladaju ovom veštinom koja se tokom porodičnog života verovatno pokazala kao blagotvorna u svakodnevnim i kriznim situacijama, te je porodica verovatno brižljivo čuva.

**Tabela 28. Dimenzije unutrašnjih resursa – izražavanje emocija na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe**

	emocije	N	$\chi^2$	P	Zaključak
1.	Osećamo se dobro kad svoje vreme i energiju koristimo za dobro naše porodice	200	78,222	0,000	Postoji značajna veza
2.	U našoj porodici imamo poverenje jedni u druge	200	24,795	0,000	Postoji značajna veza
9.	U našoj porodici je dozvoljeno da se pokažu pozitivna osećanja	200	53,981	0,000	Postoji značajna veza
10.	U porodici otvoreno kažemo šta mislimo i osećamo bez straha kako će se to prihvatiti	200	25,511	0,000	Postoji značajna veza
14.	Članovi porodice nastoje da mi pokažu ljubav	200	43,215	0,003	Postoji značajna veza
20.	U našoj porodici je dozvoljeno biti tužan i plakati	200	13,009	0,000	Postoji značajna veza
25.	U našoj porodici je lakše pokazati da si ljut nego dobro raspoložen	200	27,67	0,000	Postoji značajna veza

Na stavku „U našoj porodici imamo poverenja jedni u druge“, porodice eksperimentalne grupe u samo 7% nemaju stav, izjašnjavaju se sa neodređeno u odnosu na 28% porodica kontrolne grupe. Pitanje poverenja se često postavlja u terapijskoj grupi u kojoj se insistira na zajedničkom lečenju i promenama, ali često izbije problem poverenja kada kopacijent sebe promoviše u koterapeuta i odbacuje potrebu zajedničkih promena ovo znači otpor u terapiji. Ako se terapija zasniva na poverenju, onda postoji neko ko treba to poverenje da zasluži, a to je identifikovani pacijent i tako se supruga pokušava „izvući“ iz terapijskog procesa. Ovaj problem u toku terapije rešavamo, između ostalog, i insistiranjem na uzimanju Esperala, za koji su oboje odgovorni. Redovno uzimanje predstavlja prvi korak ka uspostavljanju „poverenja“ ali se isto tako

postavlja i pitanje kad supruga „zaboravi“ na Esperal, i to interpretira kao kriza. U eksperimentalnoj grupi koja je prošla terapiju i prihvatila da je odgovornost u terapiji i kasnije u životu, zajednička, u mnogo većem procentu izveštava o poverenju jednih u druge, ali to sada nije samo poverenje „da se neće piti“ već je ono prisutno u drugim aspektima života.

Na stavku „U našoj porodici je dozvoljeno da se pokažu pozitivna osećanja“ izjasnilo se 73% iz eksperimentalne grupe (pokazuju pozitivna osećanja) u odnosu na 58% iz kontrolne grupe. „U našoj porodici je dozvoljeno biti tužan i plakati“ izjasnilo se 66% je u eksperimentalnoj grupi (pokazuju tugu i plaču) u odnosu na 44% u kontrolnoj grupi. „Dozvola“ za pokazivanje osećanja u porodici ide iz karakteristika alkoholičarske porodice i iz kulturnog miljea iz kojeg porodica dolazi, a on oblikuje porodičnu shemu. U permanentnoj stresogenoj situaciji, uzrokovanoj pijenjem jednog člana, a onda u terapiji, pokazivanje pozitivnih kao i negativnih osećanja deluje „ugrožavajuće“ za ustaljene obrasce patoloških repetitivnih obrazaca kojim se održava pijenje. Tako u terapiji članovi porodice uče da je „dozvoljeno“ pokazati osećanja, što jača porodično poverenje između članova porodice, kao i stav da negativna osećanja neće nikog da unište.

Stavka „U našoj porodici je lakše pokazati da si ljut nego dobro raspoložen“ kojom se procenjuje emocionalna atmosfera u porodici, a koja se u slučaju potvrde pokazuje kao loša, u 60% porodice eksperimentalne grupe procenjuju kao netačnu, u odnosu na 45 % članova u kontrolnoj grupi ispitanika ne može da se odluči o ovoj stavci, što govori o lošoj emocionalnoj atmosferi u porodici.

Razlike po polu u odnosu na procenu izražavanja emocija.

**Tabela 29. Dimenzije izražavanja emocija u porodici i test značajnosti razlika po polu eksperimentalne i kontrolne grupe**

<b>Muškarci</b>		<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>Stand. Dev.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>ANOVA</b>
emocije_	Eksperimentalna	50	37,500	,39877	2,83	4,83	P=0,330
	Kontrolna	50	36,700	,41852	2,33	4,50	
	Total	100	37,100	,40867	2,33	4,83	
<b>Žene</b>		<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>Stand. Dev.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	

							<b>ANOVA</b>
emocije_	Eksperimentalna	50	3,8167	,34871	3,00	4,67	P=0,015 *
	Kontrolna	50	3,6167	,45207	2,00	4,50	
	Total	100	3,7167	,41405	2,00	4,67	

Tabela 29. pokazuje da nema statističke značajnosti kod muškaraca, odnosno identifikovanog pacijenta u proceni izražavanja emocija, dok se kod žena ta razlika pokazuje.

U tabeli u Prilozima (tabela 10) žene eksperimentalne grupe u 88% procenjuju da u porodici postoji poverenje, i samo 6 % ne može da se odluči, u odnosu na 28% u kontrolnoj grupi. Samo 6 % ispitanica eksperimentalne grupe izveštavaju da u porodici nije dozvoljeno da se pokažu pozitivna osećanja u odnosu na 18 % ispitanica kontrolne grupe. Posebna razlika je u otvorenoj komunikaciji i emocijama i to je moguće u 78% u eksperimentalnoj i samo 38% u kontrolnoj grupi. Oko 24% ispitanica kontrolne grupe procenjuje da članovi porodice ne pokazuju ljubav u odnosu na samo 6% u eksperimentalnoj grupi. Oko 60% ispitanica eksperimentalne grupe procenjuje da nije tačno da je u njihovoj porodici lakše pokazati da si ljut nego dobro raspoložen u odnosu na 46% žena iz kontrolne grupe.

Bavljenje emocijama, njihovo verbalizovanje i pokazivanje se u našoj kulturi vezuje za ženski pol. Žene eksperimentalne grupe koje su prošle terapiju procenjuju i vide značajno češće da se i ova dimenzija njihovog života i porodice promenila, te osećaju emocionalnu podršku u porodici, počele su da stiču poverenje u supruga, mogu otvoreno da kažu šta misle i osećaju, kako pozitivne tako i negativne emocije. Žene kontrolne grupe tek su počele terapiju, još uvek sa ambivalentnim osećanjima u odnosu na supruga, nemaju poverenja u supruga, ispoljavanje emocija doživljavaju i vide u porodici kao ugrožavajuće.

#### **7.4.2. *Spoljašnja podrška – podrška socijalne mreže (mrežna podrška) i finansijska sigurnost***

Mrežnu podršku čine resursi u zajednici: članovi šire porodice, prijatelji, komšije, zvanične institucije kao što je radno mesto, škola, država, crkva.

Analizom su obuhvaćeni ajtemi iz Skale socijalne podrške kojom smo poredili ispitanike ekperimentalne i kontrolne grupe.

U tabeli u Prilozima (tabela 11) su prikazane frekvence odgovora ispitanika po grupama. Nismo dobili statistički značajne razlike na nivou celokupne subskale Podrška socijalne mreže i finansijska sigurnost. Analizom su izdvojeni ajtemi koji ukazuju na postojanje značajne razlike između grupa ispitanika (tabela 12. u Prilozima) Porodice eksperimentalne grupe na stavku „Naša porodica je pod velikim stresom“ 26% procenjuju kao veoma netaču u odnosu na 26% porodica kontrolne grupe koja je procenjuje kao tačnu i veoma tačnu. Porodice kontrolne grupe su počele terapiju i iz „haosa“ alkoholizma ušle u terapiju koja takođe stresogeno deluje na njih. Osnovni postulat systemske terapije je unošenje krize u sistem kako bi se patološka adaptacija slomila. Od porodice se u terapiji zahtevaju promene što narušava ustaljene obrasce ponašanja, rutine i rituale. Identifikovani pacijent još uvek ima osećaj gubitka zbog prestanka pijenja, a početna motivacija definisana stavkom „ne smem piti, zbog...“ doprinosi osećaju pritiska i stresogenosti situacije.

„Naša šira porodica voli da dolazi kod nas“ sa 81% potvrđuju kao tačno i veoma tačno porodice koje su prošle terapiju i koje žive bez nevolja i svađa, koje su bile uslovljene pijenjem, takođe i šira porodica voli da im dolazi, a i sama porodica je usmerena na negovanje relacija sa okolinom, jer ih doživljava kao izvor sigurnosti i snage. Skoro trećina porodica u terapiji ne može da proceni da li šira porodica voli da dolazi kod njih, kada ionako godinama nije dolazila zbog socijalne izolacije u koju alkoholičarska porodica tokom alkoholizma ulazi.

U grupi koja je prošla terapiju, očekivano, značajno češće su zaposleni (bivši identifikovani pacijenti) koji po prestanku alkoholičarskog ponašanja dobijaju satisfakciju od okoline kako zbog prestanka pijenja, tako i bolje funkcionalnosti i efikasnosti, a time postaju ponovo uvaženi na poslu.

#### **Finansijska sigurnost**

Za jačanje porodičnog funkcionisanja bitan faktor su finansijski resuri, sistemska podrška i dobar balans porodičnog i radnog sistema.

U tabeli u Prilozima (tabela 14) su prikazane frekvence odgovora ispitanika po grupama iz upitnika Socijalna podrška, a odnose se na finansijsko funkcionisanje porodice. Značajna razlika se pokazala na stavci „Mislimo da finansijski bolje stojimo nego pre pet godina“, porodice koje su prošle terapiju to izveštavaju u 80%, za razliku od porodica koje su u terapiji 28%. Bez obzira na opšte lošu finansijsku situaciju uslovljenu društvenom krizom, porodice koje više ne troše novac na alkohol i besmislene kupovine, koje je služilo za „potkupljivanje“ članova porodice, imaju osećaj da su finansijski stabilnije jer sada kontrolisano troše.

### **7.4.3.        *Diskusija porodičnih resursa***

Porodične resurse u ovom istraživanju smo razumeli i merili kao unutrašnje i spoljašnje kompetencije. Prvo ćemo diskutovati unutrašnje, a zatim i spoljašnje kompetencije.

#### **Diskusija unutrašnje podrške (komunikacije, emocije)**

Unutrašnju porodičnu podršku razumeli smo kao komunikacionu jasnoću i mogućnost emocionalne ekspresije i podrške. Diskutovaćemo prvo komunikacije, a zatim emocionalnu podršku.

U prikazu rezultata istraživanja našli smo značajne razlike u komunikaciji između grupe porodica koja je prošla terapiju i koja je počela. U sistemske terapiji koju primenjujemo (kao deo beogradskog ekosistemskog modela, Gačić, 1978, 1995) „trening komunikacija“, vežbanje i učenje komunikacionih veština, jedna je od ključnih elemenata terapije. Sledeći ovo, pretpostavljali smo da će porodice koje su uspešno prošle terapiju, i posle dužeg vremenskog razdoblja, koristiti ove veštine. Ovo se pokazalo tačnim. U porodici koja je prošla terapiju pokazuje se statistički značajna razlika u korišćenju komunikacionih veština u odnosu na porodicu koja je počela terapiju: poruke su jasne i konzistentne u akciji i rečima kao i potreba da se pojasni nejasna informacija. Ove porodice imaju jasne i dosledne stavove u odnosu na uloge, pravila i relacija u porodici, u porodici se prihvata širok spektar osećanja, a u relacijama je to empatija i tolerancija za različitosti, te i osećaj odgovornosti za sopstvene emocije, zadovoljavajuće interakcije. Ovakve komunikacije pomažu porodici

da formira osećaj smisla o promenama kojima je izložena i razvija osećaj za podeljenu odgovornost za odluke koje donose u pokušaju da reše problem. Razgovor i konverzacija su redovni, postoji potreba za razgovorom, otvorenim izražavanjem svojih stavova, mišljenja i osećanja.

Komunikacije porodica koje su počele terapiju, (naša kontrolna grupa) su još uvek „alkoholičarske“. Komunikacije u kontrolnoj grupi pokazuju da još uvek postoji tzv. „alkoholičarski stil“ porodičnih komunikacija koje su tipa „double bind“ sadržajno osiromašene, konkurentne i nesadržajne. U porodici je razmena informacija nedovoljna, osiromašena, nema dogovora ni dijaloga, nema zajedničkog planiranja. Pijenjem alkoholičar uspostavlja kontrolu nad komunikacijama ili izbegava odgovornost govoreći karakterističnim govorom u trećem licu. Javlja se „agresivno ćutanje“ ili isprovocirani konflikt koji alkoholičaru služi kao izgovor za nastavak pijenja. U značajno većem procentu u kontrolnoj grupi, članovi porodice, ne saopštavaju šta misle i osećaju, „ćitanje misli“ je češći oblik komunikacije, nema jasnosti, direktnosti i otvorenosti. Teškoće u jasnom i otvorenom komuniciranju potiču od karakteristika komunikacije iz perioda alkoholizma i koje su bile maligne- „ti poruke“ usmerene na kritiku drugih članova porodice, omolovažavanje, optužbe, etiketiranje, „peckanje“, uopštavanje i dvosmislenosti. Razgovori su se zato obično završavali neuspešno, svađama što je dalje umanjivalo potrebu za razgovorom ili ukazivalo na njegovu nepotrebnost. Umesto da razgovor bude u funkciji zajedništva i rešavanja postojećih problema, pojačavala se neprijatnost i napetost članova porodice. Ovakav kvalitet komunikacije izvire iz prirode alkoholičarskog porodičnog sistema koji smo opisali u poglavlju 3. i čija je osnova jaka patološka homeostaza koja održava sistem i onemogućava promenu u svim aspektima pa tako i komunikaciji. Homeostatske mehanizme održavaju mehanizmi odbrane identifikovanog pacijenta tako i članova porodice koji su organizovani oko poricanja problema, te brojnih „objašnjenja“ koji produbljuju problem. Članovi porodice ne umeju da saslušaju jedni druge što je neophodno za dobru komunikaciju. Pošiljalac i primalac poruke moraju da se čuju i vide, uz odgovarajući kontekst koji mora biti saradnički i tolerantan. Kako u alkoholičarskoj porodici nema uslova za ovakvo komuniciranje, poruke se prenose preko posrednika, čime se održava loša komunikacija. Jasne i direktne komunikacije zamenjuju se nejasnim, dvostrukim porukama, gde verbalni i neverbalni sadržaji nisu usklađeni.



Dakle, u porodicama koje su počele terapiju još uvek su prisutne alkoholičarske komunikacije. U porodici koja je prošla terapiju češće se razgovara, članovi porodice otvoreno izražavaju svoje misli i osećanja, mišljenja, stavove, komunikacije su jasne, direktne i iskrene

Emocionalna podrška i otvoreno izražavanje emocija je prostor porodične dinamike pogođen alkoholizmom. Gačić (1978) navodi emocionalne odnose kao jedno od tri domena na koje alkoholizam u porodici najviše utiče. Emocionalni odnosi su nestabilni što potencira osećanje nesigurnosti i međusobnog udaljavanja članova porodice. Stojković i Sedmak (2003) u okviru poremećenog alkoholičarskog ponašanja, opisuju poremećaj u emocionalnoj sferi koju nazivaju "neadekvatno emocionalno reagovanje". Autori navode klinička zapažanja iz dugogodišnjeg iskustva, da kod alkoholičara postoji deficit osećanja, pojavljivanje jedne grupe osećanja na štetu drugih, većina osećanja kod alkoholičara ostaju neprepoznata, te stoga postoji i nemogućnost kontrole nad njima. Ove karakteristike objašnjavaju i izmenjeno alkoholičarsko ponašanje. Vremenom ovo uzrokuje potpunu emocionalnu prazninu, koja povremeno biva prekinuta emocionalnim izlivima u smislu nekontrolisanih izliva ljutnje, besa i razdražljivosti, praćenih odgovarajućim ponašanjem. Zbog toga što su ova osećanja češća i intenzivnija, alkoholičar ih lakše imenuje i prepoznaje, lakše govori o njima, te je u alkoholičarskoj porodici „lakše pokazati da si ljut i nerapoložen“, kako to saopštavaju članovi porodica kontrolne grupe. Zbog nemogućnosti prepoznavanja sopstvenih emocija, alkoholičar ih ne prepoznaje kod drugih, a vidljivo ispoljavanje tuđih osećanja doživljavaju kao sopstveno ugrožavanje („U porodici je dozvoljeno biti tužan“ ili „U porodici je dozvoljeno pokazivati pozitivna osećanja“). Nema osećanja empatije i uzajamnosti što ulovljava emocionalnu osujećenost. U situaciji emocionalnog lišavanja i preplavljenosti agresijom, strahom od prepoznavanja sopstvene osećajnosti, članovi porodice pokazuju odlike emocionalne insuficijencije. Javljaju se osećanja tuge, besa, mržnje, stida, razočarenja, krivice, straha. Neka od ovih osećanja su „dopuštena“, a neka ne. Ne dopušta se njihovo ispoljavanje članovima porodice, te i oni žive u emocionalnoj konfuziji, nesposobni da osećaju i reaguju autentično. U terapiji radimo na važnosti i prihvatanju ugodnih i neugodnih emocija u ličnom i porodičnom životu. Ovo je naročito važno kod Velikog predstavljanja, gde kroz analizu poremećenog alkoholičarskog ponašanja, naglašavamo neophodnost emocionalnog doživljaja

posledica ponašanja. Na grupnom nivou registrujemo razlike-grupa koja je prošla terapiju se razlikuje po ovoj dimenziji od porodica koje su počele terapiju. Kod alkoholičara u terapiji i alkoholičara koji su prošli terapiju, ne registruju se razlike na emocionalnim dimenzijama. Stojković, Sedmak (2003) ukazuju da kod alkoholičara i kada se radi na uvidu, operacionalizovanom kroz Veliko predstavljanje, on se dešava više na kognitivnom planu. Postoji kod alkoholičara izvesno emocionalno zaravnjenje pošto oni teško prepoznaje sopstvena, tuđa osećanja još manje i postoji deficit u empatiji, te nema sposobnosti da se bave tuđim osećanjima. Prilikom rada na uvidu važno je da pacijent razume da postoje važni segmenti njegovog života u kojima je njegovo ponašanje izazivalo određena osećanja kod drugih ljudi i da je korekcija ponašanja bitna pre svega zbog toga.

Malo je kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja koja su ispitivala odnos izražavanja emocija i rezilijentnosti u alkoholičarskim porodicama. Studija Lum (2008) je ispitivala efekte programa za razvoj rezilijentnosti u alkoholičarskim porodicama. Ovo istraživanje je na uzorku od 9 ispitanika koji su prošli program za razvoj rezilijentnosti, kroz ispitivanje Skalom rezilijentnosti i strukturisanim intervjuom ukazalo na koje aspekte rezilijentnosti je program uticao. Između ostalih tema, izražavanje emocija i njihov doprinos razvoju rezilijentnosti ispitanici su percipirali kroz mogućnost pokazivanja emocija u sigurnom grupnom okruženju i radu na/ili izražavanju bolnih emocija. Tema koja je na području emocija identifikovana kao najvažnija za razvoj porodične rezilijentnosti bila je proces kreiranja sigurnog grupnog okruženja koje je opisano kao osećaj ljubavi i nežnosti prema drugim članovima grupe. U takvom okruženju članovi grupe prihvataju odgovornost i imaju hrabrosti da iskažu i negativne emocije kao što je bes, ljutnja, krivica i stid. Još jedna kvalitativna studija (Cohen et al. 2002) je potvrdila gornje nalaze. Strukturisanim intervjuom ispitivano je 15 izraelskih žena koje su imale traumatično iskustvo o tome šta im je pomoglo da ga prihvate i „prežive“ (koje rezilijence su koristile). Sve žene su izveštavale da su im tople i nežne interpersonalne relacije u porodici, omogućavale da iskažu bolne emocije vezane za traumu i tako je prevladavale. U istraživanju rezilijentnosti u uslovima krize u našoj sredini (Majkić, 2002), autor nalazi da se ispitivane grupe adaptiranih i neadaptiranih (alkoholičarskih) porodica razlikuju po otvorenom izražavanju emocija. Majkić (2002) navodi da su neadaptirane porodice teže pokazivale prijatna osećanja, a

lakše pokazivala negativna osećanja. Ovo je bilo uslovljeno porodičnim odnosima i emocionalnom klimom između članova porodice. U neadaptiranim porodicama se ispoljava uzak opseg emocija, često neprijatnih, koje dalje uslovljava nepoverenje, loše komunikacije, nedostatak empatije i tolerancije. U adaptiranim porodicama se ispoljava se širok opseg emocija, prihvataju se prijatne i neprijatne emocije, postoji empatija i uzajamna tolerancija za razlike. Ovo je omogućeno toplom i podržavajućom klimom u porodici u kojoj se članovi osećaju voljeni, da ih drugi članovi porodice razumeju i podržavaju.

Slične rezultate smo dobili i u našem istraživanju. Otvorena emocionalna razmena, u sigurnoj i podržavajućoj terapijskoj grupi, „naučila“ je naše porodice koje su prošle terapiju, da i dugo vremena posle terapije, ispoljavaju širok opseg emocija, prijatne i neprijatne emocije, da se emocije u porodici prihvataju, da članovi porodice pokazuju empatiju i toleranciju za razlike. Grupa porodica koja je počela terapiju se statistički značajno razlikuje po ovoj dimenziji od grupe koja je prošla terapiju. U porodicama koje su počele terapiju prisutni su alkoholičarski emocionalni obrasci: emocionalni odnosi su nestabilni, prisutna su ambivalentna osećanja koja se uzajamno razvijaju što dovodi do udaljavanja i nesigurnosti među članovima porodice. Česta su osećanja krivice i stida. U klimi nesigurnosti i nepoverenja sužava se opseg emocija koje se ispoljavaju: u ispitivanim porodicama postoji implicitna zabrana za pokazivanje pozitivnih osećanja kao i tuge i plakanja. Ovo je posledica dinamike u porodici alkoholičara u kojoj patološka ravnoteža zahteva kontrolu svih relacija pa i ispoljavanja emocija. Emocije su u tom smislu „opasne“ jer mogu da naruše ustaljene relacije i otkriju „porodičnu tajnu“ kako smo opisali u poglavlju 3. Ovde je prisutan i kulturološki uticaj. U našoj kulturi se ispoljavanje pozitivnih ili emocija tuge i plakanja doživljava kao slabost, a ispoljavanje ljutnje i besa kao izraz snage, što je potvrđeno i u našim porodicama. Važno istaći i polne razlike. Žene koje su prošle terapiju od žena koje su u terapiji se statistički značajno razlikuju. Žena alkoholičara je u specifičnoj emocionalnoj klimi i preplavljena oprečnim osećanjima, na kontinuumu od ljubavi do mržnje. Česta su i osećanja krivice zbog alkoholizma muža. Žena se oseća zapostavljenom i nevoljenom. Tokom terapije ova stanja se menjaju, uspostavlja se atmosfera poverenja i bliskosti što se vidi upravo po razlikama između ovih žena i žena koje su počele terapiju.

Porodice koja su prošla terapiju, možemo opisati kao jake porodice. Le i Brage (1989) navode da se jačina porodice ogleda u njenoj sposobnosti da izrazi širok spektar osećanja, a članovi porodice su u stanju je da izraze osećanja koja odgovaraju kontekstu. Jake porodice dele osećanja pažljivo i otvoreno i odgovaraju na izraze osećanja sa empatijom i prihvatanjem. Afektivni odgovor, kao toplina kojom se članovi porodice odnose jedni prema drugima, je kapacitet članova porodice da izraze dva seta osećanja:

1. Osećanja pozitivnog stanja: ljubav, simpatiju, sreću, radost i druga.
2. Opasna osećanja: panika, strah, ljutnja, razočarenje.

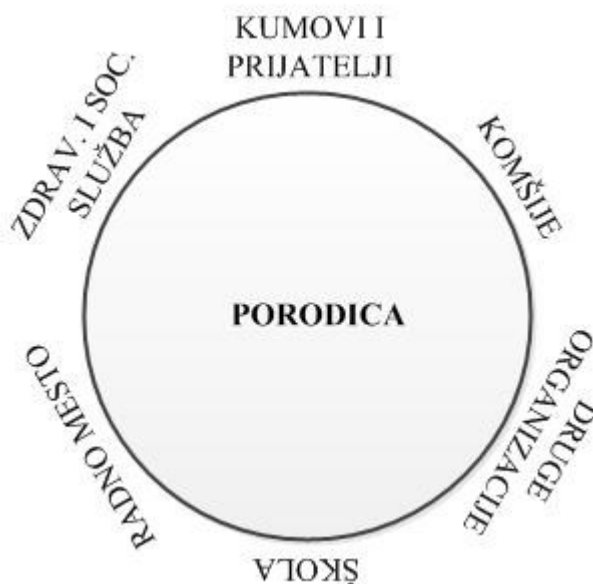
### **Diskusija spoljašnje podrške - podrške socijalne mreže**

Socijalna podrška je interpersonalna interakcija unutar porodičnog networka i povezanost sa širom porodicom koja daje emocionalnu podršku, pomoć ili informacije (Stewart, 1993). Socijalna podrška je benefit i kad je samo percipirana, a kognitivna procena da je čovek povezan sa drugima promovise rezilijentnost. Iako je socijalna podrška emocionalna, instrumentalna ili praktična, vitalna je za porodicu tokom stresa.(O Leary, 1998).

Socijalna podrška obuhvata sve osobe i institucije koje porodica može da koristi u kriznoj situaciji: članove šire porodice, prijatelje, komšije, zvanične insitucije (crkva, škola, radno mesto, država).

Poređenjem grupe koja je prošla terapiju i grupe koja je u terapiji nismo našli statistički značajne razlike, ali se po određenim, u analizi rezultata navedenim, karakteristikama razlikuju. Mišljenja smo da su razlog ovome karakteristike terapije koju primenjujemo u porodičnim grupama. Važan deo terapije je formiranje networka koji uključuje značajne osobe iz multisistema porodične i socijalne mreže. Porodice iz obe grupe su tokom terapije koristile ovaj „moćni potencijal“ porodične rezilijentnosti (Gačić, 1978, 1995). Eklektički i empirijski pristup pod nazivom „intenzivna, kombinovana porodična terapija alkoholizma“ (Gačić, 1988), tokom dugogodišnjeg rada sa porodicama alkoholičara i niza velikih međunarodnih istraživanja, Gačić (1992) formuliše kao ekosistemski pristup u kojem se najkompletnije sagledava kako se alkoholizam razvija i leči. Pošto alkoholizam postaje nerazdvojni deo porodice i grupe u kojoj alkoholičar živi i radi, u terapiji se angažuje mreža, najmanje 5-10 „značajnih

drugih“ koji se na pojedinim tačkama uključuju u terapiju. Da bi se porodična i socijalna mreža učinila vidljivom kako terapeutu tako i pacijentu, prikazuje se grafički u vidu mape.



*Slika 7. Prikaz porodične i socijalne mreže u vidu mape*

Model Attneave (Berger, 1989) Gačić prilagođava našim uslovima i izdvaja pet grupa značajnih za lečenje. To su:

1. Osobe u domaćinstvu, članovi uže i šire porodice i deca starija od 10 godina.
2. Osobe emotivno značajne porodici i identifikovanom pacijentu.
3. Osobe sa kojima je pacijent povremeno ili funkcionalno povezan (kolege sa posla).
4. Osobe koje su prostorno udaljene, ali koje su značajne za pacijenta.
5. Pretpostavljeni sa radnog mesta, zdravstveni i socijalni radnici.

U terapiji koristimo ovaj model networka, te su porodice koje su ušle u terapiju, kao uslov za terapiju imale zadatak da definišu svoj network i tokom tog procesa uspostavili ili obnovili veze sa „značajnim drugima“. Ovo je doprinelo da se porodice koje su počele terapiju organizuju i dogovore koga će i kako uključiti u terapiju iz svog networka. Da smo ih ispitivali pre ulaska u terapiju, iz kliničkog iskustva i istraživanja alkoholičarskih porodica, našli bi ovu porodicu kao socijalno izolovanu, povezanu samo sa nekoliko članova šire porodice, jer su ostale izgubili kako zbog svog nepredvidljivog ponašanja, tako i zbog sklonosti izolaciji porodice zbog čuvanja tajne alkoholizma ili

druženja sa osobama koje takođe piju. Kako smo porodice kontrolne grupe ispitivali po formiranju mreže socijalne podrške, one se nisu razlikovale od porodica koja su prošle terapiju.

U studiji Majkića (2002) utvrđena je razlika između adaptiranih i neadaptiranih porodica u korišćenju spoljašnjih porodičnih resursa. Neadaptirane porodice su negativnije procenjivale svoje relacije sa rodbinom i prijateljima, komšijama, ljudima iz neposrednog okruženja, radnom sredinom i ustanovama lokalne i šire zajednice. Za razliku od njih, adaptirane porodice otvoreno prihvataju da ne mogu same rešavati probleme koji se javljaju tokom života. Oni traže i pružaju pomoć. Adaptirane porodica, navodi Majkić (2002) svoje snage i potencijale ne mere samo onim što ima svako od njih lično, već i njihovom povezanošću sa zajednicom.

*Porodične finansije* su neophodni resurs za jačanje porodičnog sistema. S obzirom da smo naše grupe izjednačavali po važnim ekonomskim odrednicama (zaposlenost bar jednog člana porodice, rešeni stambeni uslovi) u našem ispitivanju se nisu pokazale razlike u odnosu na ovaj domen, osim u proceni porodice koja je prošla terapiju, da i pored opšte ekonomske krize, bolje stoji nego pre pet godina. Ovo možemo razumeti kao subjektivnu procenu, više doživljaj porodice, nego objektivno stanje. Naš uzorak nije reprezentativan u odnosu na ovaj domen, a i postavlja se etičko pitanje dostupnosti terapije onima koji bolje finansijski stoje. Istraživanja, uglavnom američka, pokazuju sledeće da je stabilna zaposlenost protektivni faktor za mentalno zdravlje siromašnih američkih žena (Lloyd i Rosman, 2005). Žene sa stabilnim zaposlenjem izveštavaju o osećaju zadovoljstva, imaju širi socijalni network i bolji su pozitivni model za decu. Deca, roditelja koji su izgubili posao, ili imaju dug period nezaposlenosti, više pate od depresije, usamljenija su i emocionalno osetljivija (McLloyd i Wilson, 1990). Stabilno zaposlenje bilo je povezano i sa adekvatnom zaradom. Adekvatna zarada je veoma važan protektivni faktor i povezana je sa mnogim korisnim efektima. Finansijski problemi indirektno utiču na funkcionisanje dece kroz uticaj roditeljskog psihološkog funkcionisanja i roditeljskog ponašanja (Jackson et al., 2000). U suštini, nizak socio - ekonomski status je povezan sa ranim roditeljstvom, ranim napuštanjem škole, korišćenjem psihoaktivnih supstanci, kriminalitetom, zlostavljanjem dece kako kognitivnim tako i emocionalnim (Hyjer 2004; Hutchings 2005). Rano okruženje u kojem dete raste, pokazala su istraživanja, ima uticaj na kasniju visinu akademskog

postignuća i što se češće porodica seli smanjuju se detetovi performansi u školi (Ou, 2005). U vreme kada smo počeli da primenjujemo porodičnu terapiju, devedesetih godina prošlog veka, u našem društvu je postojao dobar model zdravstvene zaštite, a problem nezaposlenosti i sa njom povezanog siromaštva, još nije bio alarmantan. Na ova američka istraživanja smo gledali kao na problem državnog uređenja i politike koja bogate bogati, a siromašne osiromašuje. Kako je naše društvo postajalo siromašnije, tako se u okviru zdravstvene zaštite izgubilo pravo nadoknade putnih troškova za porodice koje su putovale na terapiju, tako da smo mogli da lečimo samo one koji su imali sredstava da plate putne troškove.

## **7.5. REZULTATI VEZANI ZA PORODIČNE PROCENE**

Porodična procena je generalizovana struktura vrednosti, verovanja, ciljeva i očekivanja koje porodica usvaja i u odnosu na koju procenjuje informacije i novo iskustvo (McCubbin,1996). Iz ove složene strukture za ovo istraživanje smo izdvojili i ispitali porodičnu koherentnost i porodične paradigme.

### **7.5.1. Porodična koherentnost**

Porodična koherentnost je osećaj povezanosti i sveobuhvatnosti, ustvari osećaj da su svet i život savladivi, predvidljivi i razumljivi i da se njima može upravljati. Osećaj porodične koherentnosti smo merili Skalom porodične snage.

Na Skali porodične snage na osnovu Katelovog skater dijagrama izdvojena su dva faktora koji ukupno objašnjavaju 36.7% varijanse (grafiko 2. u Prilozima). Ove faktore smo uslovno nazvali koherentnost-optimizam i koherentnost- pesimizam.

Faktor koherentnost optimizam opisan je sledećim ajtemima Skale porodične snage: 1, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17 i 18.

Faktor koherentnost- pesimizam opisan je sledećim ajtemima Skale porodične snage: 2, 3, 8, 10, 14, 16, 19 i 20.

T-testom za nezavisne uzorke testirane su razlike između kontrolne i eksperimentalne grupe po skorovima na Skali porodične snage. Prosečne vrednosti skora faktora *koherentnost-optimizam* nisu značajno različite između posmatranih grupa, što se može videti u tabeli 30. Analizom je dobijeno da značajne razlike postoje na dimenziji *koherentnost-pesimizam* (kontrolna grupa ima viši skor).

**Tabela 30. Dimenzija porodične koherentnosti na uzorku 200 ispitanika i test značajnosti razlika eksperimentalne i kontrolne grupe**

	<b>Pripadnost grupi</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>Stand.devij.</b>	<b>T- test</b>
Koherentnost	Eksperimentalna	100	3,2215	,46685	,583
-optimizam	Kontrolna	100	3,1854	,46271	
Koherentnost	Eksperimentalna	100	1,9263	,46639	,000
-pesimizam	Kontrolna	100	2,2800	,55452	

Interesantno je da se porodice ne razlikuju statistički ni pojednoj stavci koja se odnosi na koherentnost-optimizam, dakle nema razlike između grupe koja je prošla terapiju i grupe koja je u terapiji. Obe grupe podjednako imaju osećaj povezanosti, osećaj da su jaki pred problemima, da uvek mogu da računaju jedni na druge, da imaju osećaj kontrole, da stvari uvek izađu na dobro, da su otvoreni za promene, da ohrabruju jedni druge i da se novine uvek prihvataju u porodici. Ovakav opis odgovara koherentnoj, jakoj porodici, ali nikako porodici koja je tek počela da izlazi iz disfunkcionalnog sistema. Stavke dimenzije optimistička koherentnost opisuju funkcionalnu porodicu u kojoj se članovi porodice podržavaju, hrabre, osećaju jaki i složni, onaj deo osećaja koherentnosti koji smo definisali kao sveobuhvatnost i razumljivost. Ovo bi moglo odgovarati opisu porodice koja je prošla terapiju.

Kako je alkoholičarska porodica koja je tek ušla u terapiju mogla sebe tako da proceni? Pokušaćemo da damo moguća objašnjenja. Jedno od objašnjenja može biti formulacija i sadržaj stavki. Formulacija stavki praktično iziskuje socijalno poželjne odgovore. Sadržajem stavki mi smo, praktično, opisali aktivnosti koje u terapiji tražimo od porodica (da se slušaju i podržavaju jedni druge, da zajedno planiraju, da zajedno uče i tako dalje) i oni koji su počeli terapiju, kao dobri đaci, izveštavaju nas da se pridržavaju i ispunjavaju terapijske zadatke, a oni koji su prošli terapiju su te aktivnosti usvojili. Rezultat je da se po proceni ove grupi stavki, odnosno aktivnostima koje su njima opisane, alkoholičarska porodica ne razlikuje od porodice koja je prošla terapiju. Sledeća mogućnost je da ispitivane porodice zaista imaju taj deo osećaja koherentnosti, tu klicu rezilijentnosti iz koje će se uz mnogo dalje rešenih terapijskih i



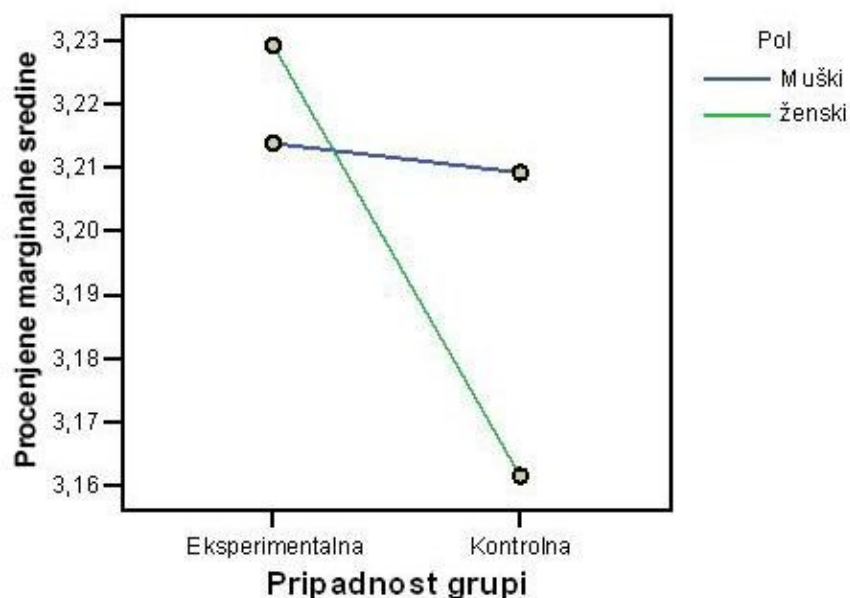
životnih zadataka, početi da žive kvalitetno. Kao odgovor na pitanje mogu da budu rezultati na drugoj dimenziji koherentnosti koju smo nazvali *pesimistička-koherentnost* i na kojoj se grupe značajno razlikuju. U grupi koja na početku terapije dominira upravo ta pesimistička koherentnost.

Analizom t-testom za nezavisne uzorke testirane su razlike po polu između kontrolne i eksperimentalne grupe i to po skorovima na subskali koherentnost-optimizam. Opet smo dobili interesantan podatak. Mada se grupe u celini ne razlikuju, prosečne vrednosti skora faktora *koherentnost-optimizam* kod muškaraca se značajno razlikuju između posmatranih grupa,  $p=0.002^*$  što se vidi na narednoj tabeli.

**Tabela 31. Prosečne vrednosti skora koherentnost-optimizam po grupama i polu**

Koherentnost-optimizam	Pripadnost grupi	N	AS	Stand. devijacija	ANOVA
Žene	Eksperimentalna	50	3,2292	,47482	,475
	Kontrolna	50	3,1615	,47016	
Muškarci	Eksperimentalna	50	1,9650	,47248	,002*
	Kontrolna	50	2,3000	,55271	

### Procenjene marginalne sredine - izdr\_optimizam



**Slika 8. Procenjene marginalne sredine – koherentnost-optimizam**

Pokušali smo da nađemo objašnjenje zašto alkoholičari na početku terapije imaju viši skor na dimenziji koherentnost-optimizam, jednoj od dimenzija koherentnosti koju smo nazvali osećaj razumljivosti (prvi element iz trijasa koji čini koherentnost, (shema, 3.) nego oni alkoholičari koji su već prošli terapiju?

Iz našeg kliničkog iskustva smo registrovali pojavu, koju smo nazvali „početnički terapijski optimizam“, a koji se ispoljavao na bihevioralnom i kognitivnom planu, ali i rezultatima na psihološkim testovima. Mogli bismo ga nazvati i pozitivne predrasude, suštinski nije tako kako ga pacijent vidi, ali je na početku terapije dobro da tako vidi jer to podstiče individualnu i porodičnu snagu. Ulaskom u terapiju, identifikovani pacijent počinje fizički da se oporavlja, bolje spava, vratio mu se apetit, neposredni problemi vezani za pijenje su otklonjeni. Pacijent, ulaskom u terapiju, pokušava da odgovornost za terapijski tok i uspeh „prebaci“ na terapeute, oseća da neko „brine“ o njemu, što smanjuje anksioznost i tenziju. Alkoholičar oseća da je „lako apstinirati“ („alkohol mi uopšte ne pada na pamet“), pa je onda i lako lečiti se. Pri pojedinačnom psihološkom testiranju identifikovani pacijent često (obično na MMPI), dobija rezultat na kojem kliničke skale nisu povišene. Mi smo porodice ispitivali upravo u ovoj fazi „optimizma“, te ovako objašnjavamo rezultate da su alkoholičari, koji su tek ušli u terapiju na ovoj dimenziji koherentnosti dobili veći skor nego oni koji su prošli terapiju.

Druga dimenziju koherentnosti, koji smo nazvali koherentnost-pesimizam se pokazala kao najznačajnij faktor razlike između ispitivanih grupa. Rezultati pokazuju da se samo po jednoj stavci ne razlikuju, dok se po svim stavkama ostalim procenama ove dimenzije grupe razlikuju (Tabela 32).

**Tabela 32. Značajnost t-testa na pitanja koherentnost-pesimizam**

<b>Pesimizam</b>	<b>Sig. (2-sided)</b>
2. Nije pametno planirati unapred jer se to nikad ne ostvari	0,004*
3. Naš rad nije mnogo cenjen bez obzira koliko se trudili	0,010*
8. Osećamo da sledeći problem koji nas snađe nećemo moći da prevaziđemo	0,032*
10. Život izgleda dosadan i besmislen	0,000*
14. Stalno činimo iste stvari i to je dosadno	0,012*

16. Bolje je biti kod kuće nego ići u grad i družiti se	0,829
19. Mnoge nesrećne situacije su posledica loše sreće	0,001*
20. Našim životima upravlja slučaj i sreća	0,000*

Preko 70% porodica eksperimentalne grupe procenjuje da nije tačno da se ne treba planirati unapred, u odnosu na skoro polovinu porodica kontrolne koja procenjuje tačnim da nije dobro planirati jer se to ne ostvari. (Prilozi, tabela 15). Ovde se pokazuje nedostatak osećaja kontrole u porodici i nad svojim životom.

Na stavci kojom porodice procenjuju koliko okolina cení njihov rad, u istom procentu 55% porodica kontrolne procenjuje da njihov rad nije cenjen, kao što porodice eksperimentalne grupe procenjuju da je njihov rad cenjen što ukazuje na osećanje kompetentnosti porodica iz eksperimentalne grupe.

Oko 26 % porodica kontrolne grupe procenjuje da sledeći problem koji ih snađe neće moći da reše u odnosu na 15 % porodica eksperimentalne, nalazimo statistički značajnu razliku koja govori o osećaju ili doživljaju nesavladivosti, kako konkretnih problema, tako i života uopšte.

Dok samo 6% porodica eksperimentalne grupe procenjuje život kao dosadan i besmislen, to čini 21% porodica kontrolne grupe. Oko 11% porodica kontrolne grupe procenjuju da stalno čini iste stvari i da je to dosadno, a to misli 5% porodica eksperimentalne grupe koji ovako doživljavaju svoju situaciju.

Da su nesrećne situacije posledica loše sreće procenjuje 22% porodica kontrolne grupe i samo 10 % porodica koje su prošle terapiju, što govori o njihovom aktivnom stavu prema životu.

Ovaj faktor (koherentnost-pesimizam) koji opisujemo stavkama iz skale, opisuje grupu porodica koja je počela terapiju kao porodice sa nedostatkom osećaja kontrole svog života, osećaja besmislenosti života. Ove porodice pokazuju nespremnost za angažovanje u rešavanju problema zbog shvatanja da životima upravlja slučaj i sreća i da na nesrećne situacije ne mogu uticati.

Grupa porodica koja je završila terapiju ima osećaj kontrole svog života i osećaj smislenosti života. Ove porodice pokazuju spremnost za angažovanje jer procenjuju da

svojim životima mogu da upravljaju i da nesrećne situacije mogu da se ublaže i rešavaju.

Nedostatak osećaja koherentnosti, se dosledno pokazuje kao najznačajnija razlika eksperimentalne i kontrolne grupe, pri čemu na svim stavkama kontrolna grupa ima statistički značajno viši skor. U odeljku diskusije ovog faktora rezilijentnosti, detaljno ćemo razmatrati osećaj koherentnosti.

Dalje smo analizirali visinu skora za tvrdnje *koherentnost-pesimizam* po grupama u odnosu na pol (tabela 33). Zaključujemo da i kod muškaraca i kod žena postoji razlika prosečnog skora između grupa ispitanika. Viši skor imaju ispitanici kontrolne grupe bez obzira na pol.

**Tabela 33. Dimenzija koherentnost-pesimizam na uzorku 200 ispitanika i test značajnosti razlike po polu**

<b>Koherentnost -pesimizam</b>	<b>Pripadnost grupi</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>ANOVA</b>
Žene	Eksperimentalna	50	1,8875	,46170	,000*
	Kontrolna	50	2,2600	,56120	
Muškarci	Eksperimentalna	50	1,9650	,47248	,002*
	Kontrolna	50	2,3000	,55271	

Visok skor na na dimenziji „koherentnost-pesimizam“ znači praktično-nedostatak osećaja koherentnosti. Tako, supruge alkoholičara, kopacijenti (žene iz kontrolne grupe) koje su počele terapiju, pokazuju značajno niži osećaj koherentnosti u odnosu na supruge alkoholičara koje su prošle terapiju. Žene iz kontrolne grupe nemaju osećaj kontrole nad svojim životom, koji procenjuju kao dosadan i besmislen. One osećaju da to što rade nije vrednovano, da nemaju snage da rešavaju buduće probleme. Ovakav osećaj imaju i muškarci kontrolne grupe. Ovaj rezultat objašnjavamo sa nivoa alkoholičarske porodice i prolongirane stresne situacije u kojoj se nalaze.

### **7.5.2. Porodične paradigme – religioznost i duhovnost**

Porodične paradigme ili verovanja smo ispitivali kroz tri dimenzije- Religioznost (kognitivna, konativna i emocionalna komponenta), sujeverje i duhovnost. Religioznost smo ispitivali kao organizovani sistem verovanja koji uključuje

institucionalizovane moralne vrednosti, sujeverje kao spoljašnji lokus kontrole, doživljaj nemogućnost uticaja pojedinca i porodice na događaje i svet i odvojenost od sveta, a duhovnost definišemo kao povezanost sa ljudskom zajednicom, prirodom i univerzumom i osećaj smislenosti, unutrašnje celovitosti i povezanosti sa drugima. Ovaj aspekt u porodičnoj terapiji alkoholizma koju primenjujemo ostaje nekako “nema” zona, implicitna pretpostavka da rezilijentne porodice imaju suštinski više nego one koje počinju terapiju i nalaze se u prvim fazama oporavka od stresogenog uticaja alkoholizma na porodičnu strukturu, dinamiku i verovanja. Upravo je gore navedeno bio razlog što smo u konstrukciji skale procene Religioznost i verovanja, pažnju obratili na religioznost u užem smislu, sujeverje i duhovnost.

Ovaj aspekt rezilijentnosti smo merili skalom koju smo konstruisali za potrebe ovog istraživanja, a koju smo opisali u poglavlju 4. Na instrumentu Religioznost i duhovnost na osnovu Katelovog skater dijagrama izdvojena su tri faktora koji ukupno objašnjavaju 46.1% varijanse (Prilozi, grafikoni 3).

To su faktori religioznosti u užem smislu (ajtemi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, ), faktor koji smo nazvali spoljašnji lokus (sujeverje) ajtemi 11, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 28, 29, i 30 i duhovnost (ajtemi 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23,24).

Prvo ćemo prikazati rezultate generalnog stava prema religiji i odnos naših grupa prema njoj, tabela 34.

**Tabela 34. Dimenzija religioznosti na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe**

	<b>Vernik sam i prihvatom sve što moja vera uči</b>	<b>Religiozan sam mada ne prihvatom sve što vera uči</b>	<b>Dosta razmišljam o tome ali nisam siguran da verujem</b>	<b>Nisam religiozan i nemam ništa protiv religije</b>	<b>Total</b>
Eksperimentalna	26,0%	32,0%	29,0%	13,0%	100,0%
Kontrolna	12,0%	34,0%	33,0%	21,0%	100,0%
. $\chi^2$ test	P=0,015				

Analiza stava prema religiji pokazuje da postoji razlika između ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe.  $\chi^2$ -test  $p=0.015$ . Skoro trećina ispitanika obe grupe su neopredeljena u odnosu na religioznost (nisam siguran da li verujem ili ne). U eksperimentalnoj grupi je značajno veći procenat onih koji se izjašnjavaju kao vernici.

U toku intervjua koji je rađen sa svakom porodicom, opisivali su da je doživljaj sebe kao vernika i prihvatanje „svega što vera uči“ bilo u smislu slavljenja Slave, proslave većih religioznih praznika i ponekad pridržavanja posta. Iz ovog zaključujemo da je ovo obredno- tradicionalistički tip religioznosti (Pavićević, 1980). Ovaj rezultat može da se tumači sa aspekta da je religioznost članova porodice postojala, razvijala se tokom terapije i doprinela njenom uspehu. Nismo našli istraživanja koja se bave religioznošću alkoholičarskih porodica u našoj sredini. Možemo da pretpostavimo da je sa desekularizacijom društva u našoj sredini od kraja 80-tih godina 20. veka (Đorđević, 1990) naše porodice, iako pogođene alkoholizmom, kao deo društva, prihvataju i ova društvena kretanja.

Dalje smo analizirali odnos prema religiji u zavisnosti od pola. Rezultati su prikazani u narednoj tabeli.

**Tabela 35. Dimenzija religioznosti na uzorku od 200 ispitanika i test značajnosti razlika eksperimentalne i kontrolne grupe po polu**

	muškarci		žene	
	Eksperimentalna	Kontrolna	Eksperimentalna	Kontrolna
<b>Vernik sam i prihvatom sve što moja vera uči</b>	32,0%	6,0%	20,0%	18,0%
<b>Religiozan sam mada ne prihvatom sve što vera uči</b>	32,0%	32,0%	32,0%	36,0%
<b>Dosta razmišljam o tome ali nisam siguran da verujem</b>	16,0%	36,0%	42,0%	30,0%
<b>Nisam religiozan i nemam ništa protiv religije</b>	20,0%	26,0%	6,0%	16,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2$ -test	p=0.006		p=0.587	

Alkoholičari, identifikovani pacijenti, tri i više godina posle terapije i adekvatnog porodičnog funkcionisanja, izjašnjavaju se kao vernici, u značajno većem procentu (32%) od alkoholičara koji su tek počeli terapiju (6%). Kako bi se izjašnjavali na početku terapije? Kao odgovor može da posluži rezultat iz kontrolne grupe: alkoholičari se na početku lečenja u skoro istom procentu (36%) izjašnjavaju da nisu

sigurni da li veruju ili ne. Ovakvim razumevanjem rezultata možemo pretpostaviti da se tokom terapije i života posle nje, ova dimenzija duhovnosti, kod lečenih alkoholičara menja, pojačava. Terapija i prestanak pijenja može se shvatiti i kao jedan od mnogobrojnih faktora koji je doprineo proceni sebe kao vernika i religioznim aktivnostima. Ovde još jedna digresija: u našoj populaciji religiozna osećanja se često prepliću sa nacionalnim, te se pitanje vere nekad razume i kao pitanje odnosa prema sopstvenoj naciji, što ćemo objasniti u diskusiji. Žene eksperimentalne i kontrolne grupe se ne razlikuju značajno u odnosu na procenu sebe kao religioznih.

Aktivnosti koje se obavljaju u crkvi, kao jedna dimenzija religioznosti (akciona) kojom smo hteli proveriti intenzitet ovog aspekta religioznosti, ukazuje da se grupe ne razlikuju.

Aktivnosti koje ispitanici najčešće obavljaju, a vezane su za crkvu prikazali smo u tabeli 36.

*Tabela 36. Učešće ispitanika u religioznim aktivnostima*

	<b>Eksperi- mentalna</b>	<b>Kontroln a</b>	<b>Total</b>	<b><math>\chi^2</math>-test</b>
a. Odem u Crkvu da zapalim sveću	71,0%	81,0%	76,0%	.098
b.Odlazim u Crkvu zbog obreda (venčanje, krštenja)	91,0%	87,0%	89,0%	.366
v.Radi razgovora sa sveštenikom	13,0%	6,0%	9,5%	.091
g.Učestvujem u hodočašćima ili putovanjima koje organizuje Crkva	4,0%	2,0%	3,0%	.407
d.Odlazim radi susreta sa prijateljima, vernicima	8,0%	2,0%	5,0%	.052
đ.Odlazim radi pevanja u horu	6,0%	0,0%	3,0%	.013*
e.Posećujem crkvena predavanja	2,0%	0,0%	1,0%	.155
ž.Svojim radom pomažem Crkvi	5,0%	0,0%	2,5%	.024*

Najčešće odlaze u crkvu radi obreda venčanja i krštenja u 91%, odnosno 87% u kontrolnoj grupi.

Aktivnosti koje registrujemo u eksperimentalnoj grupi i kojih uopšte nema u kontrolnoj grupi („pevanje u crkvenom horu“, „radom pomažem crkvi“), ova lepeza različitih aktivnosti vezanih za crkvu, ukazuje na jaču akcionu komponentu religioznosti u grupi koja je prošla terapiju kao i aktivan odnos prema socijalnom okruženju.

Skalu Religioznosti i duhovnosti smo predstavili u odnosu na postignute skorove u grupama. Frekvencija odgovora data je u tabelama 16, 18 i 20. u Prilozima.

T-test-om za nezavisne uzorke smo analizirali razlike između eksperimentalne i kontrolne grupe. Rezultat analize pokazuje da nema značajne razlike između posmatranih grupa na stavovima koji se odnose na religioznost kao ni ostalim poddomenima skale (Tabela 37).

*Tabela 37. Dimenzije religioznosti, sujeverja i duhovnosti na grupi od 200 ispitanika i test značajnosti razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe*

	<b>Pripadnost grupi</b>	<b>N</b>	<b>Sredina</b>	<b>Standardna devijacija</b>	<b>t-test</b>
Religioznost	Eksperimentalna	100	3,1844	,82745	.449
	Kontrolna	100	3,0989	,76605	
Spoljašnji lokus /sueverje	Eksperimentalna	100	3,0746	,58080	.736
	Kontrolna	100	3,0436	,71225	
Duhovnost	Eksperimentalna	100	3,8480	,40572	.281
	Kontrolna	100	3,7725	,56836	

Kada je u pitanju pol, rezultati analize razlike pokazuju istu tendenciju. Nema značajne razlike između grupa u svim modalitetima verovanja. I kada su u pitanju muškarci i kada su u pitanju žene (Tabela 38).

*Tabela 38. Dimenzije religioznosti, sujeverja i duhovnosti eksperimentalne i kontrolne grupe ispitanika, značajnosti razlika po polu*

<b>Pol</b>	<b>Pripadnost grupi</b>	<b>N</b>	<b>Sredina</b>	<b>Standardna devijacija</b>	<b>t-test</b>
<b>Muškarci</b>					
Religioznost	Eksperimentalna	50	3,0756	,92730	.475
	Kontrolna	50	2,9556	,73360	
Spoljašnji	Eksperimentalna	50	2,9491	,61935	.893



lokus/sujeverje	Kontrolna	50	2,9673	,72280	
Duhovnost	Eksperimentalna	50	3,8050	,43607	.692
	Kontrolna	50	3,7625	,61769	
<b>Žene</b>					
Religioznost	Eksperimentalna	50	3,2933	,70658	.732
	Kontrolna	50	3,2422	,77816	
Spoljašnji lokus/sujeverje	Eksperimentalna	50	3,2002	,51553	.516
	Kontrolna	50	3,1200	,70044	
Duhovnost	Eksperimentalna	50	3,8911	,37235	.233
	Kontrolna	50	3,7825	,52050	

Interesanto je uporediti rezultat koji pokazuje da se po indikatorima religioznosti grupe ne razlikuju, dok se muški ispitanici razlikuju po proceni svoje religioznosti. U grupi koja je prošla terapiju, identifikovani pacijenti se na statistički značajnom nivou izjašnjavaju kao religiozni (Tabela 35), dok se po indikatorima religioznosti ne razlikuju, tabela 37. Ovo je potvrda gore objašnjenog da viđenje sebe kao religioznog u našim grupama podrazumeva tradicionalističku religioznost, odnosno upražnjavanje običajnih rituala koji su povezani i sa nacionalnim, a ne redovnog posećivanja crkve, praktikovanje religioznih delatnosti i poznavanja religije. Kako se u alkoholičarskoj porodici i rituali kao deo porodične dinamike, (ne religiozni, a i religiozni), manje upražnjavaju, to pacijenti na početku terapije uglavnom ne mogu da procene da li su religiozni ili sebe vide kao manje religiozne od onih koji su prošli terapiju.

Na faktoru rezilijentnosti koji smo nazvali porodične procene, merili smo porodične paradigme (religioznost) i porodičnu koherentnost. Porodičnu koherentnost smo merili Skalom porodične snage, a porodične paradigme- Skalom religioznosti i duhovnosti. Ispitivane grupe su se razlikovale značajno samo na faktoru pesimističke koherentnosti, ili nedostatku osećaja koherentnosti. Registrovali smo da ispitanici kontrolne grupe imaju viši skor na ovoj dimenziji od ispitanika eksperimentalne grupe, a što ukazuje na nedostatak osećaja koherentnosti, (pesimistička koherentnost) te se pokazuje i polna razlika, i žene i muškarci kontrolne grupe imaju statistički značajno više skorove na faktoru nedostatka koherentnosti.

Na Skali religioznosti i duhovnosti, grupe se ne razlikuju.

### ***7.5.3. Diskusija procesa porodične procene u ispitivanim grupama***

#### **Diskusija religioznosti**

Konstrukcijom skale Religioznosti i duhovnosti želeli smo da “izmerimo” ovaj aspekt rezilijentnosti ispitujući posebno religioznost, a posebno duhovnost. Ovo je bio težak zadatak kako pri sastavljanju ajtema tako i tumačenju rezultata merenja. Ovo je uslovljeno prirodom ovih procesa, a poseban problem je bilo tumačenje dobijenih rezultata u odnosu na druga istraživanja jer su ona veoma retka i zahvataju samo neke segmente dinamike odnosa terapija alkoholizma–rezilijentnost-duhovnost-religioznost.

Kao što je rezilijentnost lakše osetiti nego objasniti, tako je i sa ovim fenomenima (Richardson, 2002). Ovo područje ljudskog i porodičnog iskustva teoretičari rezilijentnosti vide u različitim aspektima i područjima teorijskog modela rezilijentnosti, ali sa suštinski istim sadržajem.

Walsh-ova (1996) u okviru procesa verovanja, kao poseban poddomen navodi grupu porodičnih procesa i naziva ih transcedentalnost, duhovnost, religioznost. Razliku duhovnosti i religije Walsh (2009) vidi na sledeći način. Religija je organizovan, insitucionalni sistem verovanja i prakse. Religija kroz rituale spaja čoveka i porodicu sa širom zajednicom i njenom istorijom. Duhovnost je konstrukt, ljudsko iskustvo transcedentalnog verovanja, van ili unutar formalne religioznosti, kroz porodični ili kulturalni okvir i u vezi je sa prirodom i ljudskošću.

McCubbin (1998) religioznost tumači u okviru porodične procene, odnosno porodičnih paradigmi, zajedničkih verovanja, izgrađenih i prihvaćenih u porodici, a koja vode razvoju specifičnih oblika funkcionisanja, za specifične dimenzije porodičnog života (porodica i posao, vaspitanje dece, duhovnost, religiozna orijentacija).

Prvo ćemo razmotriti odnos porodične terapije alkoholizma i religioznosti sa stanovišta rezultata koje smo dobili u našem istraživanju.

Pretpostavili smo da se grupe koje smo ispitivali, sa aspekta uticaja porodične terapije na religioznost, neće razlikovati jer u terapiji ne utičemo na ovu dimenziju ličnog i porodičnog života. Sa druge strane, teoretičari rezilijentnosti, posebno Walsh, 2009; Benzies i Mychasiuk, 2008. ističu da su verovanja uopšte, pa i ovaj poddomen verovanja (transcedentalnost, duhovnost, religioznost) – „duša i srce rezilijentnosti“.

Tako možemo pretpostaviti da porodice koje su uspešno završile terapiju i žive adekvatno, rezilijentne porodice – imaju u okviru svog sistema verovanja ili porodičnih paradigmi i više zastupljenu religioznost nego porodice koje su tek izašle iz haosa alkoholizma. Kada se ove pretpostavke spoje dolazimo do pitanja da li su članovi porodice koji su prošli terapiju religiozniji u odnosu na one koje su počeli terapiju. Odgovor su nam dale same porodice. Po indikatorima kojima smo merili različite dimenzije religioznosti, porodice koje su prošle terapiju, rezilijente porodice, se ne razlikuju od porodica koje su počele terapiju i imaju sve odlike disfunkcionalnih porodica. Dakle, u terapiji je religioznost „nema“ zona i grupe se ne razlikuju, po toj dimenziji. U rezultatima smo dobili i sledeći podatak, po proceni sopstvene religioznosti, doživljaju sebe kao religioznog ili ne, identifikovani pacijenti se razlikuju: oni koji su završili terapiju procenjuju sebe kao religiozne u odnosu na alkoholičare koji su tek ušli u terapiju i koji sebe procenjuju kao nereligiozne ili ne mogu da se procene na ovoj dimenziji. Odakle potiče ova razlika: Da li možemo pretpostaviti da je na ovo uticala i terapija? Od čega zavisi da li će pojedinac sebe procenjivati kao religioznog u ovom istorijsko- kulturnom kontekstu, na našim prostorima?

Ovde moramo objasniti:

1. Religioznosti i njene funkcije, te koje funkcije ona ima u porodicama koje smo ispitivali.
2. Tipove religioznosti i vernika kao i kojem tipu pripadaju naši ispitanici.
3. Istorijski kontekst u kojem smo radili istraživanje.

Religioznost definišemo kao subjektivni sistem stavova koji uključuju osobite oblike verovanja, mišljenja, osećanja i tendencija reagovanja, a javljaju se kao sistem unutrašnjih trajnih dispozicija koje se manifestuju na verbalnom ili neverbalnom planu u ponašanju vernika (Bahtijarević,1988).

Šušnjić (1992) navodi da religija ima tri oblika postojanja:

1. Religiju po sebi.
2. Istorijski oblik religije.
3. Religioznost kao individualnu činjenicu.

Dakle, treba razlikovati idealni vrednosni sistem, njegovo društveno istorijsko ostvarivanje i lično iskustvo vernika. Ovo su, po Šušnjiću, tri nivoa na kojima čovek

razume sebe. Tri slike koje čovek stvara o sebi izražavaju se na tri osobena jezika: jeziku vere, jeziku društvene nauke i jeziku individualne psihologije (Šušnjić, 1992). Religija je aktivan elemenat u ljudskom životu jer je povezana sa osnovnim ljudskim potrebama. Funkcija religije po Šušnjiću (1982) u ličnom i društvenom životu jesu:

1. Kognitivna funkcija- religija je učenje o nastanku sveta, mestu čoveka, društva i prirode u njemu.
2. Kompenzatorska- pruža sredstva nadoknade za stvarne prikraćenosti.
3. Religija ima komunikativnu funkciju jer omogućava opštenje vernika sa Bogom i vernika između sebe.
4. Religija ima regulativnu funkciju jer reguliše ponašanje sistemom vrednosti, normi i pravila.
5. Religija ima integrativnu ulogu, simboličku povezanost članova zajednice.
6. Religija zadovoljava emocionalnu potrebu za sigurnošću. Ova funkcija se odnosi pre svega na konačnost čoveka kao jedinke, zatim na zlo, trpljenje, bol, traume. Religija je jedan od načina čovekovog prevladavanja straha od smrti uticajem na same emocije koje prate svest o smrti. Religija nastoji da na sve egzistencijalne neminovnosti odgovori i prevlada čovekova osećanja nesigurnosti, nemoći i ugroženosti. Religija je jedna vrsta racionalizacije ili osmišljavanja patnje. Mnogi ljudi ne mogu da patnju i konačnost prihvate kao neizbežne i besmislene već im moraju pripisati smisao i neko opravdanje. Šušnjić (1982) daje odgovor na pitanje zašto u teškim vremenima i teškim situacijama čoveku tako potrebna ideja apsolutne i mistične moći? Pošto je stvarnost i znanje o njoj relativno, jasno je da u njoj nema ništa čvrsto i od trajne vrednosti. Zato je neophodno pronaći oslonac u nekom sistemu verovanja koji sadrži apsolutnu vrednost. U teškim okolnostima svaka relativna moć mogla bi da otkáže pa se čovek jedino uzda u apsolutnu moć. Ovo je, sa psihološkog stanovišta, druga reč za psihološku potrebu za apsolutnom sigurnošću. Ova funkcija religije, smatramo, pokreće se i u uslovima kontinuiranog stresa u kojem se nalazi porodica alkoholičara. Dakle, u kontrolnoj grupi religioznost ima, verovatno, najviše, emocionalnu funkciju.
7. Religija ima profetsku funkciju, jer pruža etičke ideale i izaziva kritiku sa stanovišta tih ideala.

8. Religija ima legitimacijsku funkciju, opravdava društveni poredak i određena ponašanja.
9. Religija daje lični identitet i identifikaciju sa grupom, daje uz nacionalnu, najjaču grupnu svest. Čini se da u eksperimentalnoj grupi religija ima prevashodno ovu osmu funkciju.

Religioznost u sadašnjoj Srbiji ima različite društvene i psihološke funkcije, pre svega nacionalno protektivnu, defanzivnu, kompenzatorsku, zatim i moralnu i kulturnu i ideološku (Pantić, 1993).

Ćimić (1966) i Pavićević (1980) izvode *tipove vernika* na osnovu prevladavanja ili jače naglašenosti nekog od konstitutivnih elemenata ili komponenti religioznosti. Tako razlikuju teološki ubeđenog vernika i obrednog vernika. Teološki ubeđeni vernik je onaj kod koga su naglašeni poznavanje verskog učenja koje dokazuje. Obredni tip je posebni tip religioznosti (Pavićević, 1980) čija se religioznost ispoljava u vršenju tradicijom ustanovljenih verskih radnji, a poseduje malo znanja iz verskog učenja. Kod njega ni religijska osećajnost nije religijska nego je naprosto običajna. Ovaj tip se može nazvati tradicionalistički. Njegova raširenost nije uslovljena samo individualnim osobinama vernika već i istorijskim kontekstom i društvenom ulogom religije u tom kontekstu.

Što se tiče trećeg segmenta problema, *istorijskog kontekta*, Pantić(1993) navodi da je Srbija u urbanom stratumu i u svom centralnom, tradicionalno pravoslavnom delu, do pre 20-tak godina bila izrazito sekularizovana. U drugoj polovini osamdesetih godina prošlog veka, pod uticajem duboke unutrašnje krize i sloma socijalizma, otpočet je proces povratka religioznosti, desekularizacija. Najčešći tip religioznosti u okviru srpske pravoslavne religije je obredni, tradicionalistički tip i to zato što su običajne ritualne radnje dugo vremena bile forma i simboli za narodnu osobenost. Đorđević (1990) piše da je religioznost u pravoslavaca pretežno tradicionalno ritualističkog karaktera i svodi se na praktikovanje većih crkvenih praznika, nekoliko sakramenata i običaja. Istraživači navode da je religiozna suština kod tradicionalno-ritualističkog tipa u velikoj meri potisnuta. Naš uzorak nije, naravno, reprezentativan i ispitivanje nije rađeno u centralnom delu Srbije nego u Vojvodini, u kojoj se po nacionalnom statusu nešto preko polovine populacije izjašnjava kao Srbi, te su pravoslavne vere. I naš

uzorak je pokazao takav nacionalni status, preko polovine su Srbi, ostali- Bunjevci, Šokci, Hrvati, Mađari, Nemci, Rusini, Slovaci pripadaju katoličkoj, odnosno grko-katoličkoj (Rusini) i evangelističkoj (Slovaci) religioznoj zajednici. Porodice koje su izveštavale da su religiozne, prihvataju sve što vera uči, kroz razgovor sa ispitanicima je ovo izjašnjavanje da su vernici značilo: kod Srba da slave slavu i veće crkvene praznike, a kod katolika, grko-katolika i evangelista, nemaju slavljenja slave, a slave ostale verske praznike, Mogli bismo ceo uzorak opisati kao obredno-tradicionalistički.

Ispitanici-muškarci se razlikuju po religioznosti kao i po neopredeljenosti, nemogućnosti da se izjasne kao religiozni (kod kontrolne grupe) u odnosu na izjašnjavanje kao religioznih kod eksperimentalne grupe. Ovu razliku smo objasnili tako što smo alkoholičare koji su počeli terapiju videli kao neodlučne u skoro istom procentu kao i vernike u grupi koja je prošla terapiju. Kao da se tokom života u treznom stanju i funkcionalnosti u porodici, razvija i ova dimenzija. Lečeni alkoholičar tokom života u trezvenosti, postaje usklađeniji sa sobom, redovnije upražnjava religiozne rituale, pa sebe procenjuje kao vernika u smislu koji smo gore naveli (obredno-tradicionalistički). Kako bismo proverili našu pretpostavku o razlogu razlike u proceni sopstvene religioznosti kod alkoholičara na početku terapije i onih koji su uspešno prošli terapiju, potražili smo odgovor u drugim istraživanjima. Nismo našli istraživanja odnosa religije i (porodične) terapije alkoholizma. Kuburić (2008) navodi da ima malo istraživačkih radova iz oblasti sociologije i psihologije religije na našem tlu. Mahoney et al., 2001. u meta analizi istraživanja porodičnog funkcionisanja i religioznosti zaključuju da je religioznost dugo bila tabu tema i zanemarena oblast u polju mentalnog zdravlja i u svetu. Interes za naučno istraživanje uloge religije raste tek tokom poslednje dekade 20. veka.

Odnos terapija-religioznost smo do sada objasnili sa aspekta terapije i njenog uticaja na religioznost na osnovu analize rezultata koje smo dobili u našem istraživanju.

Kako je cilj našeg istraživanja opis terapijski uslovljenih promena na procese porodične rezilijentnosti ( ovde, dimenzija-religioznost) u alkoholičarskim porodicama, zbog nedostatka istraživanja sa kojima bismo mogli porediti naše rezultate, razmotrićemo dinamiku odnosa *rezilijentnost-religioznost-porodica*, (kroz rezultate istraživanja odnosa porodice i religioznosti uopšte). Istraživanja uloge religije u

porodici su pokazala njen uticaj na procese porodične rezilijentnosti: prilagođavanje, osećaj zajedništva, negativno korelira sa nasiljem u porodici, podstiče bračnu kohezivnost i jača kopinge u vreme stresa. Ellison et al., (1999) upoređuju grupe religioznih i nereligioznih porodica i nalaze da religiozne porodice imaju:

1. Širu socijalnu mrežu.
2. Više kontakata sa tom mrežom.
3. Dobijaju više pomoći od drugih.
4. Zadovoljniji su podrškom te socijalne mreže u odnosu na nereligiozne porodice.

Ellison et al., (1999) istražuju religioznost i nasilje u porodici i nalaze da u religioznijim porodicama ima manje nasilja. Ovo objašnjavaju time da religijske aktivnosti kultivišu vrednosti usmerene na ljubav i podstiču altruističke porodične interakcije.

Brody et al., (1996) su ispitivali odnos religije i porodičnih procesa. Proveravao je hipotezu da roditeljska religija utiče direktno na porodičnu koheziju i negativno na porodične konflikte i uticaj na decu. Uzorak je činilo 90 seoskih, siromašnih, afro-američkih, potpunih (dvoroditeljskih) porodica. Utvrdio je da religioznost i očeva i majki pozitivno korelira sa porodičnom kohezijom, a negativno sa konfliktima u porodici.

Istraživanjem uloge religije na različite aspekte porodičnog i socijalnog funkcionisanja na našim prostorima, navodi Kuburić (2008). Ona je ispitivala efekte religioznosti u porodici na psihodinamiku porodičnog života, te religioznost i sliku o sebi adolescenata koji su živeli u društvu u kome je religioznost bila društveno nepoželjna. Utvrdila je da religiozna porodica ima jak uticaj na prenošenje religioznosti na decu preko specifične psihodinamike porodičnog života.

### **Diskusija duhovnosti**

Pretpostavili smo da će u porodicama koje su se oporavile od alkoholizma, rezilijentnim porodicama, proces duhovnosti biti vidljiviji nego u alkoholičarskim porodicama. Rezultati su pokazali da se naše grupe ne razlikuju. Kao razlog možemo navesti suviše usko definisanje aspekta duhovnosti, jer duhovnost dimenzija obuhvata i osećaj koherentnosti (a koji se pokazao sa najvećom razlikom na grupama). S druge strane, u multiploj regresionoj analizi povezanosti faktora rezilijentnosti i kvaliteta

života koje ćemo prikazati u rezultatima i analizi kvaliteta života, našli smo da upravo faktor duhovnosti značajan prediktor kvaliteta života i ishoda terapije. Nismo našli istraživanja o duhovnosti u alkoholičarskim porodicama, kao ni u porodicama koje su prošle porodičnu terapiju alkoholizma.

Lum (2008) takođe navodi da nije našao kvantitativne studije povezanosti duhovnosti i porodica sa članom koji je zavisao od psihoaktivne supstance. Našli smo empirijske studije značaja duhovnosti u oporavku od traumatskih iskustava, te istraživanje korištenja duhovnosti u programima za prevenciju alkoholizma.

U daljem tekstu ćemo navesti rezultate ovih istraživanja kao argumentaciju za neosporan značaj koji duhovnost ima u oporavku iz stresnih i traumatskih životnih iskustava, pa tako i alkoholizma. Brojne studije pokazuju da su žene, koje su bile u detinjstvu seksualno zlostavljane, a koje sebe procenjuju kao religiozne i duhovne, u manjem riziku za interpersonalne i psihičke probleme u odrasloj dobi (Connor et al., 2003; Farley, 2007). U ovim studijama je zaključeno da je duhovnost i religioznost gradila kod ovih žena osećaj lične sigurnosti i kompetentnosti. Duhovnost je duboko upletena u sve aspekte porodičnog života. Mnogo istraživača naglašavaju značaj duhovnosti za porodično funkcionisanje, stil roditeljstva i porodičnu dinamiku (Kuburić, 2001, 2002; Mahoney, 2001; Conger i Conger, 2002). Iz sistemske perspektive duhovnost i porodica se vide kao mogućnost da duhovnost osnažuje porodicu i njene članove (Bonanno, 2004). U kvalitativnoj studiji Butcher-Winfrey (2009), strukturisanim intervjuom je ispitivano 15 žena jedne posebne kulturne i religiozne zajednice u Americi (Apalači), a koje su imale u životu traumatska iskustva. Studija je ispitala ulogu duhovnosti u procesu oporavka od traume. Istakle su se tri teme o kojima su žene u toku intervju govorele. Prva grupa tema je konceptualizovana kao sistem podrške (porodica, roditelji, siblizi, socijalni network, crkvena zajednica, komšije, prijatelji i self-help grupe). Druga grupa tema se odnosila na samopoštovanje (unutrašnji lokus kontrole), a treća na duhovnost (u smislu Vere u Boga i praktikovanja vere). Praktikovanje vere kao dimenzija u kojoj osoba čini nešto aktivno da obogati svoju duhovnost. Sve Apalači žene su izveštavale da je molitva bila moćna aktivnost koja ih je povezivala sa Bogom i drugima. Suštinsku dobit od molitve su osećale kao da čine dobro za druge. Religioznost je za sve Apalači žene bila vezana za sve što su radile i pomogla im da oblikuju smisao života. Autor zaključuje, kada su žene govorele o



religioznosti one su opisivale duhovnost, osećaj pripadanja i podrške, davanju sebe drugima, bezuslovnom prihvatanju drugog. Relacija sa „višom silom“ osnažila je sposobnost za oporavak od traume, povratak nade i smisla. Zaključak studije je bio da se uloga duhovnosti u procesu rezilijentnosti sastoji se u oblikovanju smisla života.

Studija Fleminga i Ledogara (2008) govori o indigenoznoj duhovnosti koja je više od obične duhovnosti jer uključuje enkulturaciju (integraciju u sopstvenu manjinsku kulturu) i kulturalnu integraciju u širu kulturu. Oni su istraživali Aboridžine i njihovu urođeničku duhovnost, te utvrdili da je ova duhovnost moćan faktor rezilijentnost. Ovo istraživanje je poslužilo za pravljenje programa za prevenciju alkoholizma u ovoj kulturnoj grupi. Dakle, tradicionalna kultura i duhovnost mogu biti važni aspekti u prevenciji alkoholizma.

Za razliku od religije, koja je više društveni fenomen, duhovnost je univerzalniji koncept, više privatno saznanje u vezi sa svrhovitošću.

*Duhovnost* je latentni konstrukt sastavljen od socijalne, psihološke i neurofiziološke osnove (Galanter, 2006). Interesantna je ova neurofiziološka komponenta duhovnosti. Borg et al., (2003) nalaze da su ljudi koji su imali jake duhovne performanse imali merljive promene na serotoninском sistemu. Walsh (2003) navodi da je duhovnost područje trancedentalnih verovanja, da je teško definisati i opisati jer je sadržana u različitim ljudskim iskustvima. Mnogi ljudi koji se ne osećaju religioznom vode dubok duhovni život kroz posvećivanje prirodi, kreativnosti, sekularnom humanizmu, služeći drugima kroz socijalni aktivizam. Duhovnost je sve ono što spaja čoveka sa prirodom i svemirom. U svojim kasnijim radovima Walsh (2009) sve veću pažnju posvećuje razumevanju duhovnosti, te veoma nadahnuto piše o duhovnosti objašnjavajući razliku između duha i duše. Duh (engl. spirit) je životna esencija, središte života i snage. U mnogim jezicima reč za duh i disanje je ista. Duša (engl. soul) je središte ljudskosti, radosti i misterije. U mnogim religijama duša je veza sa Bogom. Duša je svugde i nigde. Živeti u jedinstvu sa prirodom i okolinom je suština duhovnosti. Čak i svakodnevno iskustvo može nas odneti iza nas samih ako se osećamo jedinstveno sa drugim životima i svemirom. I dalje, jezik duše nije naučan i ne možemo preko nauke ući u njenu suštinu. Jezik duše je jezik muzike, poezije i umetnosti.

Duhovnost je često asocirana sa psihološkim rastom i lečenjem ( Prest i Keller, 1993; Goldenberg, 2008).

Da li je terapija duhovno iskustvo? Suština terapijske relacije je duhovne prirode. Duhovna dimenzija ljudskog iskustva važna je za terapeute da bi razumeli patnju i pomogli klijentu da ozdravi i raste. To je iskustvo koje obuhvata sve aspekte života, od individualnog do porodičnog sistema verovanja. Duhovna verovanja utiču na način kako ljudi doživljavaju patnju, kakvo značenje daju simptomima i kako se bore sa teškoćama u životu. Duhovna verovanja utiču i na to kako ljudi govore o svom bolu. Duhovnost utiče na ljudska verovanja o uzrocima patnje, odnosu prema profesionalnoj pomoći kao i načinu kako će i u kom obliku rešavati probleme. Traženje pomoći od psihoterapije i porodične terapije je duhovno iskustvo kako za terapeuta tako i porodicu.

Braun i Christensen (2001) navode da je psihoterapija međudisciplinarna specijalnost zasnovana na religiji, medicini, filozofiji, pedagogiji, psihologiji i sociologiji. Suština terapijske relacije je takođe duhovne prirode. Podeljena, brza, materijalistička kultura generiše nesigurnost i neispunjenost. Ljudi traže transcendentne vrednosti i aktivnosti za povećanje osećaja smisla života. U krizama i tragedijama ljudi traže duhovne resurse za snagu i vraćaju se tradiciji, koja ima jasnu strukturu, kao i religiji.

Odnos *terapija alkoholizma i duhovnost* neminovno asocira na pokret Anonimnih alkoholičara (AA), nastalog 30-tih godina prošlog veka u Americi, koji se zasnivao na „korištenju“ religioznih i duhovnih resursa u prekidanju i oporavku od zavisnosti od alkohola. Na našem prostoru ovaj pokret nije zaživeo, tek su poslednjih godina formirane dve grupe AA u Beogradu i jedna u Novom Sadu. Između ostalih razloga, navešćemo dva razloga, zbog kojih, po našem mišljenju, ovaj pokret nije inkorporisan u našu sredinu.

Prvi je značaj i uticaj beogradske alkohološke škole, na čelu sa Gačićem i zagrebačke alkohološke škole na čelu sa Hudolinom, koji su radili 60-tih do 80-tih godina prošlog veka. Ova dva praktičara i istraživača terapije alkoholizma, institucionalizovanim oblicima grupne i porodične terapije alkoholizma, formiranjem mreže klubova lečenih alkoholičara i centara za porodičnu terapiju- formirali su neku

vrstu nacionalne strategije i standarda za lečenje alkoholizma, priznatih u svetskim razmerama, te zato vaninstitucionalizovani oblici terapije nisu razvijani.

Imala sam lično i profesionalno zadovoljstvo i čast da poznajem i učim od obojice doajena porodične terapije alkoholizma: Prim. dr. Branka Gačića u Beogradu i Somboru (u toku edukacije i superviziranja našeg rada) i prof. dr. Vladimira Hudolina na magistarskom studiju u Zagrebu.

Drugi razlog je što pokret Anonimnih alkoholičara nije zaživeo u našoj sredini je i religijske komponenta ovog pokreta koja je bila nespojiva sa sekularizovanim društvom od 50-tih do 80-tih godina prošlog veka na našim prostorima.

Mada je pokret Anonimnih alkoholičara na Zapadu, posebno Americi zaživeo, potreba za naučnim istraživanjem prirode tog duhovnog pokreta tek u poslednje vreme počinje da se uviđa. Kao jedan od razloga zanemarivanja i neprepoznavanja potrebe naučnog istraživanja duhovnosti u psihoterapiji, Butcher-Winifrie (2009) navodi sa se u 60- tim i 70- tim godinama prošlog veka u Americi društvo sekularizovalo, te se dimenzija duhovnosti i njen značaj u terapiji, koju su tako sjajno anticipirali Jung, Frankl i drugi- još početkom 20. veka - izgubila. Tek sa promenom klime u društvenim naukama, interes se ponovo pomera ka duhovnosti (kao u Pozitivnoj psihologiji Seligman-a, 2000) koja se bavi ne samo problemima čovekovog preživljavanja nevolja, već istražuje i kako ljudi duhovno rastu.

Galanter (2006) u istom smislu nastavlja, savremenim modelima razumevanja, tretmana i lečenja zavisnosti- neurobiološkim, kognitivnim i drugim, nešto nedostaje. Obnavljajući interes za duhovnost, dobijamo tu nedostajuću varijablu u modelu oporavka od zavisnosti. Iskoristiti duhovno iskustvo kao suštinski elemenat razumevanja i tretmana zavisnosti. Galanter (2006) navodi duhovito, da je Bog valjda najmanje korišten resurs u porodičnoj terapiji. To je obično privatno verovanje i do sada nije bilo relevantno za praksu. On predlaže naučno istraživanje Anonimnih alkoholičara. Ovo duhovno udruženje sa ubedljivim rezultatima u lečenju alkoholičara, nije istraženo po dimenziji duhovnosti koja čini okosnicu programa. Zbog svoje prirode, koncept udruženja Anonimnih alkoholičara nije ispitivan empirijski, naučno. Kako postoje i lekari bivši zavisnici, koji imaju svoje udruženje, oni su pokrenuli inicijativu za empirijska istraživanja mehanizama oporavka od alkoholizma (mehanizam

duhovnosti), kako bi ga primenjivali u psihijatriji i psihologiji zavisnosti. Ovo AA-iskustvo kreira osećaj zajedništva drugačiji od konvencionalnog, institucionalnog konteksta. Nešto što se definiše kao duhovno drugarstvo i solidarnost, važan je aspekt duhovne prirode programa, a još nije izučeno.

Diskusiju odnosa religioznosti i duhovnosti u terapiji alkoholizma razmatrali smo sa aspekta rezultata koje smo dobili, smeštajući ih u širi kontekst značaja religioznosti i duhovnosti u porodičnom funkcionisanju i terapiji zavisnosti, te naglašavajući neistražene oblasti mehanizma duhovnosti u oporavku od zavisnosti.

### **Diskusija porodične procene – porodična koherentnost**

Pre diskusije porodične koherentnosti neophodno je uneti terminološka objašnjenja kako bi mogli da prodiskutujemo rezultate koje smo dobili.

Koncept porodične koherentnosti smo koristili da konkretnije istražimo jednu dimenziju procesa porodične procene. Ovo je bila primena individualnog koncepta na porodični nivo. Tvorac ovog koncepta, Antonovsky (1984) navodi da osećaj koherentnosti (sense of coherence – SOC) čine tri dimenzije:

1. Sveobuhvatnost i razumljivost kao kognitivna dimenzija, način kako osoba razmišlja i oseća o setu internih ili eksternih stimulusa ili situacija, a koji podrazumeva da je život pre, sada i u budućnosti razumljiv.
2. Savladivost i snalažljivost se odnosi na osećaj da je život pod "kontrolom".
3. Značajnost i smislenost je emocionalna dimenzija doživljaja sveobuhvatnosti (koji je kognitivna dimenzija).

Konstrukt sličan koherentnosti opisuje Kobasa (1981), je *Jačina*. On ima dva subkonstrukta:

1. Uključivanje kao kontrast alijenaciji. Uključivanje se sastoji u osećanju svrhe koja nosi osobu kroz teškoće, a ovaj termin egzistencijalisti nazivaju „biti sa drugima“.
2. Izazov kao kontrast bespomoćnosti. Kad su ljudi pod stresom oni koji vide promene kao izazov bolje se nose sa njima nego oni koji vide stvari kao sudbinu koja se ne može promeniti radi. Slabe ličnosti vide sebe i okolinu kao dosadne, bez značaja.

Koncept koherentnosti McCubbin (1998) prevodi na porodični nivo- kao porodični osećaj da je svet i život, strukturisan, predvidiv, razumljiv, savladiv i smislen i svrstava ga u procese porodične procene, u okviru svog modela rezilijentnosti.

McCubbin vidi koherentnost kao porodičnu sa šireg aspekta, kako je mi u ovom istraživanju razumemo.

Stavke optimističke koherentnosti smo razumeli kao osećaj razumevanja, a pesimističke koherentnosti kao osećaj (ne) savladivosti sveta i života iz koncepta koherentnosti.

Grupe se ne razlikuju po optimističkoj koherentnosti, znači terapija je počela da deluje i aktivirala jedan domen koherentnosti- procenu značenja, odnosno razumevanje situacije. Čak je kod identifikovanog pacijenta usloвила razliku u odnosu na one identifikovane pacijente koji su prošli terapiju.

Po pesimističkoj koherentnosti ili osećaju (ne)savladivosti (kad ga prevedemo na dimenzije iz modela koherentnosti) kontrolna grupa je pokazala da joj nedostaje upravo bitan deo osećaja koherentnosti-osećaj savladivosti. Porodice koje su počele terapiju procenjuju da se na život i probleme u suštini ne može uticati, da nije pametno ni planirati, da sledeće probleme neće moći savladati, da njihovom porodicom i životom upravlja sreća. Osećaj nesavladivosti fokusira pažnju na loša dešavanja u porodici i okruženju, pa dominiraju teme o neprijatnim životnim sadržajima, kao i negativna projekcija budućnosti. O važnosti ove kognitivno-emotivne dimenzije ukazuju i rezultati istraživanja Vielva i Iraurgi (2002). Na uzorku od 201 lečenih alkoholičara sa različitom dužinom apstinencije, ispitivali su povezanost osećaja lične kontrole nad problemima (kontrolna percepcija) i dužine apstinencije. Oni su utvrdili da ovaj faktor lične kontrole, savladivosti, prevenira kod alkoholičara osećaja viktimizacije i beznadežnosti. Kontrolna percepcija daje osećaj odgovornosti za probleme koje su pod kontrolom osobe i mogućnost da nešto uradi, a što je vezano za napor da mobilise svoje snage. Osećaj lične kontrole nad problemom i aktivan odnos prema njima je interni resurs, najvažniji garant u oporavku od alkoholizma. Niko ne može da prestane da pije umesto alkoholičara, kažu ovi autori. Pomoć saradnika i terapeuta je esencijalna u prvim fazama lečenja i oporavka, ali ne garantuju dovoljno. Ono što je garancija je

verovanje alkoholičara da je sposoban da to uradi (prestane da pije), da zna kako to da uradi i da to želi.

Majkić (2002) je istraživao procese rezilijentnosti u adaptiranim i neadaptiranim porodicama na našim prostorima. Neadaptirane, praktično alkoholičarske porodice, su se na dimenziji koherentnosti značajno razlikovale od adaptiranih. Neadaptirane porodice pokazuju teškoće u shvatanju i razumevanju života, kao i tražnju životnog smisla. Svoj odnos prema životu su pokazivale kroz stav da je život dosadan i besmislen. Svoj život percipiraju u ekstremnom opsegu, ili očekuju da im se u životu dešavaju samo lepe stvari, ili su fokusirani samo na loše.

Nedostatak porodične koherentnosti, odnosno nedostatak osećaja savladivosti i smislenosti sveta i života, najmarkantnije je obeležje po kojima se naše grupe razlikuju u okviru procesa porodične procene.

U sistemskoj terapiji koju primenjuemo, ne radimo direktno na koherentnosti, i vidimo da se grupe po njoj razlikuju. Kada smo razmišljali kojim strategijama bismo mogli da proširimo terapijske tehnike i tako utičemo na koherentnost, videli smo narativnu terapiju kao mogućnost.

U nove pravce porodične terapije spada i narativna terapija ( Freedman i Combs, 1996) koja u svojoj osnovi ima ideju da porodica pravi značenje događajima, ona utiče na našu ocenu realnosti, a koja je u funkciji verovanja. Osnova osećaja adekvatnosti porodice je zasnovana na očekivanjima, verovanjima i konstrukcijama o porodici. Jezik i dijalog igraju krucijalnu ulogu u načinu saznavanja sveta. Neka opšta porodična gledanja na svet kao istinit i predvidiv utiču da članovi porodice sebe vide kao kompetentne, da se osećaju sigurno, zanimljivo i promenljivo. Druge porodice doživljavaju svoju okolinu kao nepredvidljivu, potencijalno opasnu i oni vide svet oko sebe kao opasan, konfuzan i haotičan. Priča o porodičnom razvoju, koju porodica priča o sebi, derivat je porodične istorije, prenosi se sa jedne na drugu generaciju pod uticajem socijalnih očekivanja i ima jak uticaj na porodično funkcionisanje. Način na koji se porodica i pojedinac odnose prema životu nije baziran na objektivnoj istini i pogledu na realitet, već pre na porodičnoj socijalnoj konstrukciji, nepromenljivom pogledu na realnost kreiranom u konverzaciji članova porodice prenošenim kroz generacije. Ta verovanja i vrednosti često uzrokuju da se druge mogućnosti u životu ne

vide. Članovi porodice prave u životu konstrukte da bi objasnili zašto se neželjena ponašanja nastavlja i nemaju alternativu nego žive svoj život, nekada loš, a nekada dobar. A loš ne mogu da promene. Po ovom shvatanju, nema istinite realnosti, postoji samo porodični set konstrukata kreiranih kroz jezik i znanja koja se generacijski prenose, koje je relacionalno bazirano i koje porodica zove realnost. Upravo je u ovome i šansa da se u terapiji radi zajedno sa porodicom na iznalaženju novih mogućnosti i ko-konstrukciji alternativne priče o porodici.

Sledi naše objašnjenje zašto smo gore navedeno opisali baš ovde, u priči o koherentnosti. Još je tvorac konstrukta koherentnosti, Antonovsky (1984) pisao da se ona ne može razvijati, ili je čovek ima ili je nema, što deluje prilično pesimistički. Sa razvojem saznanja o porodici, koherentnost je viđena i na porodičnom nivou. Filizofija narativne terapije je naš predlog da se u terapiji radi zajedno sa porodicom na iznalaženju novih mogućnosti, ko-konstrukcija alternativne priče o porodici, koja će pojačati osećaj koherentnosti.

U uvodnom delu rada smo u motivaciji za istraživanje pomenuli da smo u našem radu registrovali da su porodice koje smo nazivali "poslušne", a koje su u većem broju završavale terapiju, bile bolje povezane između sebe, pripadale manjim etničkim grupama (Rusini, Slovaci, Mađari i drugi). U toku terapijskih sastanaka, godinama, terapijski tim je povremeno, nenamerno, ovim porodicama iz grupe, a i celoj grupi slao ovu poruku: „Vi iz (npr. Krstura, Monoštora, Sonte itd. ) ste u ovoj terapiji uspešni... svi koji dođu iz tih sredina su dobri u terapiji i uspešno je završavaju i godinama apstiniraju i ...promenili su i stil svog života ...i...“.

Tako smo ko-konstruisali alternativnu priču, da porodice sa određenim karakteristikama, u većem broju završavaju terapiju, da su uspešnije. Ovo je verovatno i formiralo „novu“ porodičnu priču, prepoznavanje da su oni „porodica koja uspešno završava terapiju“, pa se vezivalo za grupu porodica sa istom porodičnom pričom i jačalo rezilijentnost. Ovo može da se i šire primenjuje u terapiji i osmišljava.

Lazarus (2004) u svom istraživanju rezilijentnosti porodica koje su preživele teroristički napad na Njujork u septembru 2001. originalno dokazuje važnost poznavanja porodičnih priča u razvitku rezilijentnosti porodica i dece. Lazarus je dve godine pre tragedije u Njujorku, ispitivao na uzorku od 32 porodice uticaj poznavanja

porodične istorije na razvitak rezilijentnosti kod dece. Rezultati su pokazali da su deca iz tih porodica, koja su imala viši skor na indeksu poznavanja porodične istorije, imala i više skorove na komponentama rezilijentnosti (osećaju samopoštovanja, unutrašnjem lokusu kontole i drugima). Posle „prirodnog eksperimenta-tragedije u Njujorku, septembra, 2001.“ kojoj su bile izložene ove porodice, ponovo ih je ispitao, povezujući uticaj traumatskog iskustva sa ranije istraživanom temom. Rezultati su pokazali da je poznavanje porodične istorije bilo pozitivno povezano sa rezilijentnošću i posle traumatičnog iskustva. On navodi da je činjenica da neka deca i bez specijalnih programa za razvoj rezilijentnosti (koji su tako popularni u Americi za rizične grupe dece) postaju rezilijentna, a neka ne. Znači, da u funkcionalnoj porodici postoje neki faktori koji pružaju neki oblik imunizacije na visoko rizične situacije. Tako daje predlog za „prirodne i jeftine“ programe jačanja rezilijentnosti u porodici. I drugi istraživači nalaze da je nešto od čega imaju korist i porodica i dete, stvar koja se zbog svoje jednostavnosti obično ne vidi: *pričanje porodičnih priča* (Taylor et al., 1993, Fiese et al., 1999). Porodične priče, o istoriji svoje porodice, o lepim i ružnim stvarima koje su se dešavale u porodici, pričaju roditelji deci, braća sestrama. Priče konstruišu osećaj porodične istorije i porodičnog postojanja. Ove priče su važne za svakodnevni život kao za ponašanja u toku stresa i traume. Porodične priče su proces i sadržaj. Proces čini konstruisanje priče, uključuje učesnike priče i roditeljsku kontrolu priče, ton kojim je ispričana. Sadržaj je informacija koju priča nosi, a sve je involvirano u rezilijentnost. Taylor et al. (1993) navode da rezilijentni stav i verovanja mogu da se ugrade u dete i dete ga usvaja za svakodnevni život, ali i u nevoljama. Fiese et al., (1999), su izučavajući porodične procese kao paradigme koristili porodične priče. One idu daleko iza individualnog i iz njih se vidi kako porodica gradi osećaj svog sveta, ona izražava pravila, interakcije i kreira verovanja. Tako se rezilijentnost može jačati pričanjem porodičnih priča u porodici, a u terapiji-svakoj porodici ko-konstruisati „životnu priču“ sastavljenu od rezilijentnih aspekata određene porodice, a svaka porodica ima i svoje „dobre priče“, svoje nedovoljno prepoznate snage koje terapeut prepoznaje u toku rada sa porodicom i približava je porodici, a kojima se deluje u suštini na osećaj koherentnosti.

Garrett i Landau (2007) u prikazu faktora koji se mogu koristiti u porodičnoj terapiji alkoholizma, navode koncept „porodične motivacije za promenom“ u okviru



koje je važnost da porodica zna „svoju porodičnu priču“ – odakle dolaze i kuda idu. Kada je porodica sposobna da prihvati i u kontaktu je sa svojom istorijom, čak i porodice sa intergeneracijskom transmisijom alkoholizma, razumeju čemu je simptom služio, što im omogućava da se oslobode osećanja krivice i stida i ne dožive svoju porodicu kao „beznadežno utopljenu u alkoholizam“. Ovo im vraća nadu da njihova budućnost nije u alkoholizmu, već da mogu iz prošlosti da sačuvaju pozitivno i odbace negativno, upotrebe svoje snage i energiju za terapijske ciljeve

Na kraju diskusije o porodičnim procenama, koje smo pratili kroz dimenzije religioznosti, duhovnosti i koherentnosti, moramo naglasiti da su ova tri koncepta suštinski veoma slična i pokrivaju široko područje duhovnosti. Praktično smo duhovnost merili kroz različite vidove njenog ispoljavanja. Rezultati su pokazali da se ispitivane grupe najviše razlikuju po ovako široko shvaćenoj duhovnosti na kojoj se u terapiji ne radi, te smo predložili i načine kako se terapijski setinzi mogu proširiti, u cilju podsticanja razvijanja porodične duhovnosti, a u užem smislu-koherentnosti.

## **7.6. NAČINI REŠAVANJA PROBLEMA (KOPING STRATEGIJE, KOPING)**

Za ispitivanje rešavanja problema koristili smo ajteme iz Skale načina rešavanja problema koje smo razvrstali u četiri grupe: aktivni, izbegavajući, emocionalni i prihvatajući. Za izbor ajtema iz skale koristili smo klasifikaciju načina rešavanja problema Phelps-a i Jarvis-a(1994): Aktivni načini rešavanja problema (traženje socijalne podrške i planiranje akcija), obuhvaćeni su ajtemi: 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 21, 24, 26, 29. Izbegavajući načini rešavanja problema (čini negiranje problema, bihevioralno izbegavanje, korišćenje psihoaktivnih supstanci za izbegavanje stresora), obuhvaćeni su ajtemi 6, 14, 17, 22, 27, 28. Emocionalno fokusirani načini rešavanja problema (ventiliranje, pronalaženje emocionalne podrške) ajtemi: 1, 2, 15, 19, 20, 23, 30. Prihvatajući načini rešavanja problema (mentalni raskid od situacije, redefinicija ili prihvatanje) ajtemi: 3, 4, 9, 12, 18, 25

Faktorska analiza instrumenta izdvojila je dva faktora koji objašnjavaju 29,3% varijanse koje smo nazvali lični i socijalni načini rešavanja problema (Prilozi, Grafikon 4). Lični načini rešavanja problema čine stavke: 3, 4, 6, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22,

23, 25, 27 i 28. Socijalni načini rešavanja problema opisuju stavke: 1, 2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 16, 21, 24 i 26, 29 i 30.

Frekvencija odgovora na stavke koje se odnose na lične i socijalne načine rešavanja problema u ispitivanim grupama prikazana je Prilozima, tabele 22 i 25.

Grupe se po ličnim načinima rešavanja problema statistički značajno razlikuju t-test značajan na nivou .001. Po socijalnim načinima rešavanja problema grupe se ne razlikuju statistički značajno (Tabela 39).

*Tabela 39. Prosečne vrednosti skora načina rešavanja problema po grupama*

	<b>Pripadnost grupi</b>	<b>N</b>	<b>Sredina</b>	<b>Standardna devijacija</b>	<b>t-test</b>
Lični načini rešavanja problema	Eksperimentalna	100	2,9088	,42561	,001*
	Kontrolna	100	3,1065	,40683	
Socijalni načini rešavanja problema	Eksperimentalna	100	3,1400	,67295	,957
	Kontrolna	100	3,1354	,52946	

### **7.6.1. Lični načini rešavanja problema**

Detaljna analiza po pitanjima, i značajnost razlike t-testa data je u tabeli 40. Izdvajaju se kvalitete ličnih načina rešavanja problema po kojima se porodice eksperimentalne i kontrolne grupe, razlikuju.

*Tabela 40. Značajnost t-testa na stavke ličnog načina rešavanja problema*

<b>Lični načini rešavanja problema</b>	<b>Sig. (2-sided)</b>
3. Zadržavate svoje probleme za sebe	.000*
4. Znate da imate snage da rešite problem	.028*
6. Koristite sredstva za umirenje uz lekarsku kontrolu	.033*
9. Znate da je vaša porodica dovoljno snažna da reši problem	.043*
17. Koristite sredstva za umirenje bez lekarske kontrole	.055*
19. Prepuštate se ljutnji	.000*
20. Više gledate TV, filmove..	.010*

23. Tužni ste, češće plačete	.014*
25. Gledate na problem sa svetlije strane jer se tako manje obeshrabrite	.040*
27. Mislite da će problem proći sam od sebe ako budete dovoljno strpljivi	.008*

Analiza rezultata na ličnim načinima rešavanja problema pokazuje da su porodice koje su prošle terapiju na stavku „Kad imate problem - zadržavate ga za sebe“ u 51% odgovorili sa veoma netačno i donekle netačno, dok su porodice koje su u terapiji odgovarile u 51% donekle tačno i veoma tačno. Ovaj skoro obrnuti doživljaj i način regovanja govori o važnoj dimenziji rezilijentnosti. Umešnost i stav traženje pomoći, odnosno nezadržavanja problema za sebe, koji imaju rezilijentne porodice, za razliku od nerezilijentnih koje zadržavaju problem za sebe i ne umeju da traže pomoć. Dakle, porodice i članovi eksperimentalne grupe koriste aktivne kopinge u rešavanju problema.

Na stavku „Znate da imate snage da rešite problem“ skoro 30% eksperimentalne grupe odgovara donekle tačno i veoma tačno, odnosno oni procenjuju da imaju snage da reše problem jer umeju sa problemima, u odnosu na samo 9 % kontrolne grupe koja to ume, te se razlikuju statistički značajno.

U situaciji kad imaju problem 41% ispitanika kontrolne grupe se prepuštaju ljutnji u odnosu na samo 23% porodica koje su prošle terapiju, što je emocionalni, ali loš način suočavanja sa problemom.

Emocionalni pristup problemima, u smislu češćeg plakanja, se u skoro 40% koristi u kontrolnoj grupi, a u eksperimentalnoj upola manje.

Pasivan pristup problemima, izbegavajući način rešavanja problema, u smislu gledanja TV i filmova u situaciji kada imaju problem – više koriste u kontrolnoj grupi.

Pasivni način rešavanja problema se pokazuje u odnosu na prilaz problemu, tako što samo 13% u eksperimentalnoj grupi čeka da problem prođe sam u odnosu na 30% u kontrolnoj grupi.

U odnosu na konstruktivne načine rešavanja problema, 70% porodica eksperimentalne grupe gleda na problem sa svetlije strane u odnosu na 40% kontrolne grupe.

Zaključili bismo da su na ličnim načinima rešavanja problema, porodice koje su prošle terapiju koriste aktivne i konstruktivne načine, zatim da imaju poverenje u sopstvene snage i da gledaju na probleme sa svetlije strane.

Na drugoj strani porodice koje su počele terapiju, izmorene stalnom stresogenom situacijom u toku alkoholizma, sa ulaskom u terapiju koja je takođe stresogena za porodicu, koriste pasivne načine reagovanja na probleme, gledaju TV, čekaju da problemi prođu sami. Ove porodice procenjuju da nemaju snage da rešavaju probleme i ne umeju da ih vide sa svetlije strane, prepuštaju se ljutnji koja onemogućava rešavanje problema.

Frekvencija odgovora na stavke kojima se opisuju lični načini rešavanja problema, po polu, data je u Prilozima, tabele 23. i 24.

Značajnost razlike po polu, na stavkama ličnih načina rešavanja problema data je u tabeli 41. Muškarci i žene u ispitivanim grupama se statistički značajno razlikuju po ličnim načinim rešavanja problema.

**Tabela 41. Značajnost razlike na stavkama ličnih načina rešavanja problema po polu**

Pol	Pripadnost grupi	N	Sredina	Standardna devijacija	t-test
<b>Muškarci</b>					
Lični načini rešavanja problema	Ekperimentalna	50	2,8553	,41818	,006*
	Kontrolna	50	3,0847	,40040	
<b>Žene</b>					
Lični načini rešavanja problema	Ekperimentalna	50	2,9624	,43042	,053*
	Kontrolna	50	3,1282	,41606	

Kada analiziramo lične načine rešavanja problema po polu, kod muškaraca, nalazimo razlike na stavkama „Zadržavate probleme za sebe“ i „Znate da imate snage da rešite problem (Prilozi, tabela 23). Muškaraci iz ekperimentalne grupe, procenjuju kao veoma netačno i netačno da zadržavaju svoje probleme za sebe, u odnosu na 56% muškaraca kontrolne grupe koja procenjuje da je tačno i veoma tačno da zadržavaju svoje probleme za sebe.

Stavku „Znate da imate snage da rešite problem“ 58% muškaraca koji su prošli terapiju procenjuju kao donekle tačno i tačno u odnosu na 36% muškaraca kontrolne grupe. Dakle, dominantna razlika između alkoholičara koji su počeli terapiju i onih koji su je uspešno završili je sledeća. Alkoholičari, na lečenju zadržavaju probleme za sebe jer procenjuju da nemaju snage da rešavaju probleme.

Žene koje su prošle terapiju se od žena koje su u terapiji razlikuju po emocionalno fokusiranim kopinzima.

„Kad imate problem-prepuštate se ljutnji“ žene kontrolne grupe, njih 50% procenjuju kao tačno i veoma tačno za razliku od samo 22% žena iz eksperimentalne grupe.

„Kad imate problem – tužni ste, češće plačete“ kao netačnu i veoma netačnu procenjuje 48% žena eksperimentalne, dok 46% žena kontrolne grupe procenjuje kao tačnu i veoma tačnu. Dakle, žene iz eksperimentalne grupe, koje su prošle terapiju, manje se predaju emocijama (tuži, plakanju, prepuštanju ljutnji) koje ih pasiviziraju u pristupu problemima.

### 7.6.2. *Socijalni načini rešavanja problema*

Frekvencija odgovora ispitanika po dimenziji socijalnog načina rešavanja problema data je u Prilozima, tabela 25.

Analiza po stavkama socijalnog načina rešavanja problema i značajnost razlike t-testa data je u narednoj tabeli. Izdvojeni su ajtemi koji po kojima se grupe razlikuju.

*Tabela 42. Značajnost t-testa na stavke socijalnog rešavanja problema*

<b>Socijalni način rešavanja problema</b>	<b>Sig. (2-sided)</b>
1. Tražite ohrabrenje i pomoć od prijatelja	.044*
5. Potražite savet od porodica koje su se suočavale sa sličnim problemima	.048*
8. Potražite pomoć u nekoj specijalizovanoj ustanovi koja pomaže porodicama	.003*
11. Tražite savet od kolega na poslu	.036*
21. Tražite profesionalnu pomoć	.058*

Na stavku „Tražite ohrabrenje i pomoć od prijatelja“ najveće razlike među grupama se nalaze u kategoriji neopredeljenih, 26% ispitanika kontrolne grupe ne može da se izjasni da li traži ohrabrenje i pomoć od prijatelja, dok je to samo 8% ispitanika eksperimentalne grupe.

U kontrolnoj grupi 65% traže pomoć od kolega na poslu u odnosu na 47% eksperimentalnoj grupi. Tokom terapije porodice nauče da komuniciraju i izvor snage i saveta traže u porodici, oni koji su se tek uključili u terapiju još su kao porodica razjedinjeni i nemaju osećaj povezanosti u porodici i navikli su da se savetuju izvan porodice (ili sa „prijateljima po čašici“).

Stavku „Tražite savet od porodice koja se suočavala sa sličnim problemima“ 70% porodica eksperimentalne grupe procenjuje kao tačnu i veoma tačnu, u odnosu na 52% porodica iz kontrolne grupe. U toku terapijskog procesa na grupi se uči i podstiče aktivno traženje i davanje pomoći, jedno od pravila apstinencije je: Pomoći drugome kada je u krizi. Tako u eksperimentalnoj grupi ovaj stav zaživi još na terapiji i oni nisu neodlučni ili sa zadržkom traže pomoć. U ovom smislu je i procena o traženju pomoći u specijalizovanoj ustanovi o kojoj u preko 60% izveštava eksperimentalna grupa u odnosu na manje od 30% kontrolne grupe. Sa prethodnim je povezano i traženje profesionalne pomoći. U eksperimentalnoj grupi značajno češće traže profesionalnu pomoć, preko 50% u odnosu na manje od 40% u kontrolnoj grupi.

Na socijalnim načinima rešavanja problema grupe se na novou subskale Socijalni načini rešavanja problema, ne razlikuju statistički značajno. Ipak, možemo govoriti o diskretnim razlikama u sledećem smeru: grupa porodica koja je prošla terapiju više je okrenuta specijalizovanoj, profesionalnoj i pomoći od sličnih porodica, dok je grupa koja je u terapiji više traži savete kolega sa posla.

### ***7.6.3. Diskusija načina za rešavanje problema (kopinga)***

Kako bi objasnili rezultate koje smo dobili poređenjem ispitivanih grupa po načinima rešavanja problema, podsetićemo da su grupe formirane od porodica koje su prošle porodičnu terapiju alkoholizma i porodica koje su u počele terapiju. U daljem tekstu korišćemo alternativno oba izraza – načini za rešavanje problema i kopingi. Načini za rešavanje problema su se tokom terapije promenile, porodice i njeni članovi

uče bolje načine za rešavanje problema i to su pokazali rezultati istraživanja. Odnos načina za rešavanje problema i terapije alkoholizma u svetlu dobijenih rezultata omogućava da se dobije odgovor na sledeća pitanja:

1. Kako je terapija promenila načine za rešavanje problema ?
2. Koje načine rešavanja problema imaju alkoholičarske porodice koje ulaze u terapiju, a koje porodice koje su uspešno završile terapiju?

Zbog složenosti odnosa rezilijentnosti, načina rešavanja problema kao i uticaja terapije, neophodno je objasniti sledeće razlike.

- a) Načine rešavanja problema i rezilijentnosti u svetlu terapije alkoholičarskih relacija,
- b) diskutovati dobijene rezultate u odnosu na McCubbin-ovo razumevanje i klasifikaciju načina za rešavanje problema.

Ad a) U najopštijem značenju način za rešavanje problema (koping) je na cilj usmeren proces da se savlada stres. Koping je kontinuirani, doživotni proces koji uključuje odgovore na stresne situacije (Lazarus, 1993). U literaturi se porodice koje imaju dobre kopinge, često nazivaju rezilijentne. Tako se rezilijentnost izjednačava sa jednim njenim aspektom, strategijama ili načinima rešavanja problema. Odnos između kopinga, rezilijentnosti, kompetenci i resursa objašnjava Compas (1998): kopinzi su procesi adaptacije, kompetence i resursi su karakteristike koje su potrebne za dobru adaptaciju, a rezilijentnost se reflektuje u rešenju situacije za čije rešavanje su pokrenute kompetence i kopinzi. Alkoholičarska porodica ima svoje kopinge na stres alkoholizma čiji je rezultat takođe adaptacija, koja je doduše patološka i omogućava održavanje alkoholizma u porodičnom sistemu, ali za porodicu predstavlja rešenje situacije za koje je koping pokrenut. Alkoholičarska porodica ne koristi dobre kopinge i ona nije rezilijentna. Šta je „dobar koping“?

Lazarus i Folkman (1984) razlikuju na problem fokusirane kopinge i emocionalno fokusirane kopinge. Problem fokusirani kopinzi predstavljaju konfrontaciju sa problemom kako bi se smanjili efekti stresora, dok su emocionalno fokusirani kopinzi usmereni na rešavanja emocionalnog distresa koji prati stresor. Većina kopinga je suštinski kombinacija oba navedena tipa. Kopinzi se mogu klasifikovati kao

funkcionalni i disfunkcionalni (Seifge, 1995). U okviru funkcionalnih koping stilova, aktivni čine podržavajuće akcije, a interni čine refleksije na moguće solucije. Nasuprot njima su nefunkcionalni koping stilovi, izbegavajuća i negirajuća ponašanja i razmišljanja (Rutter, 2007).

Iz naših rezultata vidimo da grupa koja počinje terapiju koristi disfunkcionalne, loše, kopinge. I dobri i loši kopingi služe „rešavanju problema“. Samo pijenje, neki autori (Goldstein, 2001) vide kao oblik izbegavajućeg kopinga. U svom istraživanju odnosa povezanosti koping stila, korištenja alkohola i depresije, autor kroz prizmu kognitivne teorije primenjene na rezultate istraživanja, objašnjava razvoj alkoholizma kao specifičan način rešenja problema (koping stil). Ovde je potrebno objasniti bitnu odrednicu šta koping čini dobrim, odnosno lošim. Kako se od lošeg, dolazi do dobrog kopinga u porodici i terapijskoj situaciji? Kognitivno-bihejvioralno usmereni istraživači, (Compas, 1998) opisuju specifične kognitivne i bihejvioralne sposobnosti koje omogućavaju osobi da reši probleme na najefikasniji način, ali uz osećaj *zadovoljstva i dobrog kvaliteta života*. Upravo je ovo suštinska odrednica i razlika po kojoj se odvajaju dobri od loših kopinga. I alkoholičarska porodici koristi aktivne i emocionalne, funkcionalne i disfunkcionalne kopinge, ali oni ne stvaraju osećaj psihološke dobrobiti i kvaliteta života. Problemska orijentacija kao aspekt kopinga je kod alkoholičarske porodice negativna, primarno kognitivni odgovor na problem je negativan (nemamo snage da rešimo problem), problem se konceptualizuje kao nerešiv što uslovljava njegovo izbegavanje ili impulsivno ponašanje koje inhibira efektivna rešenja.

U terapijskoj situaciji, u okviru edukacije iz alkoholizma, primenjujemo i obučavanje u veštinama rešavanja problema. One su zasnovane na principima koje smo gore objasnili, a koje Epstein, (1993) definiše u sedam faza, te u modifikovanom obliku, porodice u “domaćim zadacima” treba da prvo nauče ove faze i da probleme rešavaju po ovoj shemi.

1. Identifikacija problema, prepoznavanje i definisanje problema.
2. Razgovor o problemu koji podrazumeva uključivanje svih članova porodice u definisanoj atmosferi ( određena dužinu vremena i uslovi za razgovor-sedimo zajedno, gledamo se u lice, isključimo TV i telefone).



3. Traženje ideja za rešenje problema sa što većim brojem mogućnosti, uz definisanje svih prednosti i ograničenja (pisanje spiska prednosti i nedostataka svake mogućnosti rešenja).
4. Zajedničko donošenje odluka koje mora biti kompromisno, uz prepoznavanje razlika i stepena prilagođavanja svakog člana .
5. Preduzimanje akcije za rešenje problema.
6. Praćenje akcije rešavanja problema.
7. Procenu uspešnosti ili neuspešnosti rešenja problema( u početku terapije ovo se radi na grupi).

Ovu shemu porodice primenjuju u toku rešavanja terapijskih zadataka, te prvi terapijski zadatak predstavlja pisanje plana aktivnosti za naredni dan, njegova analiza realizacije na kraju dana, te evaluacija uspešnosti planiranja i realizacije. Sledeća vežba je „ciljani razgovor“ o problemu koji je identifikovan na grupi, u atmosferi „sada i ovde“. U početnim fazama terapije ciljani razgovori se odnose na „lakše“, manje emocionalno nabijene teme, kako bi njihovim uspešnim rešavanjem, porodice stekle sigurnost i osećanje da mogu zajedno rešavati i veće probleme vezane za bračno i porodično funkcionisanje.

Važan terapijski zadatak, bez kojeg lečenje u porodičnoj terapiji ne počinje, je formiranje networka, 5-10 za porodicu „značajnih drugih“ koje će se identifikovanom pacijentu i kopacijentu pridruživati na definisanim tačkama terapijskog puta. Vežbanje u veštinama za rešavanje problema je već sam proces formiranja mreže šire porodice, prijatelja, komšija, kolega, šefova, upravnika. Izolovana alkoholičarska porodica od početka terapije „uči“ da uspostavlja i održava veze koje su bile prekinute ili loše. Formiranjem i dovođenjem networka, porodica uspešno rešava prvi od niza važnih zadataka-problema koje će imati u toku terapije, i tako jača osećanje da su „problemi rešivi“. Aktivno, terapijsko učenje rešavanja problema uključivanjem socijalne mreže (rodbine, prijatelja, prijatelja sa posla i drugih), vidimo kao razlog zbog kojeg nismo dobili očekivanu, teorijsku, razliku eksperimentalne i kontrolne grupe. Očekivali smo da ćemo grupu porodica koja počinje terapiju, (kontrolna grupa) i koja ima karakteritike porodice sa alkoholičarskim relacijama, opisati na osnovu rezultata, kao zatvorenu, umreženu porodica koja teško i nevešto pita, traži ili prihvata pomoć iz socijalnog

okruženja. Rezultati ovo nisu potvrdili. Grupe se ne razlikuju značajno, osim u tendenciji eksperimentalne grupe da je više usmerena ka institucionalnim oblicima pomoći i povezanosti sa porodicama koje su imale slične probleme.

Ad. b) Analiza dobijenih rezultata kroz teorijski model McCubbin-a.

Članovi porodice ili porodica u celini u stresu ili krizi koristi funkcionalne i disfunkcionalne, bihevioralne i kognitivne obrasce. Kao odgovor na stres ili krizu porodični koping služi za pozitivnu porodičnu adaptaciju pomažući individualni ili porodični rast. Socijalna i duhovna podrška, organizacija porodice da dobije spoljnu podršku, jake komunikacione veštine i spoljni resursi pomažu adaptaciju i koping, i obrnuto, pozitivno porodično funkcionisanje je podsticano kolaboracionim kopingima i dobrim rešavanjem konfliktnih situacija.

Kada načine rešavanja problema ispitivanih porodica posmatramo kroz McCubbin-ovu klasifikaciju kopinga i rezultate koje smo dobili njihovim poređenjem, možemo ih opisati na sledeći način.

Prvi oblik kopinga su direktne akcije za eliminisanje broja i intenziteta zahteva koji se u situaciji kada porodica ima problem- stavljaju pred porodicu. Rezultati našeg istraživanja pokazuju da se porodice koje su prošle terapiju, direktno suočavaju sa problemima, nastoje da ih odmah reše, dok porodice kontrolne grupe zadržavaju problem za sebe i misle da će proći sam od sebe ako budu dovoljno strpljivi. Razlika se pokazuje kako na nivou porodice tako i na nivou identifikovanih pacijenata koji su u terapiji i koji su prošli terapiju. Dok alkoholičar koji je u terapiji, pasivan u pristupu problemima i ostavlja ga još uvek nerešenim, lečeni alkoholičar je kroz terapiju i trezveni život naučio da aktivno pristupa problemima.

Drugi oblik kopinga obuhvata direktne akcije za uključivanje dodatnih resursa koji u porodici ne postoje. Ovaj koping porodice eksperimentalne grupe pokazuju kroz traženje ohrabrenja i pomoći od prijatelja, traženje saveta u specijalizovanoj ustanovi ili od porodica koje su imale slične probleme. Porodice kontrolne grupe od dodatnih resursa imaju kolege sa posla, a ovaj tip kopinga uče i na terapiji, kroz terapijske zadatke (jedan od najvažnijih je formiranje socijalne mreže, networka).

Treći oblik kopinga je vladanje napetostima koja prate probleme. Redukovanje napetosti se po ovom shvatanju postiže razgovorom, druženjem, izlascima, adekvatnim

humorom, otvorenim izražavanjem emocija. Porodice eksperimentalne grupe poveravaju svoje teškoće najbližima i pitaju bližnje šta misle o problemu, razgovaraju, družu se i izlaze u društvo. Porodice kontrolne grupe zadržavaju probleme za sebe, tužne su, imaju veću potrebu za snom, prepuštaju se ljutnji, više spavaju nego obično.

Četvrta grupa kopinga je procena na nivou porodice sa ciljem da se definiše značenje problema. Ova koping strategija vezana je za porodičnu shemu. Porodice koje su prošle terapiju znaju da imaju snagu da reše problem i da je njihova porodica dovoljno snažna da ga reši, gledaju na problem sa svetlije strane. Porodice kontrolne grupe, koje su počele terapiju, probleme na nivou porodične procene, još uvek doživljavaju sa nedostatkom snage za njihovo rešavanje (znate da imate snage da rešite problem- većina odgovara negativno). Ove porodice takođe ne umeju da probleme vide kao rešive, sa svetlije strane.

Članovi porodica koje počinju terapiju koriste nefunkcionalne, emocionalne, izbegavajuće kopinge, a porodice koje su prošle kroz terapiju više koriste funkcionalne i aktivne kopinge.

Porodice koje su prošle terapiju od socijalnih kopinga koriste oslanjanje na prijateljsku podršku i pomoć od porodica koje su imale slične probleme. Prethodni nalaz moramo detaljnije objasniti. Naime, u našem uzorku porodica koje su prošle porodičnu terapiju nalaze se i porodice koje su po završetku terapije u našoj ustanovi, nastavili „terapiju“ sami. Oni su se spontano organizovali i nekoliko godina družili u kućnim uslovima na veoma struktuiranim porodičnim sastancima: odredili su plan i vreme sastanaka, te dnevni red koji se sastojao od aktuelnosti i rekreativnog dela. Povremeno su nas obavestavali šta se događa sa grupom, imali nekoliko dobro rešenih apstinencijskih kriza članova grupe, te nekoliko puta i doveli nekog člana grupe koji je bio u recidivu. Druga neformalna grupa koja je posle terapije ostala u kontaktu sa nama bila je grupa iz Ruskog Krstura koja je bila oformljena tako da je porodica koja je prva došla na lečenje, pred kraj lečenja dovela drugu porodicu, a ona sledeću, te smo za 10-tak godina imali 30-tak porodica koje su kasnije nastavili kontak, oformili Klub lečenih alkoholičara i Porodični klub i bila dobra uzajamna network podrška.

## 7.7. KVALITET ŽIVOTA U ISPITIVANIM GRUPAMA

S obzirom da je eksperimentalna grupa završila terapiju pre tri i više godina od ispitivanja, naše pitanje je bilo da li rezilijentna porodica, porodica koja je uspešno završila terapiju, svoj život doživljava kao kvalitetan?

Procena kvaliteta života je merena na skali WHOQOL-BREF. Ovom skalom smo merili procenu fizičkog, psihičkog i socijalnog funkcionisanja koji zajedno čine koncept kvaliteta života, definisanog od Svetske zdravstvene organizacije. Prva stavka upitnika odnosi se na opštu procenu kvaliteta života (kako biste procenili kvalitet svog života), distribucija odgovora je prikazna u donjoj tabeli, a analiza rađena  $\chi^2$ -kvadrat testom utvrdila da postoji statistički značajna razlika po polu i po grupama u ovoj stavci.

**Tabela 43. Dimenzija kvalitet života-opšta ocena kvaliteta života po polu i grupama**

Kvalitet Vašeg života je:	Muški		ženski	
	Eksperimentalna	Kontrolna	Eksperimentalna	Kontrolna
Veoma loš	2,0%	0,0%	2,0%	0,0%
Loš	2,0%	14,0%	4,0%	6,0%
Ni loš ni dobar	16,0%	46,0%	16,0%	36,0%
Dobar	68,0%	36,0%	72,0%	58,0%
Veoma dobar	12,0%	4,0%	6,0%	0,0%
$\chi^2$ test	P=0.000		P=0..075	

Muški ispitanici eksperimentalne grupe procenjuju opšti kvalitet svog života kao dobar i veoma dobar u 80% slučajeva, u odnosu na upola manji broj muških ispitanika kontrolne grupe (40%). Značajna je razlika i u odnosu na nemogućnost procene, 46% muških ispitanika kontrolne grupe ne može da se odluči o kvalitetu svog života („ni dobar ni loš“) u odnosu na samo 16% ispitanika eksperimentalne grupe. Kod žena je razlika u proceni dobar i veoma dobar kvalitet života, nešto manja, 78% žena eksperimentalne grupe procenjuje kvalitet svog života kao dobar i veoma dobar u odnosu na 58% žena kontrolne grupe. Sličan je odnos neopredeljenih žena i muškaraca iz grupa, samo 16% žena eksperimentalne grupe ne može da proceni kvalitet svog života, u odnosu na 36% žena iz kontrolne grupe.

Kada se uporede odgovori ispitanika na nivou grupa, dobijamo sličan rezultat (Prilozi, tabela 28).

Najviše porodica kvalitet svog života ocenjuje kao dobar. Porodice eksperimentalne grupe (79%) procenjuju kvalitet svog života kao dobar i veoma dobar, a tek nešto preko polovine (59%) porodica kontrolne grupe. Ocenom *ni loše ni dobro* ocenilo je 41% porodica kontrolne grupe i samo 16% u EG.  $\chi^2$ -testom je utvrđena značajna statistička razlika između grupa  $p = 0.000^*$ . Ovaj nalaz je očekivan za kontrolnu grupu koja je tek ušla u terapiju i počela lečenje, a potvrđuje da je porodice eksperimentalne grupe tri i više godina posle terapije procenjuju da žive kvalitetno.

Kvalitet života posmatrali smo sa tri aspekta i tako analizirali odgovore na skali WHOQOL-BREF. Fizički aspekt čine stavke 2, 3, 11, 15, 17, 18 i 21. Psihički aspekt čine stavke 1, 5, 6, 7, 10, 14, 16, 19 i 26. Socijalni aspekt čine stavke 4, 8, 9, 12, 13, 20, 22, 23, 24 i 25.

### **7.7.1. Procena fizičkog aspekta kvaliteta života**

Kada se ispitanici porede po polu u odnosu na procenu fizičkog aspekta procene kvaliteta života (Prilozi, tabele 29 i 30) rezultati su sledeći. Muški ispitanici eksperimentalne grupe svoje zdravlje procenjuju kao dobro i veoma dobro u 68% slučajeva, dok samo 28% ispitanika kontrolne grupe svoje zdravlje procenjuje kao dobro. Muškarci koji su prošli terapiju su u stanju da prihvate svoj fizički izgled veoma mnogo i u potpunosti u 82% slučajeva u odnosu na 68% ispitanika kontrolne grupe.

*Zadovoljstvo sposobnošću da obavljaju svakodnevne aktivnosti procenjeno je kod muškaraca eksperimentalne grupe kao zadovoljavajuće u 84% slučajeva u odnosu na 52% ispitanika kontrolne grupe. Zadovoljni i veoma zadovoljni sposobnošću da rade je 78% ispitanika eksperimentalne grupe, u odnosu na samo 46% muških ispitanika, kontrolne grupe. Svojim seksualnim životom je zadovoljno i veoma zadovoljno 60% muških ispitanika eksperimentalne grupe u odnosu na 48% ispitanika kontrolne grupe. U eksperimentalnoj grupi muškaraca samo 12% je nezadovoljno svojim seksualnim životom, u odnosu na 24% u kontrolnoj grupi muškaraca. Sve ove razlike su statistički značajne (*

*Tabela 45).*

Kod žena se ne registruju statistički značajne razlike u proceni fizičkog aspekta kvaliteta života, osim na pitanju zadovoljstva seksualnim životom. Ovde su razlike značajne, dok je samo 6% žena eksperimentalne grupe veoma nezadovoljno i nezadovoljno svojim seksualnim životom, u kontrolnoj grupi je to 26% žena.

**Tabela 44. Dimenzija kvalitet života-fizički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na fizički aspekt, po polu**

<b>Fizički aspekt kvaliteta života</b>	<b>Muskarci Sig.</b>	<b>Žene Sig.</b>
2.Vaše zdravlje je?	0.000	0.217
3.Do koje mere vas fizički bol sprečava da obavljate ono što je potrebno da obavljate?	0.012*	0.069
11.Da li ste u stanju da prihvatite svoj fizički izgled?	0,001*	0.234
15.Koliko ste u stanju da se krećete?	0,011*	0.189
17.Koliko ste zadovoljni sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	0,000*	0.246
18.Koliko ste zadovoljni sposobnošću da radite?	0,001*	0.252
21.Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	0,143*	0.031*

*Tabela 45. Dimenzija kvalitet života-fizički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na fizički aspekt, po grupama i polu*

<b>Pol</b>	<b>Pripadnost grupi</b>	<b>N</b>	<b>Sredina</b>	<b>Standardna devijacija</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>t-test</b>
<b>Muškarci</b>	Eksperimentalna	50	3,7171	,38989	2,29	4,43	
	Kontrolna	50	3,2914	,57431	2,00	4,43	0,000
<b>Žene</b>	Eksperimentalna	50	3,7114	,35170	2,57	4,43	
	Kontrolna	50	3,5714	,45998	2,43	4,29	0,090

Analiza stavki t-testom za nezavisne uzorke utvrdila je da se po domenu fizički aspekt porodice razlikuju statistički značajno (Prilozi, tabela 31). U narednoj tabeli je dat prikaz ajtema i njihova značajnost razlike.

*Tabela 46. Dimenzija kvalitet života-fizički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na fizički aspekt, po grupama*

<b>Fizički aspekt kvaliteta života</b>	<b>Sig. (2-sided)</b>
2.Vaše zdravlje je?	0.000*
3.Do koje mere vas fizički bol sprečava da obavljate ono što je potrebno da obavljate?	0.002*
11.Da li ste u stanju da prihvatite svoj fizički izgled?	0,025*

15.Koliko ste u stanju da se krećete?	0.006*
17.Koliko ste zadovoljni sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	0.009*
18.Koliko ste zadovoljni sposobnošću da radite?	0.012*
21.Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	0.001*

Po svim aspektima procene fizičkog zdravlja porodice se statistički značajno razlikuju. U grupi porodica koja je prošla terapiju u 69% izveštavaju da je njihovo fizičko zdravlje dobro i veoma dobro, u odnosu na 43% porodica u terapiji.

Porodice u terapiji u 20% izveštavaju da je njihovo fizičko zdravlje veoma loše ili loše, u odnosu na samo 3% porodica koje su prošle terapiju.

Porodice eksperimentalne grupe su zadovoljne sposobnošću da obavljaju svakodnevne aktivnosti i nemaju fizičke bolove.

Trećina porodica u terapiji (29%) ne može da proceni koliko su zadovoljni sposobnošću da rade, u odnosu na 13 % u porodicama koje su prošle terapiju.

Svojim seksualnim životom su zadovoljni i veoma zadovoljni 60% porodica koje su prošle terapiju, u odnosu na 40% porodica u terapiji.

Očekivano loše fizičko stanje identifikovanog pacijenta na početku terapije uslovalo je ove rezultate, dok se kod žena ovo ne registruje.

Porodice koje su prošle terapiju možemo sa fizičkog aspekta opisati sa uglavnom dobrim fizičkim zdravljem, nemaju izraženije fizičke bolove, uglavnom su zadovoljne svojom sposobnošću da obavljaju svakodnevne aktivnosti, u tome ih ne sprečavaju fizički bolovi. Oni su zadovoljni svojom sposobnošću da rade kao i seksualnim životom.

Porodice na početku terapije češće ne mogu da procene svoje sposobnosti za obavljanje svakodnevni kao i radnih aktivnosti, te zadovoljstvo seksualnim životom. U evaluaciji ishoda lečenja alkoholizma, somatsko zdravlje se pokazalo kao značajno poboljšano (Gačić, 1987), ovakav rezultat dobija i Berger (1989).

### 7.7.2. Procena psihičkog aspekta kvaliteta života

Muškaraci eksperimentalne grupe (Prilozi, tabela 32) veoma mnogo i u potpunosti uživaju u životu (36%) u odnosu na samo 20% muških ispitanika kontrolne grupe. Muških ispitanika eksperimentalne grupe u 50% procenjuje svoj život kao smislen, u odnosu na samo 28% muških ispitanika kontrolne grupe. Muških ispitanika 82% eksperimentalne grupe ima veoma mnogo i potpuno energije za svakodnevni život u odnosu na samo 56% ispitanika kontrolne grupe. Muškaraca iz eksperimentalne grupe 68% je zadovoljno sobom u odnosu na 46% ispitanika kontrolne grupe. 24% Muških ispitanika kontrolne grupe ima često depresiju i neraspoloženje u odnosu na 12% muškaraca eksperimentalne grupe.

Dok se muškarci (tabela 47) po grupama statistički značajno razlikuju na šest od sedam stavki psihičkog aspekta kvaliteta života, žene se razlikuju samo na tri od sedam stavki. One se razlikuju po stavkama uživanja u životu, zadovoljstva sobom i osećanju neraspoloženja. Naime, žene eksperimentalne grupe (Prilozi, tabela 33) u 36% izveštavaju da uživaju u životu veoma mnogo i u potpunosti, za razliku od žena kontrolne grupe, u samo 14% slučajeva. U 82% žene su zadovoljne sobom u odnosu na 50% žena u kontrolnoj grupi. I po neraspoloženju i depresiji se razlikuju, u eksperimentalnoj grupi nikad ili retko ima depresiju 70% žena u odnosu na 42% žena u kontrolnoj grupi.

*Tabela 47. Dimenzija kvalitet života-psihički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na psihički aspekt, po polu*

<b>Psihički aspekt kvaliteta života</b>	<b>Muškarci Sig.</b>	<b>Žene Sig</b>
5.U kolikoj meri uživate u životu?	0.028*	0.056*
6.U kolikoj meri osećate da vam je život smislen?	0.036*	0.105
10.Da li vam je dovoljno energije za svakodnevni život?	0.001*	0.332
14.U kolikoj meri imate vremena za dokolicu?	0.087	0.859
16.Koliko ste zadovoljni svojim snom?	0.004*	0.655
19.Koliko ste zadovoljni sobom?	0.000*	0.030*
26.Koliko često imate neraspoloženje i depresiju?	0.009*	0.003*



*Tabela 48. Dimenzija kvalitet života-psihički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na psihički aspekt, po grupama i polu*

Pol	Pripadnost grupi	N	Sredina	Standardna devijacija	Min.	Max.	t-test
<b>Muškarci</b>	Eksperimentalna	50	3,4733	,48292	1,78	4,44	0,000
	Kontrolna	50	3,0733	,58131	1,44	3,89	
<b>Žene</b>	Eksperimentalna	50	3,4289	,47514	1,67	4,56	0,330
	Kontrolna	50	3,3467	,35539	2,11	3,89	

Razlike su se pokazale i na nivou grupa, tabela 49.

Analiza stavki t-testom za nezavisne uzorke utvrdila je da se po domenu psihičkog aspekta porodice statistički značajno razlikuju. U donjoj tabeli je dat prikaz ajtema i njihova značajnost razlike.

*Tabela 49. Dimenzija kvalitet života-psihički aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na psihički aspekt, po grupama*

Psihički aspekt kvaliteta života	Sig. (2-sided)
5.U kolikoj meri uživete u životu?	0,007*
6.U kolikoj meri osećate da vam je život smislen?	0,022*
10.Da li vam je dovoljno energije za svakodnevni život?	0,031*
19.Koliko ste zadovoljni sobom?	0,000*
26.Koliko često imate neraspoloženje i depresiju?	0,002*

U eksperimentalnoj grupi, (Prilozi, tabela 34) 36% porodica uživa u životu mnogo ili u potpunosti, u odnosu na 17% u kontrolnoj grupi.

Osećaj da im je život veoma mnogo i u potpunosti smislen ima 53% porodica koje su prošle terapiju, u odnosu na 37 % porodica u terapiji, ovo još više dolazi do izražaja u proceni da je život malo smislen kod 17 % porodica kontrolne i samo 5 % porodica eksperimentalne grupe.

Dovoljno energije za svakodnevni život ima 81% porodica koje su prošle terapiju u odnosu na 64% porodica u terapiji. Porodice kontrolne grupe izveštavaju da nimalo ili malo energije ima njih 16% u odnosu na samo 5% u porodicama koje su prošle terapiju.

Sobom je zadovoljno skoro 80 % porodica eksperimentalne grupe u odnosu na upola manje (41%) porodica kontrolne grupe. Veoma su nezadovoljni sobom 17% porodica u terapiji u odnosu na samo 4% porodica koje su završile terapiju.

Neraspoloženje i depresiju postoje često (18% ) u porodicama kontrolne grupe u odnosu na upola manji broj (9%) u porodicama eksperimentalne grupe.

Porodice u terapiji po stavkama i rezultatima koje su dobili na psihičkom aspektu kvaliteta života možemo opisati kao porodice koje u malom broju uživaju u životu, te procenjuju da ima je život umereno smislen, imaju malo energije za svakodnevni život. Često su veoma nezadovoljni sobom, pa sledstveno i neraspoloženi.

Porodice koje su prošle terapiju u značajno većem broju procenjuju da je njihov život smislen, da veoma mnogo uživaju u njemu, oni imaju mnogo energije za svakodnevni život, zadovoljni su sobom i veoma retko imaju depresiju i neraspoloženje.

### ***7.7.3. Procena socijalnog aspekta kvaliteta života***

U tabeli 36. u Prilozima smo prikazali učestalost odgovora na socijalni aspekt kvaliteta života kod muškaraca.

Muškarci eksperimentalne grupe se na samo tri od deset stavki se muškarci razlikuju od muškaraca kontrolne grupe (Prilozi, tabela 38). To su stvake koje se odnose na potrebu medicinskog tretmana, novca za sopstvene potrebe i vezama sa drugima. Muškarci eksperimentalne grupe u 70% izveštavaju da im nije potreban medicinski tretman da bi funkcionisali u odnosu na 40 % ispitanika kontrolne grupe. Kod spitanika kontrolne grupe (56%) ima malo ili nimalo novca za sopstvene potrebe u odnosu na 28% ispitanika eksperimentalne grupe. Svojim ličnim vezama sa drugima je zadovoljno 80% ispitanika eksperimentalne grupe u odnosu na 56% ispitanika kontrolne grupe.

Na socijalnom aspektu, čiju smo frekvenciju pokazali u Prilozima, tabela 38, žene eksperimentalne i kontrolne grupe se razlikuju po potrebi medicinskog tretmana, novca za potrebe i proceni fizičkog okruženja. 18% žena kontrolne grupe procenjuje da bi im

trebao medicinski tretman u odnosu na 2% žena eksperimentalne grupe. Malo ili nimalo para ima 44% žena kontrolne grupe u odnosu na 20% žena eksperimentalne grupe.

Na nivou grupe frekvencija odgovora je prikazana u tabeli 35. u Prilozima.

Analiza stavki t-testom za nezavisne uzorke na nivou grupe utvrdila je da se u domenu socijalnog aspekta porodice statistički značajno ne razlikuju.

Ipak se izdvaja nekoliko pitanja, gde je ta razlika uočljiva i značajna, pa ćemo ih ih prikazati.

U narednoj tabeli je dat prikaz ajtema dimenzije socijalnog aspekta procene kvaliteta života i njihova značajnost razlike.

**Tabela 50. Dimenzija kvalitet života-socijalni aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na socijalni aspekt, po grupama**

Socijalni aspekt	Sig. (2-sided)
4.U kolikoj meri vam je potreban medicinski tretman da biste funkcionisali?	0,000*
8.Koliko bezbedno se osećate u svom svakodnevnom životu?	0,014*
9.Koliko je vaše fizičko okruženje zdravo?	0,006*
12.Da li imate dovoljno novca za svoje potrebe?	0,001*

U grupi koja je u terapiji, očekivano veći procenat (21%) procenjuje da im je potreban medicinski tretman (naravno, terapija u koju su uključeni) da bi funkcionisali, dok grupa koja je prošla terapiju ima potrebu za medicinskim tretmanom tek u 9% porodica.

Porodice koje su u terapiji u 18% se ne osećaju nimalo ili malo sigurno u svom okruženju, za razliku od samo 5% porodica koje su prošle terapiju.

Skoro 50% porodica koje su prošle terapiju procenjuju da imaju dovoljno novca za sopstvene potrebe u odnosu na samo 25% porodica koje su u terapiji.

Porodice koje su prošle terapiju, na osnovu rezultata na stavkama socijalnog aspekta kvaliteta života mogli bismo da opišemo kao one koje da se osećaju bezbednim u svakodnevnom životu i imaju dovoljno novca za sopstvene potrebe.

Dakle, kada smo merili kvalitet života u porodicama koje su prošle alkoholizam, porodičnu terapiju i adekvatno funkcionišu - rezilijentnim porodicama, potvrdili smo da imaju bolji kvalitet života nego porodice koje su počele terapiju.

#### ***7.7.4. Diskusija kvaliteta života u ispitivanim grupama***

Kvalitet života smo u našem istraživanju koristili kao meru trajnosti učinka terapije. Na osnovu procene porodice eksperimentalne i kontrolne grupe, po dimenzijama koji u našem modelu čine kvalitet života, grupe se statistički značajno razlikuju po dve od tri merene dimenzije (proceni fizičkog i psihičkog aspekta), a po ovim dimenzijama se pokazuju i polne razlike. Razumljvo je i očekivano da će procena kvaliteta života alkoholičarske porodice koja je počela terapiju, opterećena terapijskim zahtevima, novom organizacijom života, sa smetnjama vezanim za apstinenciju, biti drugačija od procene porodica koje imaju nekoliko godina bolje organizovanog i prijatnijeg života. Rezultat koji traži objašnjenje je da se po proceni socijalnih aspekata kvaliteta života, grupe ne razlikuju statistički značajno. Generalno, pri merenju i drugih faktora rezilijentnosti u ovom istraživanju, a koji su uključivali socijalne aspekte, grupe se nisu razlikovale statistički značajno, mada smo u kvalitativnoj analizi našli razlike. U okviru porodičnih resursa, grupe se nisu razlikovale statistički značajno, po socijalnim resursima – mrežna podrška; kao i u okviru strategija za prevladavanje i rešavanje problema, koje smo nazvali socijalni kopinzi. U diskusiji rezultata dali smo objašnjenje koje je i ovde potvrđeno. Naime, grupe se ne razlikuju statistički značajno upravo po sadržajima iz pitanja subskele socijalnog aspekta koji korespondiraju sa zahtevima terapijskog procesa (proces formiranja mreže socijalne podrške). Vreme ispitivanja grupe koja je počela terapiju je bio neposredno po terapijskom zahtevu za aktivnostima vezanim za uspostavljanje kontakata sa širom porodicom, prijateljima, komšijama kao socijalnom mrežom podrške. Grupa koja je prošla terapiju tu dimenziju socijalne podrške je naučila tokom terapije i koristi i dalje, te zbog toga nismo dobili očekivane razlike po grupama.

Kako bismo mogli da prodiskutujemo naše rezultate potražili smo druga slična istraživanja. U nama dostupnoj literaturi našli smo jedno istraživanje kvaliteta života u porodicama alkoholičara koji su u porodičnoj terapiji, u poređenju sa kvalitetom života porodica koje su prošle terapiju, a koje ćemo kasnije navesti.

Uopšte, sam koncept „kvalitet života“ se u naučnim istraživanjima pojavljuje tek u zadnjim dekadama 20. veka, a u istraživanjima učinka terapije alkoholizma, izučavan fragmentarno, pod drugim nazivima. Definicije i dijagnostički kriterijumi za alkoholizam uzimali su u obzir koje probleme u raznim oblastima života izaziva alkohol (Gačić, 1978) što je određivalo i dijapazon kriterija za procenu ciljeva i rezultata lečenja. Bez obzira na razlike koje postoje među terapijama, zajedničko im je da apstinencija nije jedini cilj. Apstinencija je uslov, sine qua non, za ulazak u terapiju. Suštinski ciljevi su poboljšanje opšteg funkcionisanja alkoholičara i njegove porodice (porodično, profesionalno, zdravstveno).

Ovakva istraživanja je kod nas krajem 80-tih godina 20. veka radio Gačić. Porodična terapija omogućava bolje zdravstveno, porodično i profesionalno funkcionisanje pacijenta i njegove okoline (Gačić, 1985). Ovu kompozitnu procenu, u svom istraživanju Berger (1989) formuliše kao kvaliteta života. Eksplicitno ispitivanje efekata i trajnosti efekata sistemske porodične terapije alkoholizma sa stanovišta kvaliteta života u našoj sredini daje Berger (1989). Ona je ispitivala uticaj intenzivne kombinovane porodične terapije koja se primenjuje u Centru za porodičnu terapiju Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu na kvalitet života i trajnost efekata terapije. Poredila je tri grupe, dve grupe alkoholičarskih porodica koje su prošle uspešno terapiju do tri godine, do pet godina i porodice bez patologije. Specijalno konstruisanim upitnikom za procenu kvaliteta života ispitivala je ove tri grupe. Rezultati su pokazali da su efekti porodične terapije trajni i posle pet godina. Ovaj nalaz je važan i za naše istraživanje, jer potvrđuje da sistemska terapija kroz koju je prošla naša eksperimentalna grupa, utiče na porodicu i posle pet godina, kao i na procese koji čine rezilijentnost, i da je uticaj na rezilijentnost rezultat delovanja i terapije, a ne samo nekih procesa koji su se dešavali zbog protoka vremena. Upitnik, koji smo koristili, ne pokriva ovako specifične oblasti proizašle iz terapije alkoholizma, već širu kategoriju kvaliteta života koji bi se odnosio na celu populaciju

Koncept kvaliteta života ispitivali smo samoprocenom identifikovanog pacijenta i kopacijenta, kako pojedinačnom tako i prosečnom procenom koju smo definisali kao procenu porodice u celini.

## 7.8. REZILIJENTNOST I KVALITET ŽIVOTA

Kada proces rezilijentnosti posmatramo kroz model Keller-ove (2003) onda proučavamo porodičnu rezilijentnost kroz odnos njenih komponenti i njihovog uticaja na kvalitet života.

*Tabela 51. Spirmanov koeficijent korelacije faktora rezilijentnosti i kvaliteta života na celom uzorku*

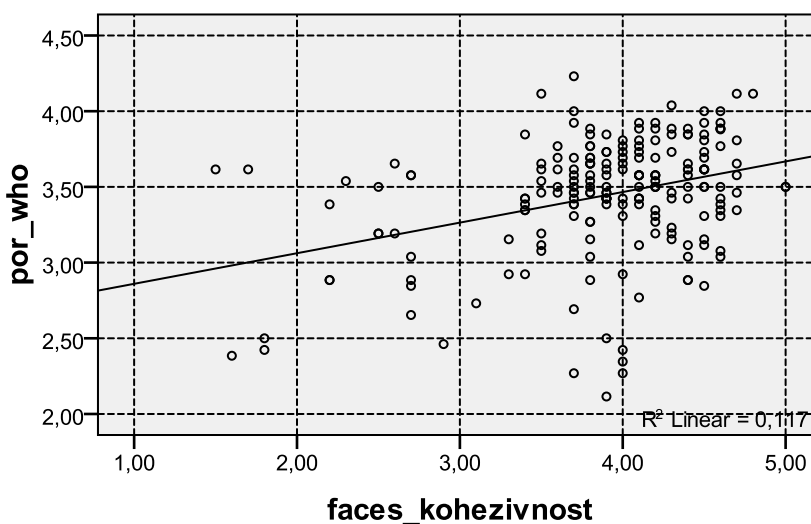
<b>Porodično funkcionisanje</b>	<b>Kohezivnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,267(**)
		Značajnost	0,000
	<b>Adaptabilnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,275(**)
		Značajnost	0,000
<b>Porodični resursi</b>	<b>Podrška spoljašnja</b>	Koeficijent koorelacije	0,308(**)
		Značajnost	0,000
	<b>Podrška unutrašnja</b>	Koeficijent koorelacije	0,266(**)
		Značajnost	0,000
<b>Porodične procene</b>	<b>Koherentnost-optimizam</b>	Koeficijent koorelacije	0,230(**)
		Značajnost	0,001
	<b>Koherentnost-pesimizam</b>	Koeficijent koorelacije	-0,353(**)
		Značajnost	0,000
	<b>Religioznost</b>	Koeficijent koorelacije	0,012
		Značajnost	0,433
	<b>Sujeverje</b>	Koeficijent koorelacije	-0,02
		Značajnost	0,391
	<b>Duhovnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,317(**)
		Značajnost	0,000
<b>Načini rešavanja problema Kopinzi</b>	<b>Lični koping</b>	Koeficijent koorelacije	-0,107
		Značajnost	0,065
	<b>Socijalni koping</b>	Koeficijent koorelacije	0,172(**)
		Značajnost	0,007
** korelacija je značajna na nivou 0,01			
* korelacija je značajna na nivou 0,05			

Kao što se može videti i prethodne tabele 8 od 11 korelacija su značajne za ukupan uzorak. Visoka pozitivna korelacija utvrđena je za varijable duhovnost ( $R=0,317$ ), podrška spolja ( $R=0,38$ ), adaptabilnost ( $R=0,27$ ), podrška unutra ( $R=0,26$ ), kohezivnost ( $R=0,26$ ), koherentnost-optimizam ( $R=0,23$ ), socijalni koping ( $R=0,17$ ).

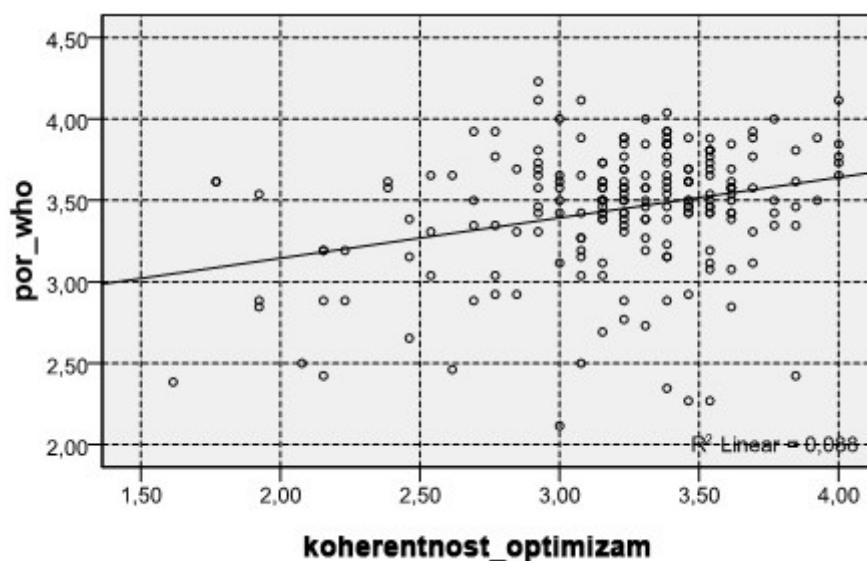
Negativna ili obrnuta korelacija se očitava kroz odnos varijable koherentnost - pesimizam na kvalitet života. Što je viši skor varijabli kvaliteta života, niži je skor na koherentnost-pesimizam,  $R= -,353(**)$ ,  $p=0,000$ . Ispitanici sa pesimističkim, ili nedostatkom osećaja koherentnosti, imaju i procenu da im je kvalitet života loš. Kao što se vidi iz rezultata, varijabla duhovnost u celom uzorku najjače je povezana sa kvalitetom života, visok skor na duhovnosti u korelaciji je sa visokim skorom na proceni kvaliteta života. Varijable koje mere porodične resurse (spoljašnja i unutrašnja podrška), kao i varijable koje mere porodično funkcionisanje (adaptabilnost i kohezivnost) u ovoj analizi se pokazuju kao značajno povezani sa kvalitetom života na celom uzorku.

U daljem tekstu daćemo grafički prikaz nekih značajnih korelacija kvaliteta života i nezavisnih varijabli.

Korelacija kvaliteta života i različitih nezavisnih varijabli merenih na celom uzorku.



*Grafikon 1. Korelacije kvaliteta života i kohezivnosti na celom uzorku*



**Grafikon 2. Korelacije kvaliteta života i optimističke koherentnosti na celom uzorku**

Krivulja na grafikonima 1 i 2 pokazuje jaku pozitivnu korelaciju ( $R=0,26$   $p<0,01$ ; i  $R= 0,23$   $p<0,01$ ) između kvaliteta života i stepena kohezivnosti, odnosno optimističke koherentnosti.

Druga faza analize je utvrđivanje relacija kvaliteta života i merenih varijabli za eksperimentalnu i kontrolnu grupu. Razlike korelacija su se analizirale da bi se odredilo da li su relacije između kvaliteta života i rezilijentnosti značajno različite u dve grupe (Tabela 52 i Tabela 53).

**Tabela 52. Spirmanov koeficijent korelacije faktora rezilijentnosti i kvaliteta života u eksperimentalnoj grupi porodica**

<b>Porodično funkcionisanje</b>	<b>Kohezivnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,102
		Značajnost	0,312
	<b>Adaptabilnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,088
		Značajnost	0,384
<b>Porodični resursi</b>	<b>Podrška spoljašnja</b>	Koeficijent koorelacije	0,372(**)
		Značajnost	0,000
	<b>Podrška unutrašnja</b>	Koeficijent koorelacije	0,298(**)
		Značajnost	0,003
<b>Porodične procene</b>	<b>Koherentnost-optimizam</b>	Koeficijent koorelacije	,238(*)
		Značajnost	0,017



<b>Načini rešavanja problema Kopinzi</b>	<b>Koherentnost-pesimizam</b>	Koeficijent koorelacije	-0,361(**)	
		Značajnost	0,000	
	<b>Religioznost</b>	Koeficijent koorelacije	0,072	
		Značajnost	0,479	
	<b>Sujeverje</b>	Koeficijent koorelacije	-0,069	
		Značajnost	0,497	
	<b>Duhovnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,179	
		Značajnost	0,075	
	<b>Lični koping</b>	Koeficijent koorelacije	-0,233(*)	
		Značajnost	0,019	
		<b>Socijalni koping</b>	Koeficijent koorelacije	0,153
			Značajnost	0,129
** korelacija je značajna na nivou 0,01				
* korelacija je značajna na nivou 0,05				

U tabeli 52. su prikazani rezultati za eksperimentalnu grupu. Kada se analizira korelacija na nivou grupe rezultati su sledeći. Visoka pozitivna korelacija je utvrđena kod 3 od 11 varijabli, a negativna korelacija kod 2 od 11 varijabli. Porodični resursi, podrška spolja ( $R=0,37$   $p<0,01$ ), podrška unutra ( $R=0,29$   $p<0,01$ ) i u okviru porodičnih procena- koherentnost-optimizam ( $R=0,23$   $p<0,05$ ) su pokazali visoku pozitivnu korelaciju sa kvalitetom života u grupi koja je prošla terapiju. Praktično, konstrukt socijalne podrške je visoko povezan sa kvalitetom života porodica koje su prošle terapiju.

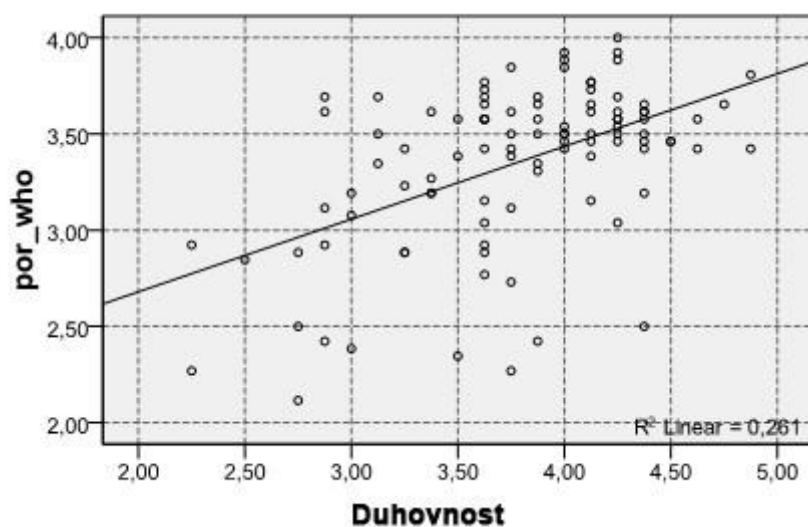
Koherentnost-pesimizam i lični koping su u negativnoj korelaciji sa kvalitetom života  $R=-0,361(**)$   $p=0,000$ ;  $R=-0,233(**)$   $p=0,019$ . Konstrukt pesimističke koherentnostii, nedostatak osećaja koherentnosti, kojim smo opisali negativno stanovište i pogled na svet, te doživljaj teškoća kao nesavladivih uz lične kopinge, kao pasivna pristup problemima (čekanje da nevolje prođu, emocionalne reakcije na problem) se pokazalo da su negativno povezane, odnosno porodice koje dobijaju visok skor na ovim dimenzijama imaju nizak skor na kvalitetu života.

**Tabela 53. Spirmanov koeficijent korelacije faktora rezilijentnosti i kvaliteta života u kontrolnoj grupi porodica**

<b>Porodično funkcionisanje</b>	<b>Kohezivnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,389(**)
		Značajnost	0,000
	<b>Adaptabilnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,474(**)
		Značajnost	0,000
<b>Porodični resursi</b>	<b>Podrška spoljašnja</b>	Koeficijent koorelacije	0,256(*)
		Značajnost	0,010
	<b>Podrška unutrašnja</b>	Koeficijent koorelacije	0,215(*)
		Značajnost	0,032
<b>Porodične procene</b>	<b>Koherentnost-optimizam</b>	Koeficijent koorelacije	0,224(*)
		Značajnost	0,025
	<b>Koherentnost-pesimizam</b>	Koeficijent koorelacije	-,275(**)
		Značajnost	0,006
	<b>Religioznost</b>	Koeficijent koorelacije	-0,103
		Značajnost	0,308
	<b>Sujeverje</b>	Koeficijent koorelacije	0,007
		Značajnost	0,945
	<b>Duhovnost</b>	Koeficijent koorelacije	0,431(**)
		Značajnost	0,000
<b>Načini rešavanja problema Kopinzi</b>	<b>Lični koping</b>	Koeficijent koorelacije	0,084
		Značajnost	0,406
	<b>Socijalni koping</b>	Koeficijent koorelacije	0,198(*)
		Značajnost	0,049
** korelacija je značajna na nivou 0,01			
* korelacija je značajna na nivou 0,05			

U kontrolnoj grupi ispitanika, 8 od 11 varijabli, pokazuje pozitivnu visoko signifikantnu korelaciju. Redom po jačini povezanosti varijabli rezilijentnosti i kvaliteta života jesu: Duhovnost  $R=0,431(**)$   $p=0,000$ , kohezivnost  $R=0,389(**)$   $p=0,000$ , adaptabilnost  $R=0,474(**)$   $p=0,000$ , podrška spolja  $R=0,256 (*)$   $p=0,01$ , podrška unutrašnja  $R=0,215(*)$   $p=0,032$ . Praktično porodični resursi su pokazali značajnu povezanost sa kvalitetom života u obe grupe porodica, a porodično funkcionisanje

iskazano kroz adaptabilnost i kohezivnost je pokazalo značajnu povezanost sa kvalitetom života u grupi porodica koje su u terapiji. Ovde je važno istaknuti visoku povezanost duhovnosti i kvaliteta života (Grafikon 3) u kontrolnoj grupi, a koja se nije pokazala značajnom u eksperimentalnoj grupi. Dakle, u grupi koja je u terapiji visoki skorovi na dimenziji duhovnosti vezani su i za visoke skorove na proceni kvaliteta života. Koherentnost pesimizam je negativno korelisan u odnosu na kvalitet života, i pokazuje visoku značajnost, kako u ovoj tako i u grupi koja je prošla terapiju.



Grafikon 3. Korelacija kvaliteta života i duhovnosti u kontrolnoj grupi

### 7.8.1. Uticaj procesa rezilijentnosti na kvalitet života

Treća faza analize identifikuje koja će kombinacija nezavisnih varijabli najviše uticati na zavisnu varijablu (kvalitet života) što će biti određeno multiplom regresionom analizom.

Prikaz multiple regresione analize koji određuje koja kombinacija nezavisnih varijabli najbolje predviđa kvalitet života za ceo uzorak (200), dat je u narednoj tabeli. Zavisna varijabla je kvalitet života.

Tabela 54. Standardizovana prediktivna vrednost koeficijenta Pirsonove korelacije u regresionom modelu na celom uzorku

	Standardizovani B koeficijent	T test	Značajnost
Kohezivnost	,036	,344	,731
Adaptabilnost	,091	1,080	,281

Podrška spolja	,049	,596	,552
Podrška unutrašnja	,075	,977	,330
Koherentnost-optimizam	-,070	-,732	,465
Koherentnost-pesimizam	-,278*	-3,652	,000*
Religioznost	-,008	-,106	,916
Sujeverje	,055	,785	,434
Duhovnost	,297	3,803	,000*
Lični koping	-,109	-1,607	,110
Socijalni koping	,027	,349	,728

- **Koherentnost-pesimizam / kvalitet života** sa statistički značajnom vrednošću koeficijenta Pirsonove korelacije  $R=-0.278$ , za  $p < 0.000$ , *niži skor pesimizma korelira sa višim skorom kvaliteta života.*
- **Duhovnost** sa statistički značajnom vrednošću koeficijenta Pirsonove korelacije  $R=0.297$ , za  $p < 0.000$ , *viši skor duhovnost značajno je povezan i može se predvideti kod višeg skora kvaliteta života ispitanika.*

Sledeći gornje nalaze (Tabela 54) kombinacija nezavisnih varijabli koje su identifikovane na celom uzorku kao najbolji prediktori kvaliteta života su duhovnost i koherentnost- pesimizam. Beta indeks kaže da je najvažnija nezavisna varijabla u magnitudi-duhovnost. Znači na celom uzorku duhovnost je ta koja najbolje predviđa kvalitet života, i na njoj treba raditi u terapiji. Iz dalje analize će se videti da u grupi rezilijentnih porodica duhovnost više ne predviđa kvalitet života, ali je važna u terapijskoj grupi . (Tabela 55 ).

Tabela 55. u nastavku prikazuje multivarijantnu regresionu analizu za identifikaciju najboljih prediktora nezavisnih varijabli za kvalitet života eksperimentalne grupe.

Prikaz multiple regresione analize, koja određuje koja kombinacija nezavisnih varijabli najbolje predviđa kvalitet života u eksperimentalnoj grupi (N=100) data je u narednoj tabeli. Zavisna varijabla je kvalitet života.

**Tabela 55. Standardizovana prediktivna vrednost koeficijenta Pirsonove korelacije u regresionom modelu u eksperimentalnoj grupi**

	<b>Standardizovani B koeficijent</b>	<b>t-test</b>	<b>Značajnost</b>
Kohezivnost	-,277*	-1,831	,070
Adaptabilnost	,029	,243	,808
Podrška spolja	,301**	2,178	,032*
Podrška unutrašnja	,072	,654	,515
Koherentnost-optimizam	,064	,418	,677
Koherentnost-pesimizam	-,347**	-3,028	,003**
Religioznost	,145	1,258	,212
Sujeverje	-,084	-,826	,411
Duhovnost	,057	,485	,629
Lični koping	-,183*	-1,666	,099
Socijalni koping	-.041	-,327	,744

- **Koherentnost-pesimizam / kvalitet života** sa statistički značajnom negativnom vrednošću koeficijenta Pirsonove korelacije  $R=-0.347$ , za  $p<0.003$ , *niži skor pesimizma korelira sa višim skorom kvaliteta života.*
- **Podrška spolja** sa statistički značajnom vrednošću koeficijenta Pirsonove korelacije  $R=0.301$ , za  $p < 0.032$ , *viši skor varijable podrška spolja značajno je povezan i može se predvideti kod višeg skora kvaliteta života ispitanika.*

Sledeći gornje nalaze, rezultati za grupu koja je prošla terapiju, pokazuju da porodični resursi u smislu spoljašnje podrške, i porodične procene (koherentnost) statistički najznačajnije doprinose predviđanju dobrog kvaliteta života, a nedostatak osećaja koherentnosti doprinosi predviđanju lošeg kvaliteta života.

Prikaz multiple regresione analize koja određuje koja kombinacija nezavisnih varijabli najbolje predviđa kvalitet života u kontrolnoj grupi (N=100). Zavisna varijabla je kvalitet života.

**Tabela 56. Standardizovana prediktivna vrednost koeficijenta Pirsonove korelacije u regresionom modelu kontrolne grupe**

	<b>Standardizovani B koeficijent</b>	<b>t-test</b>	<b>Značajnost</b>
Kohezivnost	,180*	1.101	,274
Adaptabilnost	,175*	1,220	,226
Podrška spolja	-.003	-.028	,977
Podrška unutrašnja	-.055	-.467	,642
Koherentnost-optimizam	-,115*	-,872	,410
Koherentnost-pesimizam	-,211*	-1.959	,053*
Religioznost	-,061	-.562	,575
Sujeverje	,105	,922	,359
Duhovnost	,360**	3,125	,002*
Lični koping	-,066	-.684	,495
Socijalni koping	,045	,394	,695

- **Koherentnost-pesimizam / kvalitet života** sa statistički značajnom vrednošću koeficijenta Pirsonove korelacije  $R=-0.211$ , za  $p < 0.053$ , *niži skor pesimizma korelira sa višim skorom kvaliteta života.*
- **duhovnost / kvalitet života** sa statistički značajnom vrednošću koeficijenta Pirsonove korelacije  $R=0.360$ , za  $p < 0.002$ , *viši skor duhovnosti značajno je povezan i može se predvideti kod višeg skora kvaliteta života ispitanik*

Sledeći gornje nalaze (Tabela 56) rezultati za kontrolnu grupu, porodica koje su u terapiji, ponovo ističu statistički značajan doprinos faktora duhovnosti za kvalitet života, kao i negativnu predikciju kvaliteta života porodica koje imaju visok skor na faktoru pesimističke koherentnosti, odnosno nedostatak osećaja koherentnosti.

Sledeći tabele 54, 55 i 56, zaključujemo da u alkoholičarskoj porodici, bez obzira da li je u terapiji ili je prošla terapiju, osećaj koherentnosti, odnosno njen nedostatak koji smo nazvali pesimistička koherentnost (nedostatak osećaja smislenosti, razumljivosti i savladivosti života, strah od promena, nedostatak angažovanja i predanosti)- može da predvidi ishod terapije iskazan kroz kvalitetu života. Sve porodice koje imaju visok skor na pesimizmu, imaju nizak skor na kvalitetu života. Ovo znači da

sa porodicama koje su u terapiji treba primenjivati terapijske intervencije kako bi se delovalo na promenu ovog pesimističnog stanovišta. Ovo potvrđuje i sledeći nalaz, najjači mereni faktor u obe grupe porodica, a koji predviđa efekat i trajnost efekata terapije iskazan kroz dobar kvalitet života, jeste duhovnost (osećaj povezanosti sa sobom i svetom). Nadalje, u porodicama koje su prošle terapiju, duhovnost se više ne pojavljuje kao prediktor kvaliteta života. Faktor spoljašnje podrške (povezanost i oslanjanje na prijatelje, porodicu, komšije, finansijska sigurnost) je u ovim porodicama najjači faktor koji doprinosi kvalitetu života. U grupi porodica koje su u terapiji faktor duhovnosti je najjači prediktivni faktor kvaliteta života (i ishoda terapije), što je još jedna potvrda gore navedenog da u terapiji treba raditi na razvijanju ove dimenzije rezilijentnosti.

## **7.9. ZAKLJUČNO RAZMATRANJE**

Dugačka priča o ljudskoj izdržljivosti i porodičnim snagama pri savladavanju nepovoljnih životnih okolnosti, nazvana rezilijentnost, smeštena u kontekst alkoholičarske porodice, deluje na prvi pogled paradoksalno. Koju i kakvu izdržljivost i snage može da ima alkoholičarska porodica, često opisivana kao prototip disfunkcionalne porodice? U dugogodišnjem radu u porodičnoj terapiji alkoholizma, poređenjem i praćenjem porodica koje su uspešno završile terapiju sa onima koje su prekinule lečenje, postepeno smo prepoznavali snage naših „uspešnih“ porodica, ali je sve ostajalo na našim „internim“ utiscima. Prve profesionalne informacije o rezilijentnosti, dobili smo od prim.dr. Branka Gačića, i naši „interni“ utisci su dobili teorijsku potvrdu. Konceptom rezilijentnosti smo mogli da uobličimo naše utiske, a ovim istraživanjem da ih potvrdimo ili odbacimo.

Sam koncept prodične rezilijentnosti relativno je nov u nauci, definisan krajem prošlog veka, sa mnogo nedoumica i različitim pristupa, te smo rezilijentnost videli kao ljudski i porodični kapacitet za prevazilaženje dugotrajnog stresora, promenu koja može da se nauči i razvija kroz terapiju, kao proces koji se ispoljava i kroz doživljaj dobrog kvaliteta života. Validnosti samog konstrukta rezilijentnosti, te primedbe o problematičnoj heurističkoj i praktičnoj vrednosti konstrukta, prihvatamo, uz uvažavanje činjenice da je rezilijentnost lakše osetiti nego objasniti, da je ona „u očima posmatrača“, multifaktorski uslovljena i da se pod drugim nazivima već istraživala, ali

to upravo zahteva dalja istraživanja u novom kontekstu, kako razumemo i doprinos našeg istraživanja. Individualna rezilijentnost se prepoznala u istraživanjima dece koja odrastaju u uslovima porodičnog stresa i krize, a koji ne pokazuju očekivane znake patologije. U prvim istraživanjima samo je konstatovano da ovu decu neki faktori štite od patologije, a kasnije studije su istraživale i te faktore, te su identifikovani klasteri individualnih karakteristika koje ova deca imaju, kasnije prošireni i na odrasle. Tako se konceptualizuju pojmovi kao što je osećaj koherentnosti, jačina, naučeni optimizam, lokus kontrole. Iako se u početnim istraživanjima rezilijentnost konceptualizovala kao individualni kvalitet deteta, ipak je lokalizovana u sistem nuklearne porodice, odnosno socijalne sredine. Interes se pomerao od shvatanja da porodica može biti jedino izvor disfunkcije zbog koje neki njeni članovi pokazuju simptome poremećaja i smetnji, do shvatanja da porodica može da bude i izvor snage za njene članove. Kontekst koji je omogućio da se istraživači fokusiraju na snage, a ne slabosti i patologiju objašnjava nova paradigma u nauci, koncept Salutogeneze. Sa novom paradigmom izučavaju se porodične snage, menja se i shvatanje normalnosti i zdravlja, relativizuje pojam porodice koja ne mora biti samo funkcionalna ili disfunkcionalna, izbegava se patologizacija porodice, a porodične snage shvataju kao porodični procesi. Porodična kohezija i adaptabilnost, aktivnosti za rešavanje problema, komunikacije, socijalna podrška su porodični procesi prvo istraživani posebno, a zatim definisani kao procesi porodične rezilijentnosti koje porodice koriste u stresnim ili kriznim situacijama, koje im omogućavaju da prevaziđu probleme, nastave da funkcionišu adekvatno i dalje se uspešno suočavaju sa životnim problemima. Ovi različiti procesi uobličeni su u porodične rezilijentnosti. McCubbin-ov Razvojni model porodične rezilijentnosti, zbog karakteristika istraživnog problema, proširen Modelom Keller-ove, koristili smo u ovom istraživanju. Razvojni model objašnjava porodičnu rezilijentnost kao niz procesa koji se, u zavisnosti od težine nepovoljnih okolnosti odigravaju u dve faze, fazi prevladavanja problema i fazi prilagođavanja, koja rezultira dobrom adaptacijom. Proces koji čine ove faze su procesi porodične procene, porodični resursi i porodični načini za rešavanje problema. U modelu rezilijentnosti Keller, akcentat je na fazi prilagođavanja, odnosno operacionalizaciji uspešnog prilagođavanja. Keller naglašava potrebu izučavanja ishoda procesa rezilijentnosti koji se najčešće „podrazumevao“, definisan u terminima unutrašnjeg zadovoljstva i zato predlaže koncept kvalitet života.



Zbog karakteristika našeg istraživanja, alkoholičarske porodice u toku i posle terapije, bilo je važno registrovati eksplicitno i trajnost učinka terapije, te smo koncept kvaliteta života videli kao koristan pokazatelj trajnosti učinka terapije.

U našem istraživanju smo ispitivali uticaj porodične terapije na procese porodične rezilijentnosti, poređenjem grupe porodica koje su počele terapiju i grupe porodica koja je završila terapiju tri i više godina pre ovog istraživanja. Trajnost učinka terapije merili smo i kroz koncept kvaliteta života. Ispitivali smo: sociodemografske karakteristike porodica, načine porodičnog funkcionisanja merenih po dimenzijama porodične kohezivnosti i adaptabilnosti, porodične resurse definisane kao unutrašnja i spoljašnja podrška, porodične procene definisane kao porodične paradigme i porodična koherentnost, lične i socijalne načine prevladavanja i rešavanja problema te i kvalitet života. U metodološkom pogledu, oslanjali smo se na kvantitativnu i kvalitativnu analizu odgovora. U istraživanju je učestvovalo 100 porodica, od kojih je 50 prošlo uspešno porodičnu terapiju alkoholizma, najmanje tri godine pre ispitivanja, ovo je bila eksperimentalna grupa, a 50 porodica se nalazilo u intenzivnoj fazi lečenja sistemskom terapijom, kontrolna grupa. Porodice su već samim uključivanjem u terapiju, relativno ujednačene po mnogim sociodemo-grafskim karakteristikama (obrazovni nivo, rešeni stambeni uslovi, te zaposlenost jednog člana porodice).

Instrumenti upotrebljeni u istraživanju su bili: socijalno psihijatrijski list za prikupljanje osnovnih relevantnih podataka o porodici, Olsonov instrument za merenje kohezivnosti i adaptabilnosti – FACES-III, Skala porodične snage za merenje porodične koherentnosti, Skala socijalne podrške, Skala religioznosti i duhovnosti, Skala ličnog i porodičnog rešavanja problema-koping strategije, kao i WHOQOL-BREF upitnik za merenje kvaliteta života

Na osnovu dobijenih rezultata istraživanja o učinku sistemske terapije alkoholizma na četiri domena rezilijentnosti, trajnosti učinka terapije na kvalitet života i odnosa procene kvaliteta života i procesa rezilijentnosti, merenim u dve grupe porodica, dobili smo sledeće odgovore na postavljena pitanja.

1. Učinak sistemske terapije alkoholizma na prvi domen rezilijentnosti-porodično funkcionisanje (adaptabilnost i kohezivnost) – postoji i može se izmeriti i tri godine posle terapije. Odnosno, grupa koja je na početku terapije i grupa koja je prošla terapiju

pre tri i više godina, razlikuju se statistički značajno po svim aspektima dimenzije kohezivnosti. Porodice koje su prošle terapiju procenjuju da su emocionalno povezani, oni umeju da definišu zajedničke aktivnosti, donose zajednički odluke, osećaju podršku unutar porodice i imaju dobar kontakt i odnos sa okolinom. Na dimenziji adaptabilnosti razlikuju se nešto manje, ali ipak značajno. Grupa koja je prošla terapiju i posle tri godine ima definisane porodične uloge i definisan stil pregovaranja. Registrujemo da je ova grupa i posle terapije, mada izložena promenljivim životnim okolnostima i stresogenim događajima, uspela da prilagodi porodična pravila, uloge, kontrolu, te uspostavi balans stabilnosti i promena.

2. Učinak systemske terapije alkoholizma na drugi domen rezilijentnosti- porodične resurse (unutrašnje i spoljašnje) – postoji i može se izmeriti i tri godine posle terapije i to na dimenziji unutrašnje podrške. Na dimenziji spoljašnje podrške (mrežna podrška i socijalno ekonomski resursi) nismo našli značajne razlike. Unutrašnju podršku smo definisali kroz komunikacione obrasce i emocionalnu podršku. Komunikacioni obrasci su u grupi koja je prošla terapiju jasni, dosledni, bez „čitanja misli“ i dvostrukih poruka. Emocionalna podrška je u grupi porodica koja je prošla terapiju podržavajuća, dozvoljeno je pokazivanje širokog spektra emocija, pozitivnih i negativnih. U grupi porodica koja je počela terapiju prisutni su alkoholičarski emocionalni obrasci: emocionalni odnosi su nestabilni, prisutna su ambivalentna osećanja koja se uzajamno razvijaju što dovodi do nesigurnosti i udaljavanja članova porodice. U takvoj klimi sužava se opseg ispoljavanja emocija, postoji implicitna zabrana za pokazivanje pozitivnih osećanja kao i osećanja tuge i plakanja.

Poređenjem grupa po spoljašnjoj, network podršci, nismo našli statistički značajne razlike, te smo ovaj nalaz objasnili karakteristikama terapije koju primenjujemo u porodičnim grupama. Važan deo porodične terapije, kojom ona započinje, je formiranje networka, mreže „značajnih drugih“ osoba iz multisistema porodične i socijalne mreže. Porodice koje su počele terapiju, aktivirale su ovaj potencijal, a porodice koje su je završile i dalje su ga imale, te se zato nisu razlikovale statistički značajno. Grupe se nisu razlikovale ni po socijalno- ekonomskim resursima, što je očekivan podatak s obzirom da se za porodičnu terapiju koju primenjujemo uključuju porodice koje su imale jednog zaposlenog člana i imale rešeno stambeno pitanje.

3.S obzirom da u sistemske terapiji alkoholizma ne utičemo na porodične procene (porodičnu koherentnost i porodične paradigme), a one su moćan faktor rezilijentnosti porodice, utvrdili smo da se ispitivane porodice ne razlikuju statistički značajno po porodičnim paradigmama (religioznosti, duhovnosti i sujeverju), ali se statistički značajno razlikuju po porodičnoj koherentnosti. Porodičnu koherentnost smo merili kroz dve dimenzije- optimističku i pesimističku. Na nivou grupe nismo našli statistički značajne razlike po optimističkoj koherentnosti. Našli smo statistički značajne polne razlike: alkoholičari u terapiji se od onih koji su završili terapiju, razlikuju po dimenziji optimističke koherentnosti. Oni sebe i svoju porodicu procenjuju i vide kao otvorene za promene, kao jake pred problemima, sa osećajem kontrole i procenjuju da stvari uvek izađu na dobro. Alkoholičari koji su prošli terapiju, sebe i svoju porodicu procenjuju sa mnogo manje „optimizma“ (realnije?). Ovaj fenomen smo uslovno nazvali „početnički terapijski optimizam“ (registrovali smo ga tokom dugogodišnjeg kliničkog iskustva) i ispoljavao se na bihevioralnom i kognitivnom planu. Može se razumeti i kao pozitivne predrasude, suštinski nije tako kako ga pacijent vidi, ali je na početku terapije dobro da tako vidi jer to podstiče individualnu i porodičnu snagu. Ulaskom u terapiju, identifikovani pacijent počinje fizički da se oporavlja, bolje spava, vratio mu se apetit, neposredni problemi vezani za pijenje su otklonjeni. Pacijent, ulaskom u terapiju, pokušava da odgovornost za terapijski tok i uspeh „prebaci“ na terapeuta, oseća da neko „brine“ o njemu, što smanjuje anksioznost i tenziju. Alkoholičar oseća da je „lako apstinirati“ pa je onda i lako lečiti se. Mi smo porodice ispitivali upravo u ovoj fazi „optimizma“, te ovako objašnjavamo rezultate da su alkoholičari, koji su tek ušli u terapiju na ovoj dimenziji koherentnosti dobili veći skor nego oni koji su prošli terapiju.

Druga dimenziju koherentnosti, koji smo nazvali koherentnost-pesimizam, se pokazala kao najznačajnij faktor razlike između ispitivanih grupa. Nedostatak osećaja koherentnosti (pesimistička koherentnost) osećaja da je svet i život razumljiv, savladiv i smislen, najmarkantnije je obeležje grupe porodica koje su počele terapiju. Porodice koje su počele terapiju procenjuju da nemaju osećaja kontrole svog života, osećaju često besmislenost života. Ove porodice pokazuju nedovoljnu spremnost za angažovanje u

rešavanju problema zbog shvatanja da životima upravlja slučaj i sreća i da na nesrećne situacije ne mogu uticati.

Ovde smo predložili uključivanje narativne terapije u terapijske setinge kako bi se tokom terapije razvijao ovaj aspekt rezilijentnosti.

4. Učinak sistemske terapije alkoholizma na četvrti domen rezilijentnosti, lične i porodične načine rešavanja problema- postoji i tri godine posle terapije. Po ličnim načinima rešavanja problema razlikuju se statistički značajno. Članovi porodica eksperimentalne grupe koriste aktivne načine rešavanja problema, oni procenjuju sebe i svoju porodicu kao dovoljno snažnu da reši probleme, posmatraju probleme sa svetlije strane jer se tako manje obeshrabre, ne prepuštaju se ljutnji ili plakanju i ne čekaju da problem prođe sam od sebe. Članovi porodica kontrolne grupe koriste pasivne i izbegavajuće načine za rešavanje problema: oni probleme negiraju ili čekaju da oni prođu sami od sebe, prepuštaju se ljutnji ili plakanju, zadržavaju probleme za sebe, koriste sredstva za umirenje bez lekarske kontrole, procenjuju da nemaju snage da rešavaju probleme. Članovi porodica koje počinju terapiju koriste nefunkcionalne, emocionalne, izbegavajuće kopinge, a porodice koje su prošle kroz terapiju više koriste funkcionalne i aktivne kopinge.

Grupe se po porodičnim načinima rešavanja problema ne razlikuju statistički značajno, registrujemo razlike na kvalitativnom nivou. Možemo govoriti o diskretnim razlikama u sledećem smeru: grupa porodica koja je prošla terapiju više je okrenuta specijalizovanoj, profesionalnoj i pomoći od sličnih porodica, dok je grupa koja je u terapiji više traži savete od neposrednog okruženja. Porodice eksperimentalne grupe traženje ohrabrenja i pomoći od prijatelja, traže saveta u specijalizovanoj ustanovi ili od porodica koje su imale slične probleme. Porodice kontrolne grupe ove kopinge tek uče u terapiji, kroz terapijske zadatke i obučavanje u veštinama rešavanja problema. Porodice kontrolne grupe, koje su počele terapiju, probleme doživljavaju sa nedostatkom snage za njihovo rešavanje (znate da imate snage da rešite problem – većina odgovara negativno). Ove porodice takođe ne umeju da probleme vide kao rešive, sa svetlije strane.

5. Procena kvaliteta života u ispitivanim grupama se statistički značajno razlikuje domenu fizičkog i psihičkog aspekta, dok razlika na nivou socijalnog aspekta nije statistički značajna. Kvalitet života procenjen sa aspekta fizičkog zdravlja pokazuje sledeće. Svoje fizičko zdravlje kao dobro procenjuju ne samo lečeni alkoholičari već i njihove supruge. Porodice koje su prošle terapiju, tri i više godina posle terapije, procenjuju svoje fizičko zdravlje kao bolje.

Porodice u terapiji po stavkama i rezultatima koje su dobili na psihičkom aspektu kvaliteta života možemo opisati kao porodice koje u malom broju uživaju u životu, te procenjuju da im je život umereno smislen, imaju malo energije za svakodnevni život. Često su veoma nezadovoljni sobom, pa sledstveno i neraspoloženi depresivni.

Na psihičkom aspektu kvaliteta života, porodice i njeni članovi koji su prošli terapiju, značajno češće procenjuju da im je život smislen, da imaju energije za život, da uživaju u životu i zadovoljni su sobom. Oni su zadovoljni svojim psihičkim i socijalnim stanjem, svoj život doživljavaju smislenim i ispunjenim.

6. Povezanost faktora rezilijentnosti i kvaliteta života kroz regresionu analizu pokazala je sledeće. Faktori koji imaju najaču prediktivnu vrednost u obe ispitivane grupe, su osećaj koherentnosti i duhovnost. Ovo je najvažniji nalaz ispitivanja jer ukazuje da upravo one oblasti u terapiji koje su zanemarene, imaju uticaj na ishod i trajnost terapije. U alkoholičarskoj porodici bez obzira da li je u terapiji ili je prošla terapiju, osećaj koherentnosti, odnosno njen nedostatak koji smo nazvali pesimistička koherentnost (nedostatak osećaja smislenosti, razumljivosti i savladivosti života, strah od promena, nedostatak angažovanja i predanosti)- može da predvidi ishod terapije iskazan kroz kvalitet života. Najjači mereni faktor u obe grupe porodica, a koji predviđa efekat i trajnost efekata terapije iskazan kroz dobar kvalitet života, jeste duhovnost (osećaj povezanosti sa životom i svetom). Nadalje, u porodicama koje su prošle terapiju, duhovnost se više ne pojavljuje kao prediktor kvaliteta života. Faktor spoljašnje podrške (povezanost i oslanjanje na prijatelje, porodicu, finansijska sigurnost) je u ovim porodicama najjači faktor koji doprinosi kvalitetu života. U grupi porodica koje su u terapiji faktor duhovnosti je najjači prediktivni faktor kvaliteta života (i ishoda terapije) što je još jedna potvrda gore navedenog da u terapiji treba raditi na razvijanju ove dimenzije rezilijentnosti.

## LITERATURA

- [1.] Ahlert, I. A. (2009): *A programe to enhance resilience in families in wich a child has a hearing loss*, Doctoral dissertation: Stellenbosch University, Stellenbosch, South Africa.
- [2.] Aleksander, J., Parsons, B.V. (1982): *Functional Family Therapy*, Brooks/Cole Pub.Co, Monterey.
- [3.] Amatea, E.S., Smith-Adock, S., & Villares, E. (2006): From family deficit to family strength: viewing families contributions to childrens learning from a family resilience perspective, *Profesional School Counseling*, 9, 177-189 .
- [4.] Amato, P. (1987): Family process in one parent, stepparent, and intact families: The childs point of view, *Journal of Marriage and the family*, 49: 327-37.
- [5.] Anderson, K. M. (1997): Uncovering survival abilities in children who have been sexually abused, *Families in Society*, 37, 592-599.
- [6.] Antonovsky, A. (1979): *Health, stress, and coping*, Jossey-Boss, San Francisco.
- [7.] Antonovsky, A. (1984): The sense of coherence as a determinant of health. In J.D. Matarazzo, S., M.Weis, J.A. Herd, & M. E. Miller (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement* , Wiley, New York City.
- [8.] Bahtijarević, Š. (1988): *Psihička struktura i razvoj religioznosti, Religija i društvo*, Zbornik radova, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, str.98-107.
- [9.] Bailey, M. B. (1961): Alcoholism and Marriage. *Quart. J.Stud. Alc.* 81-89.
- [10.] Baldwin, A.L., Baldwin, C.P., Cole, R.E. (1990): Stress- resistanst famillies and stress resistant children. In: Baldwin, A.L.(Eds.), *Risk and protective development of psychopatology*. Cambrige University Press. New York.
- [11.] Barnhil, L. R.(1979): Healthy family systems, *Family Coordinator*, 28 ( 1 ), 94-100.
- [12.] Beavers, W. R., Hampson, R. B.(1990): *Successful Famillies: Assesment and intervention*, Norton, New York.
- [13.] Beavers, W. R., Hampson, R. B. (1993): Measuring family competence; The Beavers system model. In Walsh, F. *Normal family process* (2 nd ed.), The Guilford Press, New York.
- [14.] Beels, C. C. (2002): Notes for a cultural history of family therapy, *Family Process* 41(1): 67-82.

- [15.] Bepko,C., Krestan,J.A.(1985): *The resonsibility Trap: A blueprint for treating the alcoholic family*, Free press, New York.
- [16.] Bernard, B. (1997): Fostering resiliency in children and youth: Promoting protective factors in the school. In D. Saleebey ( Ed.), *The strenghts perspective in social work practice* (2 nd ed., pp. 167-182). Longman, New York.
- [17.] Benzies, K., Mychasiuk, R.(2008): Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, pp 103-114.
- [18.] Berger, D.(1989): *Porodična terapija alkoholizma-trajnost pozitivnth efekata sa stanovišta kvaliteta života*. Doktorska disertacija: Medicinski fakultet, Beograd.
- [19.] Bonanno, G. A. (2004): Resilience in the face of potential trauma, *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- [20.] Borg, I., Benght, A., Sonderstrom, H. (2003): The serotonin system and spirituality expiriences, *American Journal of Psychiatry* , 160, 1965-1969.
- [21.] Boss, P. G. (1980 ): Normative family stress: Family boundary changes across the life span, *Family Relations*, 29 ( 4 ), 445-450.
- [22.] Braun, A. G., Christensen, T. (2001). *Theory and Practice of Family Therapy*, Guilford Press,New York.
- [23.] Brody, G. H., Stoneman, Z., Flor, D. (1996): Parental religiosity, family processes, and youth competence in rular two-parent African-American families, *Developmental psychology*, 32: 696-706.
- [24.] Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press, Cambrige.
- [25.] Brown, S., Lewis, V., Liotta, A. (2000): *The family recovery guide. A map for healthy growth*. New Harbinger Publications, Oakland.
- [26.] Butler, K. (1997): The Anathomy of Resilience. *Family Therapy Networker* 22-31.
- [27.] Caplan, G. (1982): The Family as a support system. In: McCubbin, H.I., Patterson, J. M. *Family Stres, Coping and Social Support* (pp. 200-220)., I L Charles T. Thomas, Springfield.
- [28.] Carter, B., McGoldrick, M. (eds.) (1989): *The changing family life cycle: Fremework for family therapy*, Allyn-Bacon, Boston.
- [29.] Carver, C. S. (1998): Resilience and thriving: Issues, models, and linkages, *Journal of Social Issues*, 54 (2), 245-266.
- [30.] Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., & Hansson, K. (1995): Coping with life span crises ina group of risk of mental and behavioral disorders: From Lundby study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 322-330.
- [31.] Chakraborty, B.H. (2007): *Resiliency factors: Predictors of quality of life in family caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis*. Doctoral dissertation: Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia.

- [32.] Cicchetti, D., Toth, S. (1998): Perspectives on Research and practice in developmental psychopathology, *Child psychology in practice*. 5: 69-78.
- [33.] Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- [34.] Cohen, O. Slonim, J. (2002): Family Resilience: Israeli Mothers Perspectives, *The American Journal of Family Therapy*. 16, 173-187.
- [35.] Cohler, B. (1987): Adversity, resilience, and the study of lives. In: Anthony, E., Cohler, B. (eds), *The invulnerable child*. Guilford Press, New York.
- [36.] Compas, B. E. (1998): An Agenda for coping research and therapy: Basic and applied developmental issues, *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 231-37.
- [37.] Conger, R. D., Conger, K. J. (2002): Resilience in Midwestern families: selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study, *Journal of Marriage and family*, 64, 361-373.
- [38.] Conger, R. D., Rueter, M. A., & Elder, G. H., Jr. (1999): Couple resilience to economic pressure, *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 ( 1 ), 54- 71.
- [39.] Connor, K., Davidson, J., & Lee, L. (2003): Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*. 6(5), 487-494.
- [40.] Cowen, E.L., Wyman, P.A., Magnus, K.B. (1997): Follow-up study of young stress-affected and stress resilient urban children, *Development and psychopathology*, 9, 565-577.
- [41.] Coyle, J. (2006): *An exploratory Study of the Nature of Family Resilience*, Ohio State University. 18<sup>th</sup> National Symposium on Doctoral Research in Social Work, Ohio.
- [42.] Ćimić, E. (1966): *Socijalističko društvo i religija*, Svjetlost, Sarajevo.
- [43.] Dale, H. (2000): Clinical implications of family resilience, *American Journal of Family Therapy*, 28: 101-116.
- [44.] Davis, D.I., Berenson, D., Steinglass, P., Davis, S. (1974): The Adaptive Consequences of Drinking, *Psychiatry* 37: 209-215.
- [45.] Dimitrijević, I. (1992): *Alkoholizam mladih*, Nina Press, Beograd.
- [46.] Doty, B. (2009). The construct of Resilience and its Application to the Context of Political Violence, *The Journal of Undergraduate Research at the University of Tennessee*. Vol 1 137-154
- [47.] Dragišić Labaš, S. (2008): *Istraživanje promene strukture i funkcionalnosti alkoholičarske porodice pod uticajem sistemske porodične terapije alkoholizma*. Doktorska disertacija: Filozofski fakultet, Beograd.
- [48.] Duvall, E. M. (1997): *Marriage and Family development (5th ed.)*, Lippincott, Philadelphia.



- [49.] Dorđević, D. (1990): *O religiji i ateizmu, Prilozi sociologije religije*, Gradina-Niš & Stručna knjiga- Beograd.
- [50.] Eglund, B., Carlson, E., Sroufe, A. (1993): Resilience as process, *Development and psychopathology*, 5: 517- 28.
- [51.] Ellison, C., Bartowski, P., Anderson, L. (1999): Are there religious variations in domestic violence? *Journal of family issues*, 20: 87-113.
- [52.] Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D.S. (1983): The McMaster Family Assessment Device, *Journal of Marital and Family Therapy*, 9 ( 2 ), 171-180.
- [53.] Epstein, N. B., Bishop, D. S. ( 1981 ): Problem centered systems therapy of the family. In A. S. German & D. P. Knistker ( Eds. ), *Handbook of family therapy* ( pp.442- 484 ). Brunner /Mazel, New York.
- [54.] Epstein, N.B., Bishop, D.S. et all.,(1993): The McMaster Model: View of healthy functioning. In: F. Walsh (ed.) *Normal family Processes* (2<sup>nd</sup> ed.) Guilford Press, New York.
- [55.] Farley, Y. (2007): Making the connection: Spirituality, Trauma and Resiliency. *Journal of Religion and Spirituality in Social Work*, 26(1), 1-1-15.
- [56.] Farrell, M. P., Barnes, G. M. (1993): Family sistem and social support: A test of effects of cohesion and adaptability on the functioning of parenst and adolescents, *Journal of marriage and the family*, 55: 119-32.
- [57.] Farrell, T.J. and Falss-Stewart, W. (1999): Treatment models and methods: Family models. In: McCrady,B.S., Epstein, E.E., eds. *Addictions:A Comprehensive Guidebook*, pp.287-305 Oxford University Press, New York
- [58.] Fiese, B. H., Sameroff, A. J., Grotevant, H. D., Wamboldt, F. S., Dickstein, A., & Farvel, D. L. (1999): The stories that families tell: Narrative coherence, narattive interaction, and relationship beliefs, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(2), Serial No. 257.
- [59.] Filipović, S. (2009): *Grupna terapija adolescenata iz porodica alkoholičara*. Zadužbina Andrejević, Beograd.
- [60.] Fleming, J., Ledogar, R. (2008): Resilience and indigenous spirituality: A literature review. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 6 (2): 47-63.
- [61.] Fossion, P., Rejas, M. C., Hirsch, B. (2006): Family resilience and transgenerational transmission of the Shoah traumatism, *Annales Medico Psychologiques* 164;115-119.
- [62.] Freedman, I., Combs, G. (1996): *Narrative Therapy. The social construction of preferred realities*. Norton, New York.
- [63.] Furstenberg, F. F., Hughes, M. E. (1995): Social capital and succssesful development among at-risk youth, *Journal of marriage and the family*, 57: 580-592.
- [64.] Gačić, B.(1978): *Porodična terapija alkoholizma*, Rad, Beograd.

- [65.] Gačić, B. (1988): *Alkoholizam, bolest porodice, pojedinca i društva*. Filip Višnjić, Beograd
- [66.] Gačić, B.(1992): Belgrade systemic approach to treatment of alcoholism: Principles and interventions, *Journal of Family Therapy*, 14, 103-122.
- [67.] Gačić, B. (1995): Beogradski ekosistemski model alkoholizma, *Alkoholizam*, 29, 3-4 .
- [68.] Gačić, B., Majkić, V. (2000): Porodična rezilijentnost: Ključni procesi, *Psihologija*,3-4,329-350.
- [69.] Galanter, M. (2006): Innovations: Alcohol, drug abuse: Spirituality in Alcoholics Anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services, *Psychiatric services* 57; 307-309
- [70.] Ganong, L. H. (2002): Family Resilience in Multiple Contexts, *Journal of Marriage and Family*, 64, 117-124.
- [71.] Garmezy, N. (1991): Resilience in childrens adaptation to negative life events and stressed environments, *Pediatric Annals*, 20 (9) 462-466.
- [72.] Garrett, J., Landau, J. (2007): Family Motivation to Change: A major factor in engaging alcoholics in treatment. *Alcohol Treatment Quarterly*. 24 (1/2). 65-83.
- [73.] Glantz, M. D., Sloboda, Z. (1999): *Analysis and reconceptualization of resilience*, Kluwer Academic publishers, New York.
- [74.] Goldenberg, N. (2008): *Family Therapy. An overview*, Thomson Brooks, New York.
- [75.] Goldstein, B. (2001): *Coping Style and Attributional Style as Mediators of Alcohol use and Depression Among Young Adults*. Doctoral dissertation: Department of Human development and Applied Psychology, University of Toronto.
- [76.] Grotberg, E. (2005): *Resilience for tomorrow*. International Council of Psychologists Convention, Iguazu, Brazil.
- [77.] Grotberg, E. (2006): *Implications of the shift from diagnosis and treatment to recovery and resilience for research and practice*, Georgetown University, Washington.
- [78.] Gunn, D. C. (1980): Family identity creation: A family strength building role activity. In: N. Stinnett, B. Chesser, J. De Frain, & P. Knaub ( Eds. ), *Building family strengths: Positive models for family life* ( pp. 17- 31 ). Linkoln, NE: University of Nebraska.
- [79.] Haley, J. (1980): *Leaving home*, McGraw-Hill, New York.
- [80.] Hawley, D.R., DeHaan, L. (1996): Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives, *Family Process*, 35 ( 3 ), 283-298.

- [81.] Heath, A.W., Stanton, M. D. (1998): Family based treatment: Stages and outcomes. In: Frances, R.,J., and Miller, S.I.,( eds). *Clinical Textbook of Addictive disorders*.(pp. 496-520). Guilford Press, New York.
- [82.] Henggler, S.W., Schoenwald, S. K., Borduin, C.M., Rowland M. D. and Cunningham, P.B. (1998): *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*, Guilford Press, New York.
- [83.] Huang, J.C. (1991): Family stress and coping. In: S. J. Bahr (Ed. ), *Family research: A sixty year review, 1930-1990* ( Vol. 1, pp. 289-334 ), New York.
- [84.] Huber, C. (2002): Family Resilience Within Individual Psychology: Stay the Same and Change. *The Journal of Individual Psychology*, Vol 58, No. 3 421-482.
- [85.] Hutchings, J., Lane, E. (2005): Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 386-391.
- [86.] Hyjer Dyk, P. (2004): Complexity of family life among the low-income and workinmg poor: introduction to the special issue. *Family Relations*, 53, 122-126.
- [87.] Ickovics, J. R., Park, C. L. (1998): Thriving: Broadening the paradigm beyond illness to health (Special issue), *Journal of Social issues*, 54(2).
- [88.] Jackson, A., Brooks-Gunn, J., Chien-Chung, H. & Glassman, M. (2000): Single mothers in low-wage jobs: financial strain, parenting, and preschoolers outcomes, *Child Development*, 71, 1409-1423
- [89.] Jackson J.K. (1954): The Adjustment of the Family to the Crisis Alcoholism, *Quart.J.Stud. Alc.*15: 562-586
- [90.] Jensen, P. S., Lewis, R. J., & Xenakis, S. N. (1986): The military family in review: Context, risk, and prevention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25 (2 ), 225-234.
- [91.] Jun, Hey Jung. (2008): *The effects of alcoholics familys family resilience on family adaptation*. Doctoral dissertation:Graduate school of environmental sciences, Yonsei University, Japan.
- [92.] Kalil, A. (2003): *Family resilience and good child outcomes*, Centre for Social Research and Evaluation, Ministry of Social Development.Te Manatu Whakaiato Ora, New Zealand.
- [93.] Kaplan, C., P., Turner, S., Norman, E. (1996) : Promoting resilience strategies: A modified consultation model, *Social Work in Education* 18 (3), 158-169.
- [94.] Kaufman, E. (1990): Critical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of their application to a psychotherapeutic approach, *Journal of the Addictions* 25: 97-114.
- [95.] Kaufman, E., Pattison, E.M. (1981): Differential methods of family therapy in the treatment of alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol* 42(11) 951-971.

- [96.] Keller, H.(2003): *A measurable model of resilience*. Doctoral dissertation: Seton Hall University, New Jersey.
- [97.] Kilian,B. (2004): *The development, implementation and evaluation of a community-based programme offering psychosocial support to vulnerable children: Those affected by HIV/AIDS, poverty and violence*. Doctoral dissertation: University of Kwa Zulu-Natal.
- [98.] Kissane, D.W., Bloch, S., Dowe, D. L. (1996): The Melbourne family grief study, perceptions of family functioning in Bereavement, *American journal of Psychiatry*, 153: 650-58.
- [99.] Kobasa, S. C. (1979): Stresful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 ( 1 ), 1-11.
- [100.] Kobasa, S. C. (1981): Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship, *Journal of Health and Social Behavior*, 22 368-373.
- [101.] Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982): Hardiness and health: A prospective study, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 ( 1 ),168-177.
- [102.] Koran, I.M., Thienneman, M. I., Davenport, R. (1996): Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder, *American Journal of psychiatry*, 153 (6)783-788.
- [103.] Kuburić, Z. (2001): *Porodica i psihičko zdravlje dece*, Čigoja štampa, Beograd.
- [104.] Kuburić, Z. (2002): *Religija, veronauka, tolerancija*. CEIR, Novi Sad
- [105.] Kuburić, Z. (2008): *Religija, porodica i mladi*, drugo izdanje. CEIR, Novi Sad- Čigoja štampa, Beograd.
- [106.] Kumpfer, K. L. (1999): *Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework*, Kluwer Publisher, New York.
- [107.] Landau, J. (1982): Therapy with families in cultural transition. In M.-McGoldrick, J.K. Pearce,& J.Giordano (Eds.), *Ethnicity and family therapy*, Guilford Press, New York.
- [108.] Landau,J., Garrett, J., Shea, R., Stanton, M.D., Baciewicz, G.,&Brinkman-Sull, D. (2000): Strength in numbers: Using family links to overcome resistance to addiction treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 379-398.
- [109.] Landau, J., Saul, J. (2004): Facilitating family & community resilience in response to major disaster. In:Walsh, F.& McGoldrick E.(Eds.). *Living beyond loss* , Norton, New York.
- [110.] Lazarus, A. (2004): *Relationship among indicators of child and family resilience and adjustment following the september 11, 2001 tragedy*. The Emory Center for Myth and Ritual in American Life. Working paper no. 36.
- [111.] Lazarus, R. S. (1993): Coping theory and research: Past, present and future, *Psychosomatic medicine*, 55 2324-47.

- [112.] Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York.
- [113.] Lee, P. A., Brage, D. G. ( 1989 ): Family life education and research: Toward a more positive approach. In M. J. Fine ( Ed. ), *The second handbook od parent education* ( pp. 347- 378 ). Academia Press, San Diego.
- [114.] Lloyd, C.M., Rosman, E. (2005): Exploring menthal health outcomes for low-income mothers of children with special needs: implications for policy and practice, *Infants and Young Children*, 18, 186-199
- [115.] Lum, C. (2008): The Development of Family Resilience: Exploratory Investigation of a Resilience Program for Families Impacted by Chemical Dependency. A social work 298 Special Project. Presented to the Faculty of the School of Social Work. San Jose State University.
- [116.] Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000): Research on resilience: Response to commentaries. *Child development*, 71: 573-75
- [117.] Mahoney, A., Pargament, K., Swank,A. (2001): Religion in the home in 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting, *Journal of family psychology*, 15: 559-96.
- [118.] Majkić, V.(2002): *Rezilijentnost adolescentnih porodica u uslovima jugoslovenske krize*. Doktorska disertacija: Medicinski fakultet, Beograd.
- [119.] Masten, A.S., Coatsworth, J. D. (1998): The development of competence in favorable and unfavorable environmenst: Lessons from research on successful children, *American Psychologist*, 56: 227-38.
- [120.] McCubbin, H.I., Thompson, A.I. (1987): *Family assessment inventories for research and practice*. University of Wisconsin. Madison.
- [121.] McCubbin, H. I., McCubbin, M. A. (1992): Research utilization in social work practice of family treatment. In A.J. Grasso & J. Epstein ( Eds. ), *Research utilization in the social sciences: Inovation for practice and administration* ( pp. 149- 192 ). Haworth, New York.
- [122.] McCubbin, H.I., Thompson, A.I.(1988): *Family types and strenghs:A life cycle and ecological perspective*, Burgess Jut, Medina.
- [123.] McCubbin, H.I., Thompson, A. I.(1993): Culture,ethnicity and the Family: Critical Factors in childhood chronic illness and disabilitet. *Journal of pediatrics*, (5), 1063-1070.
- [124.] McCubbin, H.I., Thompson, E. A.(1996): *Family assessment: resiliency, coping and adaptation*, University of Wisconsin System, madison.
- [125.] McCubbin,H.I., Thompson, A. (1997): Families Under Stress: What Makes Them Resilient, *Journal of Family and Consumer Sciences*; 1-11
- [126.] McCubbin, H.I.,Thomson, E.A.(1998): *Stress,coping and Health in Family Resiliency. Sense of coherence and resiliancy*, Sage Publications, New York.
- [127.] McGoldrick, M., Pierce, J. K.,& Giordano, J. (1982): *Ethnicity and family therapy*. Guilford Press, New York.

- [128.] McLoyd, V.C., Wilson, L. (1990): Maternal behavior, social support, and economic conditions as predictors of distress in children. *New Directions for Child Development*, 46, 49-69
- [129.] Milić, A. (2007): *Sociologija porodice, kritika i izazovi*, Čigoja štampa, Beograd.
- [130.] Milić, A. (1988): *Rađanje moderne porodice*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd..
- [131.] Milojković, M., Srna, J., Mićović, R. (1997): *Porodična terapija*, Centar za brak i porodicu, Beograd.
- [132.] Minuchin, S. (1974): *Families and family therapy*, Tavistock, London.
- [133.] Mitić, M. (1988): *Terapija alkoholizma- proces i efekti*. Magistarska teza: Filozofski fakultet Beograd.
- [134.] Moos, R.H., Brennan, P.L., and Moos, B.S. (1991): Short-term processes of remission and nonremission among late-life problem drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15 (6): 948-955.
- [135.] Mohatt, G.V., Rasmus, S.M., Thomas, L., Allen, J., Hazel, K., Marlat, G.A. (2007): Risk, resilience, and natural recovery: a model of recovery from alcohol abuse from Alaska Natives. *Addiction*, 103, 205-215.
- [136.] Nastasić, P. (1998): *Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje*, Tehniss, Beograd.
- [137.] National Network for Family Resilience (1996): Understanding resiliency (On Line) [http://www.argr.umd.edu/users/nnfr/pub\\_under.html/](http://www.argr.umd.edu/users/nnfr/pub_under.html/)
- [138.] Newman, F. (1991): *The Myth of Psychology*, Castillo, New York.
- [139.] Niče, F. (1979): *Filozofija u tragičnom razdoblju Grka*, Grafos, Beograd.
- [140.] Ognjenović, V. (1996): *Zdravo da ste*, Filip Višnjić, Beograd.
- [141.] O Leary, V. (1998): Strength in the face of adversity: individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54, 425-446.
- [142.] Olson, D.H. (1986): Circumplex model VII: Validation studies and FACES III, *Family Process*, 25: 337-51.
- [143.] Olson, D. H., Lavee, Y., & McCubbin, H. J. ( 1988 ): Types of families and family response to stress across the family life cycle. In A. Aldous & D. M. Klein ( Eds. ), *Social stress and family development* ( pp. 16- 43 ). Guilford, New York.
- [144.] Olson, D. H., McCubbin, et al (1993): *Families: What makes them work?* (rev. ed.), Sage, Beverly Hills.
- [145.] Opalić, P. (1996): Istraživanja grupne psihoterapije danas, *Sociologija*, 1: 113-23
- [146.] Opalić, P. (1988): *Egzistencijalistička psihoterapija*, Nolit, Beograd.
- [147.] Opalić, P. (1998): *Biti i lečiti se*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.

- [148.] Orley, J. Saxena, S., & Herman, H. (1998). Quality of life and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 172, 291-293.
- [149.] Orthner, D.K. Jones-Sanpei, H. & Williamson, S. (2004): The resilience and strenghts of low-incomes families, *Family Relations*, 53, 159-167.
- [150.] Ou, S.R. (2005): Pathways of long-term effects of an early intervention program on educational attainment: findings from the Chicago longitudinal study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26, 578-611.
- [151.] Palmer, N. (1993): *Exploring Resilience in Adult Children of Alcoholics*. Doctoral dissertation, University of Kansas 6 -th National Symposium on Doctoral Research in Social Work.
- [152.] Pantić D. (1993): Promene religioznosti građana Srbije, *Sociološki pregled*, Vol XXVII, No.1-4.
- [153.] Patterson, J. M., Garwick, A. W. ( 1998 ): Theoretical linkages: Family meanings and sense of coherence. In: H. J. McCubbin, E. A. Thompson, A. J. Thompson, & J. E. Fromer ( Eds. ), *Stres, coping, and health in families sense of coherence and resiliency* ( pp. 71- 90, Sage, Thousand Oaks.
- [154.] Patterson, J.M. (2002): Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 37-45.
- [155.] Pavićević V. (1980): *Sociologija religije sa elementima filozofije religije*, drugo, izmenjeno izdanje, Beogradski grafičko-izdavački zavod, Beograd.
- [156.] Pearlin, L., Schooler, C.(1982): The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21
- [157.] Phelps, S.B., Jarvis, P.A. (1994): Coping in adolescence: Empirical evidence gor a theoretically based approach to assessing coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 (3): 359-71.
- [158.] Polk, L.V. (1997): Toward middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19, 1-13.
- [159.] Ponzetti, J. J., Long, E. ( 1989 ): Health family funkioning: A review and critique, *Family Therapy*, 16 ( 1 ), 43- 50.
- [160.] Popović, D. (1998): *Alkoholizam-bauk ili rešiv problem*, Savremena administracija, Beograd.
- [161.] Poslon, A. (1990): *Psihološka analiza činilaca koji doprinose razvoju alkoholne zavisnosti*. Magistarska teza: Medicinski fakultet, Zagreb.
- [162.] Prest, L.A., Keller, G. F.(1993): Spirituality and family therapy. *Journal of Marital Therapy*, 6: 29-36.
- [163.] Richardson, G. (2002): The methatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 58:3 307-321.
- [164.] Roberts, J. (1988): Setting the frame: Definition, functions, and typology of rituals. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. A. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy* (pp. 3-46). Norton, New York.

- [165.] Rolf, J.E., Johnson, J.L. (1999): *Opening doors to resilience interventions for prevention research*, Plenum Publishers, New York.
- [166.] Rosenbaum, M., Ben-Ari, K. (1985): Learned helplessness and learned resourcefulness: Effects of noncontingent success and failure on individuals differing in self-control skills, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 198-215.
- [167.] Rotter, J.B. (1966 ): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80 ( 1 ), Whole No. 609.
- [168.] Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factor and resistance too psychiatric disorders, *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- [169.] Rutter, M. (1979): Protective factors in childrens responses to stress and disadvantage. In M. V. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology, Vol 3: Social competence in children* (pp. 49-74). University Press of New England, Hanover.
- [170.] Rutter, M. (1993): Resilience: Some conceptual considerations, *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631.
- [171.] Rutter, M. (1999): Resilience concepts and findings: implication for family therapy. *Journal of Family Therapy* 21, 119-144.
- [172.] Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse&Neglect*, 31(3), 205-209.
- [173.] SAMSHA (2005): Treatment Improvement Protocols. Center for Substance Abuse treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, US.
- [174.] Satir, V. (1988): *The New Peoplemaning*. Science and Behavior Books, Palo Alto.
- [175.] Sedmak, T. (1988): *Terapijska zajednica kao metoda lečenja alkoholičara toksikomana*. Doktorska disertacija: Medicinski fakultet, Beograd..
- [176.] Seligman, M., Csikszentmihaly, M. (2000): Positive psychology: An introduction, *American psychologist*, 55: 5-14.
- [177.] Seiffge-Krenke, I. (1995): *Stress, coping, and relationships in adolescence*, Lawrence Erlbaum, Mahwah.
- [178.] Simon, J. B., Murphy, J .J. & Smith, S. M. (2005): Understanding and fostering family resilience, *The Family Journal*, 13, 427-436.
- [179.] Sixbey, M.T. (2005): Development of the Family Resilience Assessment Scale to identify family resilience constructs. Dissertation Abstracts International, (UMI No. 3204501).
- [180.] Smith, T. A. (1991): Family cohesion in remarried families. *Journal of divorce and remarriage*, 17:49-66.



- [181.] Smith, G. (1999): Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 154-158
- [182.] Stanton, M. D. (1997): The addict as savior: Heroin, death and family, *Family Process*, 16(2): 191-197.
- [183.] Stanton, M. D., Todd, T. C., and Associates. (1982): *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Guilford Press, New York.
- [184.] Statistički godišnjak Srbije (2002), Republički zavod za statistiku, Beograd.
- [185.] Steinglass, P. (1975): Family Therapy in Alcoholism. In:Kissin, B.,Begleiter, H., *The biology of alcoholism*, Vol. 4, Plenum Press, New York.
- [186.] Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J., and Reiss, D. (1987): *The Alcoholic Family*. BasicBooks, New York.
- [187.] Steinhauer, P. D., Santa-Barbara, J. (1984): The process model of family functioning, *Canadian Journal of psychiatry*, 29: 77-88.
- [188.] Stinnett, N. (1979): In search of strong families. In:N. Sttinnet, B. Chesser, & J. De Frain ( Eds. ), *Building family strenghts: Blueprints for action* ( pp. 23-30 ). University of Nebraska, Lincoln..
- [189.] Stinnett, N., De Frain, J. (1989): The healthy family: Is it possible? In: M. J. Fine ( Ed. ), *The second handbook on parent education* ( pp. 53-74 ), Academic Press, San Diego.
- [190.] Stewart, M.J. (1993): *Integrating Social Support in Nursing*. Sage Publications, Newbury Park, CA.
- [191.] Stojković, Lj. (1999): *Bračni lavirint. Vi, Vaš muž i alkohol*. Divit, Beograd.
- [192.] Stojković, Lj., Sedmak, T. (2003): *Alkoholizam, terapijski koncepti i praksa*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
- [193.] Šušnjić, Đ. (1982): *Znati i vjerovati, Teorijske orijentacije u proučavanju religije i ateizma*, Kršćanska sadašnjost i stvarnost, Zagreb.
- [194.] Šušnjić, Đ. (1992): *Oblici postojanja religije*. Filozofski fakultet. Novi Sad.
- [195.] Tallman, J. (1988): Problem solving in families: A revisionist view. In: A. Aldous & D. M. Klein ( Eds. ), *Social stres and family development* ( pp. 102-128 ). Guilford, New York.
- [196.] Tarter, R. E., Vanykov, M. (1999): Re-visiting the validity of the construct of resilience. U: M.D. Glanz i J.L. Johnson, *Resilience and development: Life adaptations*, Kluwer Academic/ plenum publishers. New York.
- [197.] Taylor, S.E., Aspinwall, L.G., Guiliano, T. A., Dakof, G. A., & Reardon, K.K. (1993): Storytelling and coping with sressful events, *Journal of Applied Social Psychology*, 23(9), 703-733.
- [198.] Tomanović, S. (2004): Relevance of social capital and its impications for children. *Sociologija*, vol XLVI, No. 3: 257-268.
- [199.] Trbić, V. (2000): *Opis alkoholičarske porodice*. Zadužbina Andrejević, Beograd.

- [200.] Trivette, C. M., Dunst, C. J., Deal, A. E., Hamer, W., & Propst, S. ( 1990 ). Assessing family strenghts and family functioning style, *Topics in Early Childhood Specialist Education*, 10 ( 1 ), 16-35.
- [201.] Van Breda, A.D. (2001): Resilience theory: A literature review. Pretoria. South Africa: South African Military Health Service. [http:-http://www.vanbreda.org/adrian/resilience.htm](http://www.vanbreda.org/adrian/resilience.htm)
- [202.] Vielva, I., Iraurgi,I. (2002): *Control perception and coping behavior in abstinence in alcoholics*, Instituto Deusto de Drogodependencias.Universidad de Deusto. Bilbao, Spain.
- [203.] Vigotski, L. (1977): *Mišljenje i govor*, Nolit, Beograd.
- [204.] Volin, S., Volin, S. (1993): *Rezilijentna ličnost. Kako preživeli iz problematičnih porodica prevazilaze teškoće*, Prosveta/Nispred, Beograd.
- [205.] Von Bertalanffy, L. (1975): General System Theory and Psychiatry, In: Arieti, S. *The American hanbook of Psychiatry*, Basis Books, New York.
- [206.] Waldern, T., Bell, N. J., Sorell, G. T. (1990): Cohesion and adaptibility in post-divorce remarried and firs married famillies: Realationships with family stress and coping style, *Journal of divorce and remarriage*, 14: 13-28.
- [207.] Walsh, F. (1985): Social change, disequilibrium, and adaptation an developing countries: A Moroccan example. In: Schwartzman(ed), *Families and other systems*, Guilford Press, New York.
- [208.] Walsh, F. (1993, 2. ed.): *Normal family processes*, Guilford Press, New-York/London.
- [209.] Walsh, F.(1996): The concepte of Family Resiliency: Crises and Chalenge, *Family Process*, 42, 1-18.
- [210.] Walsh, F. (1998): *Strenghtening family resilience*, Guilford Press, New York.
- [211.] Walsh, F. (2002): A family resilience framework: innovative practice applications. *Family Relations*, 51, 130-137.
- [212.] Walsh, F. (2003): *Normal family processes: growing diversity and complexity* (3rd edn.). Guilford Press, New York, London.
- [213.] Walsh, F. (2009, 2. ed.): *Spiritual resourses in family therapy*, Guilford Publications, New York.
- [214.] Watzlawick, D. (1984): *The invented reality*, Norton, New York.
- [215.] Werner, E.E., Smith, R. S. (1982): *Vulnerable, but invincible: A study of resilient children*, McGraw-Hill, New York.
- [216.] Werner, E.E., & Smith, R.S. (1992): *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*, Cornell University Press, Ithaca.
- [217.] Werner, E.E. (1995): Resilience in development. *Current Directions, Psychological Science*, 4, 81-85.

- [218.] White, W. (2005): Recovery: Its history and renaissance as an organizing construct, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 3-15.
- [219.] White, W. L., Chaney, R.A. (2008): Intergenerational patterns of resistance and recovery within families with histories of alcohol and other drug problems: What we need to know. [www.facesandvoicesofrecovery.org](http://www.facesandvoicesofrecovery.org)
- [220.] Wolin, S. J., Bennett, L. A. (1984): Family rituals, *Family Process*, 23 ( 3 ), 401-420.
- [221.] World Health Organization Quality of Life Group (1997): WHOQOL: Measuring quality of life: The World Health Organization Quality of Life Instruments (The WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- [222.] Zlatanović, Lj. (1999): The role of the persons self-concept in quality of life research, *The scientific journal Facta Universitatis*, 34-41.
- [223.] Zobenica, A. (2006): Analiza sociodemografskih i medicinskih parametara hospitalizovanih pacijenata Odeljenja za alkoholizam somborske bolnice. *Zbornik radova XXII savetovanja o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učesćem*, 43-47. Niš.

# PRILOZI

## TABELE KOJE SE ODOSE NA SOCIODEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE

Tabela 1. Prikaz nacionalne pripadnosti ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Pripadnost grupi		Eksperimentalna		Kontrolna	
Nacionalnost	Srbi	54	54,0%	59	59,0%
	Hrvati	15	15,0%	13	13,0%
	Rusini	16	16,0%	8	8,0%
	Nemci	2	2%	0	0%
	Mađari	12	12%	19	19%
	Slovaci	1	1%	1	1%

Tabela 2. Prikaz broja dece ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Pripadnost grupi		Eksperimentalna		Kontrolna	
Broj dece	Bez dece	2	2%	0	0%
	Jedno dete	23	23%	28	28%
	Dvoje dece	69	69%	67	67%
	Troje dece	4	4%	5	5%

## TABELE KOJE SE ODOSE NA PORODIČNO FUNKCIONISANJE

Tabela 3. Dimenzija porodične kohezivnosti i frekvencija odgovora ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Porodična kohezivnost</i>		Skoro nikad	Retko	Ponekad	često	Skoro uvek
1. Članovi naše porodice traže pomoć jedni od drugih	Eksperimentalna	4,0%	7,0%	15,0%	51,0%	23,0%
	Kontrolna	4,0%	17,0%	28,0%	38,0%	13,0%
3. Prihvatamo prijatelje svakog člana porodice	Eksperimentalna	4,0%	6,0%	20,0%	41,0%	29,0%
	Kontrolna	0,0%	2,0%	18,0%	39,0%	41,0%
5. Volimo da se stvari odvijaju samo u krugu porodice	Eksperimentalna	3,0%	12,0%	33,0%	26,0%	26,0%
	Kontrolna	4,0%	2,0%	28,0%	41,0%	25,0%
7. U našoj porodici osećamo se bliskije nego sa ljudima van porodice	Eksperimentalna	2,0%	6,0%	9,0%	31,0%	52,0%
	Kontrolna	3,0%	11,0%	13,0%	51,0%	22,0%
9. Volimo da zajedno provodimo vreme u porodičnom krugu	Eksperimentalna	3,0%	7,0%	8,0%	51,0%	31,0%
	Kontrolna	4,0%	8,0%	23,0%	41,0%	24,0%
11. U našoj porodici osećamo veliku bliskost	Eksperimentalna		6,0%	8,0%	39,0%	47,0%
	Kontrolna	2,0%	7,0%	7,0%	51,0%	33,0%
13. Kada radimo zajednički niko ne zabušava	Eksperimentalna	8,0%	10,0%	17,0%	33,0%	32,0%
	Kontrolna	2,0%	16,0%	24,0%	37,0%	21,0%
15. Lako možemo da nabrojimo ono što radimo zajedno kao porodica	Eksperimentalna	4,0%	10,0%	17,0%	40,0%	29,0%
	Kontrolna	4,0%	7,0%	28,0%	34,0%	27,0%
17. Članovi porodice se dogovaraju pre donošenja odluka	Eksperimentalna	7,0%	3,0%	12,0%	38,0%	40,0%
	Kontrolna	6,0%	8,0%	18,0%	45,0%	23,0%
19. Porodično zajedništvo nam je veoma važno	Eksperimentalna	2,0%	4,0%	3,0%	26,0%	65,0%
	Kontrolna	3,0%	8,0%	12,0%	40,0%	37,0%

Tabela 4. Dimenzija porodične kohezivnosti i frekvencija odgovora muškaraca, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Porodična kohezivnost - muškarci</i>		Skoro nikad	Retko	Ponekad	često	Skoro uvek
1. Članovi naše porodice traže pomoć jedni od drugih	Eksperimentalna	4%	6%	14%	50%	26%
	Kontrolna	4%	24%	26%	34%	12%
3. Prihvatamo prijatelje svakog člana porodice	Eksperimentalna	4%	6%	16%	44%	30%
	Kontrolna	0%	2%	24%	34%	40%

5.Volimo da se stvari odvijaju samo u krugu porodice	Eksperimentalna	6%	14%	34%	16%	30%
	Kontrolna	8%	0%	24%	40%	28%
7.U našoj porodici osećamo se bliskije nego sa ljudima van porodice	Eksperimentalna	4%	6%	8%	28%	54%
	Kontrolna	2%	12%	16%	44%	26%
9.Volimo da zajedno provodimo vreme u porodičnom krugu	Eksperimentalna	2%	8%	12%	54%	24%
	Kontrolna	2%	6%	26%	42%	24%
11.U našoj porodici osećamo veliku bliskost	Eksperimentalna	0%	4%	10%	42%	44%
	Kontrolna	2%	4%	2%	52%	40%
13.Kada radimo zajednički niko ne zabušava	Eksperimentalna	10%	8%	18%	36%	28%
	Kontrolna	2%	14%	28%	36%	20%
15.Lako možemo da nabrojimo ono što radimo zajedno kao porodica	Eksperimentalna	4%	8%	20%	34%	34%
	Kontrolna	4%	8%	32%	30%	26%
17.Članovi porodice se dogovaraju pre donošenja odluka	Eksperimentalna	6%	4%	12%	40%	38%
	Kontrolna	6%	8%	24%	38%	24%
19.Porodično zajedništvo nam je veoma važno	Eksperimentalna		4%	4%	28%	64%
	Kontrolna		10%	10%	40%	40%

Tabela 5. Dimenzija porodične kohezivnosti i frekvencija odgovora ispitanica, žena eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Porodična kohezivnost - žene</i>		<b>Skoro nikad</b>	<b>Retko</b>	<b>Ponekad</b>	<b>često</b>	<b>Skoro uvek</b>
1.Članovi naše porodice traže pomoć jedni od drugih	Eksperimentalna	4,0%	8,0%	16,0%	52,0%	20,0%
	Kontrolna	4,0%	10,0%	30,0%	42,0%	14,0%
3.Prihvatao prijatelje svakog člana porodice	Eksperimentalna	4,0%	6,0%	24,0%	38,0%	28,0%
	Kontrolna	,0%	2,0%	12,0%	44,0%	42,0%
5.Volimo da se stvari odvijaju samo u krugu porodice	Eksperimentalna		10,0%	32,0%	36,0%	22,0%
	Kontrolna		4,0%	32,0%	42,0%	22,0%
7.U našoj porodici osećamo se	Eksperimentalna	,0%	6,0%	10,0%	34,0%	50,0%

bliskije nego sa ljudima van porodice	Kontrolna	4,0%	10,0%	10,0%	58,0%	18,0%
9.Volimo da zajedno provodimo vreme u porodičnom krugu	Eksperimentalna	4,0%	6,0%	4,0%	48,0%	38,0%
	Kontrolna	6,0%	10,0%	20,0%	40,0%	24,0%
11.U našoj porodici osećamo veliku bliskost	Eksperimentalna	0,0%	8,0%	6,0%	36,0%	50,0%
	Kontrolna	2,0%	10,0%	12,0%	50,0%	26,0%
13.Kada radimo zajednicki niko ne zabušava	Eksperimentalna	6,0%	12,0%	16,0%	30,0%	36,0%
	Kontrolna	2,0%	18,0%	20,0%	38,0%	22,0%
15.Lako možemo da nabrojimo ono što radimo zajedno kao porodica	Eksperimentalna	4,0%	12,0%	14,0%	46,0%	24,0%
	Kontrolna	4,0%	6,0%	24,0%	38,0%	28,0%
17.Članovi porodice se dogovaraju pre donošenja odluka	Eksperimentalna	8,0%	2,0%	12,0%	36,0%	42,0%
	Kontrolna	6,0%	8,0%	12,0%	52,0%	22,0%
19.Porodično zajedništvo nam je veoma važno	Eksperimentalna	4,0%	4,0%	2,0%	24,0%	66,0%
	Kontrolna	6,0%	6,0%	14,0%	40,0%	34,0%

Tabela 6. Porodična adaptabilnost i frekvencija odgovora ispitanika, muškaraca eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Porodična adaptabilnost, muškarci</i>		<b>Sko- ro ni- kad</b>	<b>Re- tko</b>	<b>Pone- kad</b>	<b>često</b>	<b>Sko- ro uvek</b>
2.Pri rešavanju problema uvažavaju se se predlozi dece	Eksperimentalna	4,0%	6,0%	26,0%	48,0%	16,0%
	Kontrolna	2,0%	10,0%	18,0%	58,0%	12,0%
4.Poštuje se reč dece u njihovom vaspitanju	Eksperimentalna	2,0%	10,0%	22,0%	44,0%	22,0%
	Kontrolna	2,0%	8,0%	10,0%	48,0%	32,0%
6.Više naših članova ponaša se kao glava porodice	Eksperimentalna	16,0%	32,0%	26,0%	14,0%	12,0%
	Kontrolna	2,0%	28,0%	32,0%	28,0%	10,0%
8.U našoj porodici nas vesele i najobičnije aktivnosti koje obavljamo	Eksperimentalna	4,0%	4,0%	14,0%	38,0%	40,0%
	Kontrolna	2,0%	4,0%	34,0%	40,0%	20,0%

10.Roditelji i deca zajedno raspravljau o disciplinskim merama	Eksperimentalna	10,0%	6,0%	38,0%	24,0%	22,0%
	Kontrolna	4,0%	18,0%	26,0%	32,0%	20,0%
12.U našoj porodici i deca učestvuju u donošenju odluka	Eksperimentalna	4,0%	10,0%	18,0%	46,0%	22,0%
	Kontrolna	2,0%	6,0%	28,0%	44,0%	20,0%
14.Rešenja problema prilagođavamo situaciji	Eksperimentalna	8,0%	8,0%	8,0%	46,0%	30,0%
	Kontrolna	4,0%	14,0%	22,0%	34,0%	26,0%
16.Smenjujemo se u obavljanju kućnih poslova	Eksperimentalna	6,0%	8,0%	30,0%	36,0%	20,0%
	Kontrolna	4,0%	12,0%	40,0%	32,0%	12,0%
18.Teško je odrediti ko je kod nas glava porodice	Eksperimentalna	22,0%	26,0%	24,0%	10,0%	18,0%
	Kontrolna	6,0%	12,0%	30,0%	34,0%	18,0%
20.Teško je reći ko obavlja koji kućni posao	Eksperimentalna	22,0%	14,0%	30,0%	20,0%	14,0%
	Kontrolna	6,0%	30,0%	26,0%	32,0%	6,0%

Tabela 7. Porodična adaptabilnost i frekvenca odgovora ispitanica, žena eksperimentalne i kontrolne grupe

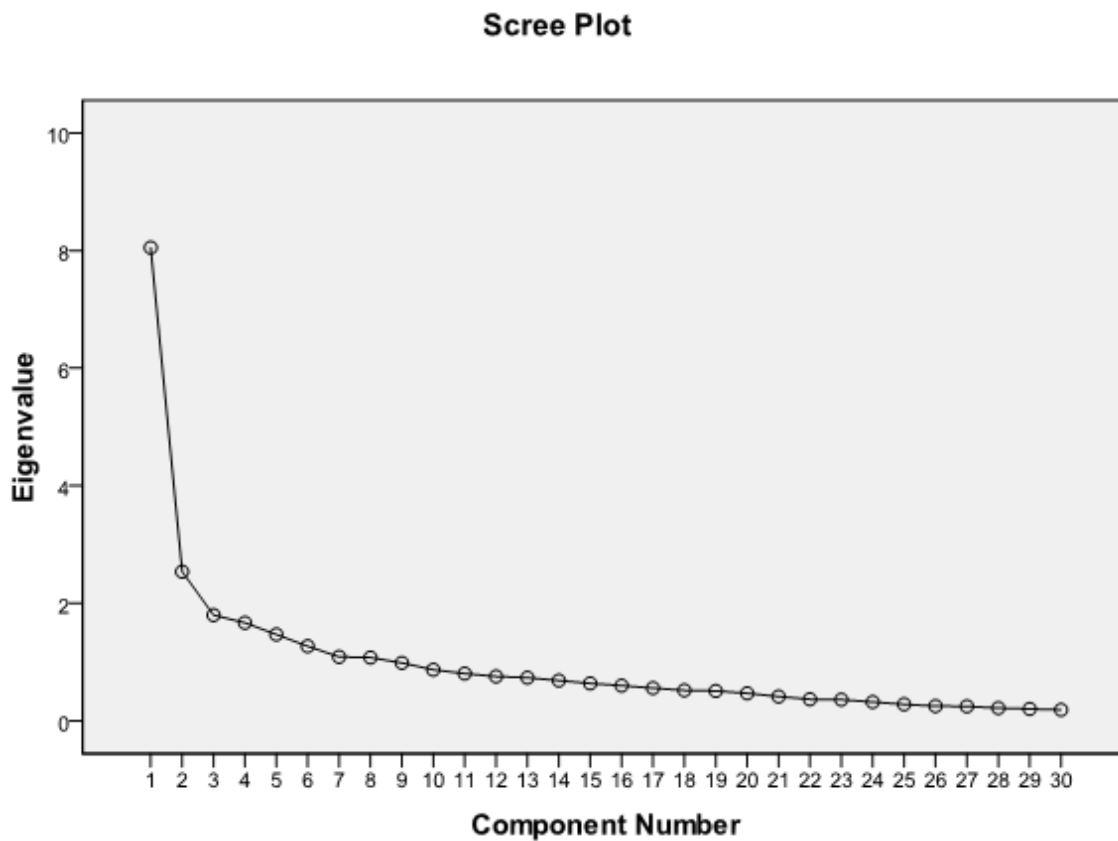
<i>Porodična adaptibilnost, žene</i>		<b>Skoro Ni-kad</b>	<b>Retko</b>	<b>Ponekad</b>	<b>Često</b>	<b>Skoro uvek</b>
2.Pri rešavanju problema uvažavaju se se predlozi dece	Eksperimentalna	2,0%	12,0%	20,0%	48,0%	18,0%
	Kontrolna	4,0%	8,0%	26,0%	50,0%	12,0%
4.Poštuje se reč dece u njihovom vaspitanju	Eksperimentalna	4,0%	8,0%	16,0%	52,0%	20,0%
	Kontrolna	,0%	10,0%	12,0%	56,0%	22,0%
6.Više naših članova ponaša se kao glava porodice	Eksperimentalna	4,0%	8,0%	16,0%	52,0%	20,0%
	Kontrolna	,0%	10,0%	12,0%	56,0%	22,0%
8.U našoj porodici nas vesele i najobičnije aktivnosti koje obavljamo	Eksperimentalna	2,0%	6,0%	14,0%	44,0%	34,0%
	Kontrolna	2,0%	6,0%	32,0%	40,0%	20,0%
10.Roditelji i deca zajedno raspravljau o disciplinskim merama	Eksperimentalna	10,0%	14,0%	20,0%	36,0%	20,0%
	Kontrolna	8,0%	6,0%	20,0%	44,0%	22,0%



12.U našoj porodici i deca učestvuju u donošenju odluka	Eksperimentalna	,0%	12,0%	16,0%	44,0%	28,0%
	Kontrolna	4,0%	12,0%	18,0%	42,0%	24,0%
14.Rešenja problema prilagodjavamo situaciji	Eksperimentalna	4,0%	12,0%	8,0%	42,0%	34,0%
	Kontrolna	4,0%	14,0%	38,0%	30,0%	14,0%
16.Smenjujemo se u obavljanju kućnih poslova	Eksperimentalna	8,0%	8,0%	34,0%	28,0%	22,0%
	Kontrolna	10,0%	24,0%	26,0%	28,0%	12,0%
18.Teško je odrediti ko je kod nas glava porodice	Eksperimentalna	16,0%	30,0%	14,0%	16,0%	24,0%
	Kontrolna	8,0%	10,0%	28,0%	40,0%	14,0%
20.Teško je reći ko obavlja koji kućni posao	Eksperimentalna	18,0%	24,0%	24,0%	14,0%	20,0%
	Kontrolna	14,0%	20,0%	32,0%	22,0%	12,0%

## TABELE I GRAFIKONI KOJE SE ODOSE NA PORODIČNE RESURSE

Na instrumentu Skala socijalne podrške na osnovu Katelovog skater dijagrama izdvojena su dva faktora koji ukupno objašnjavaju 35.3% varijanse.



Grafikon 1. Katelov skater dijagram izdvojenih faktora na Skali socijalne podrške

	Pod-unutrašnja	Pod-spoljašnja
pod25	-.697	
pod14	.689	.329
pod23	-.682	
pod22	-.667	
pod20	.645	
pod24	-.620	-.222

pod7	.560	.336
pod17	.559	.329
pod2	.548	.350
pod9	.546	.235
pod8	.533	.316
pod21	-.515	-.226
pod11	-.509	.244
pod10	.496	
pod18	.472	.465
pod30	.260	.258
pod26	.244	.687
pod5	.222	.686
pod15		.633
pod13		.596
pod19		.571
pod3	.233	.551
pod4		.521
pod12		.504
pod28		.444
pod1	.369	.442
pod6	.336	.407
pod27		.316
pod16	.243	.258
pod29		-.220

Tabela 8. Dimenzija porodični resursi-podrška unutrašnja, komunikacije. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na komunikaciju ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

8.Mi imamo uvek iste stavove kada su naša deca u pitanju	Eksperimentalna	1,0%	10,0%	22,0%	53,0%	14,0%
	Kontrolna	5,0%	12,0%	17,0%	42,0%	24,0%
14.Članovi moje porodice nastoje da mi pokažu ljubav	Eksperimentalna		5,0%	7,0%	70,0%	18,0%
	Kontrolna	2,0%	5,0%	12,0%	58,0%	23,0%
17.O školskim problemima svoje dece podjednako brinemo	Eksperimentalna	1,0%	5,0%	29,0%	48,0%	17,0%
	Kontrolna	3,0%	11,0%	21,0%	37,0%	28,0%
23.U porodici češće „čitamo misli“ nego što razgovaramo	Eksperimentalna	16,0%	55,0%	11,0%	10,0%	8,0%
	Kontrolna	8,0%	46,0%	17,0%	24,0%	5,0%

Tabela 9. Dimenzija porodični resursi-podrška unutrašnja, izražavanje emocija. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na izražavanje emocija, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Izražavanje emocija</i>		<b>Veoma netacno</b>	<b>Netacno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Tacno</b>	<b>Veoma tacno</b>
Osećam se dobro kada svoje vreme i energiju koristim zadobro porodice	Eksperimentalna			6,0%	49,0%	45,0%
	Kontrolna		2,0%	3,0%	54,0%	41,0%
U našoj porodici imamo poverenje jedni u druge	Eksperimentalna		4,0%	7,0%	59,0%	30,0%
	Kontrolna	1,0%	4,0%	28,0%	45,0%	22,0%
U našoj porodici je dozvoljeno da se pokažu pozitivna osećanja	Eksperimentalna		1,0%	7,0%	73,0%	19,0%
	Kontrolna	1,0%	3,0%	11,0%	58,0%	27,0%
U porodici otvoreno kažemo šta mislimo i osećamo bez obzira kako će se to prihvatiti	Eksperimentalna	1,0%	16,0%	10,0%	54,0%	19,0%
	Kontrolna	9,0%	26,0%	19,0%	32,0%	14,0%
U našoj porodici je dozvoljeno	Eksperimentalna	2,0%	7,0%	16,0%	66,0%	9,0%

biti tužan i plakati	Kontrolna	4,0%	11,0%	21,0%	45,0%	19,0%
U našoj porodici je lakše pokazati da si ljut nego dobro raspoložen	Eksperimentalna	12,0 %	48,0%	19,0%	11,0%	10,0%
	Kontrolna	6,0%	39,0%	28,0%	21,0%	6,0%

Tabela10. Dimenzija porodični resursi-podrška unutrašnja, izražavanje emocija. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na izražavanje emocija kod žena, ispitanica eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Izražavanje emocija, žene</i>		<b>Veoma Netačno</b>	<b>Netacno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Tacno</b>	<b>Veoma tacno</b>
1.Osećam se dobro kada svoje vreme i energiju koristim za dobro porodice	Eksperimentalna	.0%	4.0%	48.0%	48.0%	.0%
	Kontrolna	2.0%	4.0%	50.0%	44.0%	2.0%
2.U našoj porodici imamo poverenje jedni u druge	Eksperimentalna	.0%	6.0%	6.0%	60.0%	28.0%
	Kontrolna	2.0%	4.0%	28.0%	42.0%	24.0%
9.U našoj porodici je dozvoljeno da se pokažu pozitivna osećanja	Eksperimentalna	.0%	2.0%	4.0%	74.0%	20.0%
	Kontrolna	2.0%	4.0%	12.0%	52.0%	30.0%
10.U porodici otvoreno kažemo šta mislimo i osećamo bez obzira kako ce se to prihvatiti	Eksperimentalna	.0%	14.0%	8.0%	58.0%	20.0%
	Kontrolna	14.0 %	28.0%	20.0%	24.0%	14.0%
14.Članovi moje porodice nastoje da mi pokažu ljubav	Eksperimentalna	.0%	2.0%	4.0%	76.0%	18.0%
	Kontrolna	2.0%	4.0%	18.0%	54.0%	22.0%
20.U našoj porodici je dozvoljeno biti tužan i plakati	Eksperimentalna	4.0%	14.0%	18.0%	46.0%	18.0%
	Kontrolna	4.0%	14.0%	18.0%	46.0%	18.0%
25.U našoj porodici je lakše pokazati da si ljut nego dobro raspoložen	Eksperimentalna	14.0 %	46.0%	16.0%	10.0%	14.0%
	Kontrolna	4.0%	42.0%	22.0%	22.0%	10.0%

Tabela 11. Dimenzija porodični resursi-podrška spoljašnja, podrška socijalne mreže. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na podršku socijalne mreže ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Podrška socijalne mreže</i>		<b>Veoma netačno</b>	<b>Netačno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Tačno</b>	<b>Veoma tačno</b>
6.Naša porodica nema problema u ostvarivanju zdravstvenih i socijalnih prava	Eksperimentalna	4,0%	8,0%	7,0%	51,0%	30,0%
	Kontrolna	1,0%	7,0%	19,0%	44,0%	13,0%
7.Zaposleni članovi porodice su na svojim radnim mestima cenjeni	Eksperimentalna	0,0%	2,0%	11,0%	60,0%	27,0%
	Kontrolna	3,0%	5,0%	14,0%	48,0%	30,0%
12.Kada nam je teško mi znamo da možemo da se oslonimo na naše prijatelje	Eksperimentalna	0,0%	6,0%	27,0%	56,0%	11,0%
	Kontrolna	1,0%	1,0%	24,0%	54,0%	20,0%
13.Kada bi se našli u nevolji, ljudi oko nas i koje ne poznajemo bi nam pomogli	Eksperimentalna	1,0%	10,0%	48,0%	36,0%	5,0%
	Kontrolna	4,0%	9,0%	40,0%	40,0%	7,0%
15.Kada se nadjemo u nevolji znamo da možemo da računamo i na komšije	Eksperimentalna	,0%	7,0%	29,0%	53,0%	11,0%
	Kontrolna	1,0%	7,0%	25,0%	51,5%	15,5%
16.Nemamo teškoće sa opštinskim službama u ostvarivanju svojih prava	Eksperimentalna	3,0%	10,0%	22,0%	47,0%	18,0%
	Kontrolna	4,0%	8,0%	29,0%	44,0%	15,0%
18.Zaposleni članovi porodice su uvaženi na poslu	Eksperimentalna	1,0%	2,0%	10,0%	62,0%	25,0%

Tabela 12. Dimenzija porodični resursi-podrška spoljašnja, podrška socijalne mreže. Značajnost razlika skorova ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Podrška socijalne mreže</i>	Sig. (2-sided)
6.Naša porodica nema problema u ostvarivanju zdravstvenih i socijalnih prava	.094
12.Kad nam je teško znamo da možemo da se oslonimo na naše prijatelje	.116
13.Kada bi se našli u nevolji, ljudi oko nas i koje ne poznajemo bi nam pomogli	.537

15.Kada se nađemo u nevolji znamo da možemo da računamo i na komšije	.201
16.Nemamo teškoće sa opštinskim službama u ostvarivanju svojih prava	.791
18.Zaposleni članovi porodice su uvaženi na poslu	.052*
19.Naša šira porodica voli da dolazi kod nas	.001*
21.Naša porodica je pod velikim stresom	.005*
27.Zaposleni članovi porodice imaju dobre radne uslove	.164

Tabela 13. Dimenzija porodični resursi-podrška spoljašnja, finansijska sigurnost. Značajnost razlika skorova ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Finansijska sigurnost</i>	Sig. (2-sided)
26.Uvek imamo dovoljno novca da možemo da pokrijemo male nepredviđene troškove	.871
28.Imamo dovoljno ušteđevine da pokrijemo troškove za nešto što se ne može odložiti	.625
29.Brinemo kako ćemo platiti nepredviđeno velike troškove	.998
30.Mislimo da finansijski bolje stojimo nego pre pet godina	.003*

Tabela 14. Dimenzija porodični resursi-podrška spoljašnja, finansijska sigurnost. . Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na spoljašnju podršku, finansijsku sigurnost, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

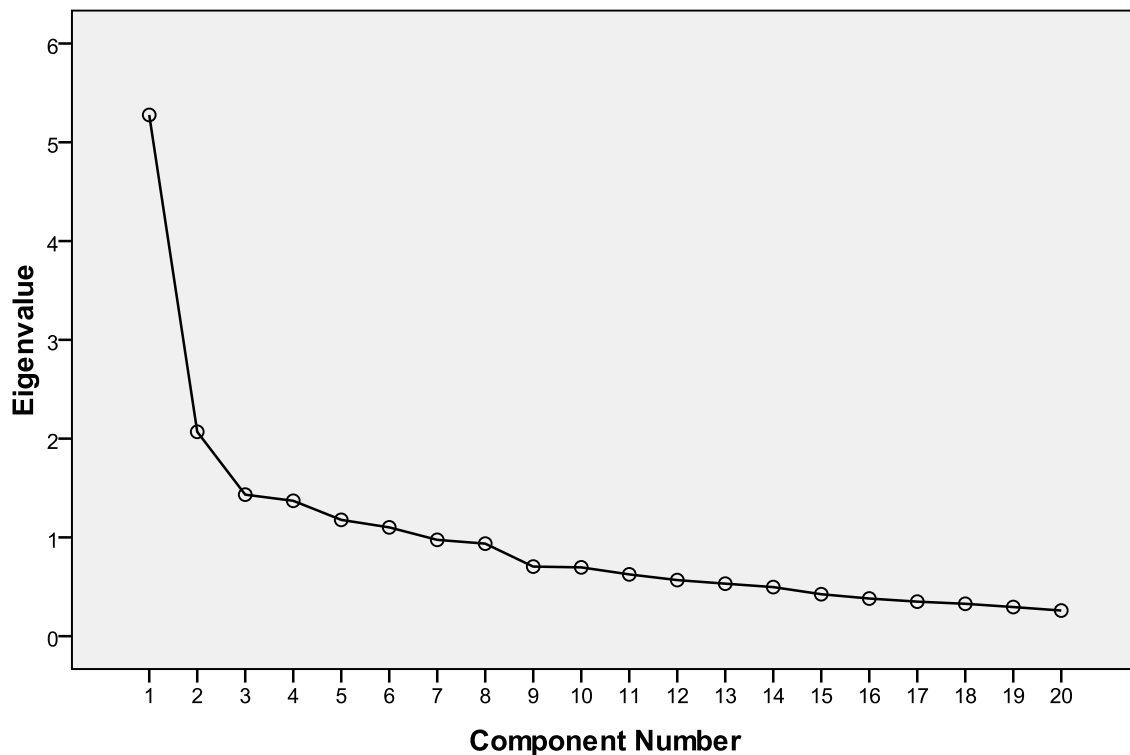
<i>Finansijska sigurnost</i>		<b>Veoma netacno</b>	<b>Netacno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Tacno</b>	<b>Veoma tacno</b>
26.Uvek imamo dovoljno novca da mozemo da pokrijemo male nepredvidene troškove	Eksperimentalna	9,0%	19,0%	16,0%	43,0%	13,0%
	Kontrolna	10,0%	18,0%	21,0%	37,0%	14,0%
28.Imamo dovoljno ušteđevine da pokrijemo troškove za nešto što se ne može odložiti	Eksperimentalna	15,0%	34,0%	18,0%	24,0%	9,0%
	Kontrolna	16,0%	38,0%	21,0%	21,0%	4,0%
29.Brinemo kako ćemo platiti nepredviđeno velike troškove	Eksperimentalna	6,0%	11,0%	17,0%	48,0%	18,0%
	Kontrolna	6,0%	10,0%	17,0%	50,0%	17,0%

30. Mislimo da finansijski bolje stojimo nego pre pet godina	Eksperimentalna	11,0%	18,0%	11,0%	45,0%	15,0%
	Kontrolna	15,0%	41,0%	16,0%	18,0%	10,0%



## TABELE I GRAFIKONI KOJE SE ODOSE NA PORODIČNE PROCENE

**Scree Plot**



**Grafikon 2. Kattelov skater dijagram izdvojenih faktora na Skali porodične snage**

Na Skali porodične snage na osnovu Kattelovog skater dijagrama izdvojena su dva faktora koji ukupno objašnjavaju 36.7% varijanse.

	_optimizam	p_pesimizam
Koher.18	.713	
Koher.13	.691	
Koher.12	.657	
Koher. 5	.618	
Koher. 6	.607	
Koher. 15	.598	-.239

Koher. 11	.595	-.333
Koher. 17	.593	
Koher. 7	.557	
Koher. 4	.423	
Koher.1	.326	
Koher. 20		.670
Koher. 19		.669
Koher. 3		.623
Koher. 2		.595
Koher. 10	-.453	.537
Koher. 8	-.428	.523
Koher. 9	.236	-.413
Koher. 14	-.326	.407
Koher.16		.208

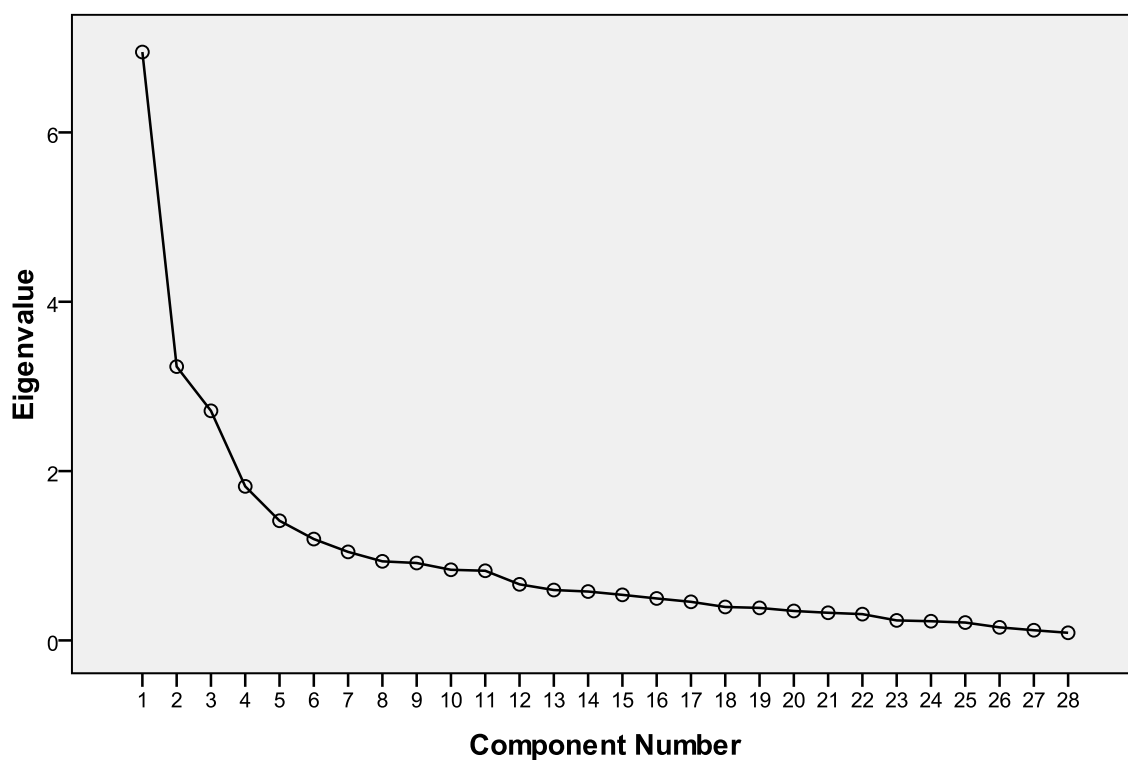
Tabela15. Dimenzija porodične procene-koherentnost-pesimizam. Frekvenca odgovora na ajteme koji se odnose na koherentnost-pesimizam ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

		<b>Netačno</b>	<b>Uglavnom netačno</b>	<b>Uglavnom tacno</b>	<b>Tacno</b>
2.Nije pametno planirati unapred jer se to nikad ne ostvari.	Eksperimentalna	38,0%	33,0%	14,0%	15,0%
	Kontrolna	20,0%	36,0%	18,0%	26,0%
3.Naš rad nije mnogo cenjen bez obzira koliko se trudili.	Eksperimentalna	31,0%	27,0%	21,0%	21,0%
	Kontrolna	12,0%	30,0%	33,0%	25,0%
8.Osećamo da sledeći problem koji nas snađe nećemo moći da prevaziđemo.	Eksperimentalna	47,0%	40,0%	10,0%	3,0%
	Kontrolna	37,0%	38,0%	18,0%	7,0%
10.Život izgleda dosadan i besmislen	Eksperimentalna	63,0%	31,0%	5,0%	1,0%
	Kontrolna	35,0%	44,0%	18,0%	3,0%
14.Stalno činimo iste stvari i to je dosadno	Eksperimentalna	37,0%	42,0%	16,0%	5,0%
	Kontrolna	23,0%	44,0%	22,0%	11,0%
16.Bolje je biti kod kuće nego ići u grad i družiti se	Eksperimentalna	31,0%	36,0%	16,0%	17,0%
	Kontrolna	24,0%	45,0%	22,0%	9,0%
19.Mnoge nesrećne situacije su posledica loše sreće	Eksperimentalna	34,0%	39,0%	17,0%	10,0%
	Kontrolna	19,0%	33,0%	26,0%	22,0%

## TABELE I GRAFIKONI KOJE SE ODNOSU NA RELIGIOZNOST I DUHOVNOST

Na Skali religioznosti i duhovnosti na osnovu Kattelovog skater dijagrama izdvojena su tri faktora koji ukupno objašnjavaju 46.1% varijanse.

**Scree Plot**



**Grafikon 3. Kattelov skater dijagram izdvojenih faktora na Skali religioznosti i duhovnosti**

	religioznost	_spoljašnji lokus	duhovnost
ver2	.873		
ver1	.858		
ver6	.803		
ver3	.791		
ver4	.775		

ver8	.761	.288	
ver5	.758		
ver7	.577		
ver13	-.571	.381	
ver30	.288	.682	
ver29	.421	.674	
ver26		.644	
ver19		.601	-.287
ver28	.355	.592	
ver18	.267	.578	
ver25		.553	
ver11		.486	
ver17		.453	
ver27		.347	.273
ver20	-.247	.264	
ver22	-.263		.708
ver23			.688
ver16			.588
ver21	-.322		.578
ver15	.389		.529
ver24	-.381	.275	.502
ver14	.361		.436
ver12			-.249

Tabela16. Dimenzija porodične procene-religioznost. Frekvenca odgovora na ajteme koji se odnose na religioznost ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Religioznost		Veoma netačno	Donekle Netačno	Neodređeno	Donekle Tačno	Veoma tačno
1.Život ima samo jedan smisao, a to je Bog	Eksperimentalna	24,0%	9,0%	24,0%	33,0%	10,0%
	Kontrolna	18,0%	11,0%	36,0%	25,0%	10,0%
2.Bog rukovodi našim životima	Eksperimentalna	16,0%	10,0%	29,0%	35,0%	10,0%
	Kontrolna	15,0%	15,0%	32,0%	28,0%	10,0%
3.Žalost ima smisao samo ako verujemo u Boga	Eksperimentalna	18,0%	8,0%	32,0%	34,0%	8,0%
	Kontrolna	17,0%	11,0%	44,0%	19,0%	9,0%
4.Postoji Bog koji bdi nad svakim od nas	Eksperimentalna	8,0%	5,0%	23,0%	46,0%	18,0%
	Kontrolna	6,0%	13,0%	30,0%	36,0%	15,0%
5.Kad ljudi ne bi verovali u Boga, svetom bi vladao haos	Eksperimentalna	5,0%	7,0%	26,0%	37,0%	25,0%
	Kontrolna	6,0%	8,0%	32,0%	41,0%	13,0%
6.Čovek može Bogu da zahvali za život	Eksperimentalna	10,0%	9,0%	18,0%	40,0%	23,0%
	Kontrolna	10,0%	6,0%	30,0%	33,0%	21,0%
7.Često razgovaram sa drugim ljudima o svojoj veri u Boga	Eksperimentalna	23,0%	34,0%	22,0%	17,0%	4,0%
	Kontrolna	22,0%	35,0%	27,0%	13,0%	3,0%
8.Kad nešto ne uradim dobro , uplašim se Božije kazne	Eksperimentalna	16,0%	7,0%	22,0%	46,0%	9,0%
	Kontrolna	13,0%	10,0%	34,0%	39,0%	4,0%
13.Ne može se znati zasigruno da li ima Boga ili ne	Eksperimentalna	16,0%	15,0%	37,0%	24,0%	8,0%
	Kontrolna	10,0%	18,0%	38,0%	22,0%	12,0%

Tabela 17. Dimenzija porodični procene-religioznost. Značajnost razlika skorova ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Religioznost</i>	Sig. (2-sided)
1.Život ima smao jedan smisao, a to je Bog	.335
2.Bog rukovodi našim životima	.744
3.Žalost ima smisao samo ako verujemo u Boga	.153
4.Postoji Bog koji bdi nad svakim od nas	.181
5.Kad ljudi ne bi verovali u Boga svetom bi vladao haos	.311
6.Čovek može Bogu da zahvali za život	.359
7.Često razgovaram sa drugim ljudima o svojoj veri u Boga	.874
8.Kad nešto ne uradim dobro, uplašim se Božije kazne	.206
13.Ne može se znati zasigruno da li ima Boga ili ne	.634

Tabela 18. Dimenzija porodične procene-spoljašnji lokus. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na spoljašnji lokus, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Spoljašnji lokus		Veoma netačno	Donekle Netačno	Neodređeno	Donekle Tačno	Veoma tačno
25.Volim da mi neko proriče sudbinu	Eksperimentalna	32,0%	36,0%	20,0%	8,0%	4,0%
	Kontrolna	32,0%	37,0%	17,0%	8,0%	6,0%
27.Nikada jedno zlo ne ide samo	Eksperimentalna	4,0%	4,0%	31,0%	52,0%	9,0%
	Kontrolna	9,0%	15,0%	26,0%	33,0%	17,0%
28.Ne volim kada mi crna mačka predje preko puta	Eksperimentalna	11,0%	8,0%	32,0%	35,0%	14,0%
	Kontrolna	11,0%	19,0%	15,0%	43,0%	12,0%
29.Crveni konac na bebinoj ruci štiti bebu	Eksperimentalna	16,0%	8,0%	26,0%	37,0%	13,0%
	Kontrolna	16,0%	15,0%	21,0%	26,0%	22,0%
30.Neki ljudi imaju	Eksperimentalna	9,0%	3,0%	34,0%	39,0%	15,0%

urokljive oči	a					
	Kontrolna	18,0%	8,0%	17,0%	27,0%	30,0%

Tabela 19. Dimenzija porodični procene-spoljašnji lokus. Značajnost razlika skorova ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Spoljašnji lokus	Sig. (2-sided)
25.Volim da mi neko proriče sudbinu	.957
27.Nikada jedno zlo ne ide samo	.064
28.Ne volim kada mi crna mačka pređe preko puta	.021
29.Crveni konac na bebinoj ruci štiti bebu	.141
30.Neki ljudi imaju urokljive oči	.131

Tabela 20. Dimenzija porodične procene-duhovnost. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na duhovnost, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Duhovnost		Veoma netačno	Donekle Netačno	Neodređeno	Donekle Tačno	Veoma tačno
11.Ja svoju religioznost više negujem u svojoj kući	Eksperimentalna	8,0%	14,0%	26,0%	38,0%	14,0%
	Kontrolna	8,0%	18,0%	26,0%	36,0%	12,0%
12.Sušтина vere je u činjenju dobra i nečinjenju zla	Eksperimentalna	,0%	3,0%	11,0%	56,0%	30,0%
	Kontrolna	2,0%	2,0%	12,0%	53,0%	31,0%
14.Pravedni bivaju nagrađeni	Eksperimentalna	3,0%	10,1%	34,3%	43,4%	9,1%
	Kontrolna	2,0%	2,0%	19,0%	56,0%	21,0%
15. Kada čovek čini dobro, dobrim mu se vraća	Eksperimentalna	2,0%	4,0%	10,0%	63,0%	21,0%
	Kontrolna	2,0%	6,0%	13,0%	42,0%	37,0%
16.Nesreće su deo života i imaju svoj smisao	Eksperimentalna	1,0%	3,0%	23,0%	49,0%	24,0%
	Kontrolna	3,0%	12,0%	38,0%	36,0%	11,0%



17.Od sudbine se ne može pobeći	Eksperimentalna	5,0%	25,0%	23,0%	25,0%	22,0%
	Kontrolna	4,0%	16,0%	22,0%	44,0%	14,0%
18.Našim životima upravlja viša sila	Eksperimentalna	9,0%	19,0%	35,0%	24,0%	13,0%
	Kontrolna	10,0%	25,0%	27,0%	29,0%	9,0%
19.Ne vredi se boriti , biće kako je zapisano	Eksperimentalna	29,0%	40,0%	16,0%	14,0%	1,0%
	Kontrolna	18,0%	35,0%	22,0%	18,0%	7,0%
20.Moja porodica je moja Crkva	Eksperimentalna	5,0%	10,0%	33,0%	33,0%	19,0%
	Kontrolna	11,0%	11,0%	24,0%	32,0%	22,0%
21.Učenje nam pomaže da savladamo probleme u životu	Eksperimentalna	1,0%	3,0%	16,0%	43,0%	37,0%
	Kontrolna	2,0%	4,0%	23,0%	42,0%	29,0%
22.Važno je dobro planirati život	Eksperimentalna	2,0%	5,0%	12,0%	51,0%	30,0%
	Kontrolna	6,0%	12,0%	12,0%	44,0%	26,0%
23.Svet u kome živimo je u osnovi dobar	Eksperimentalna	3,0%	6,0%	21,0%	51,0%	19,0%
	Kontrolna	8,0%	15,0%	22,0%	40,0%	15,0%
24.Čovek je kovač svoje sreće	Eksperimentalna	2,0%	8,0%	19,0%	51,0%	20,0%
	Kontrolna	5,0%	17,0%	18,0%	35,0%	25,0%

Tabela 21. Dimenzija porodični procene-duhovnost. Značajnost razlika skorova ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

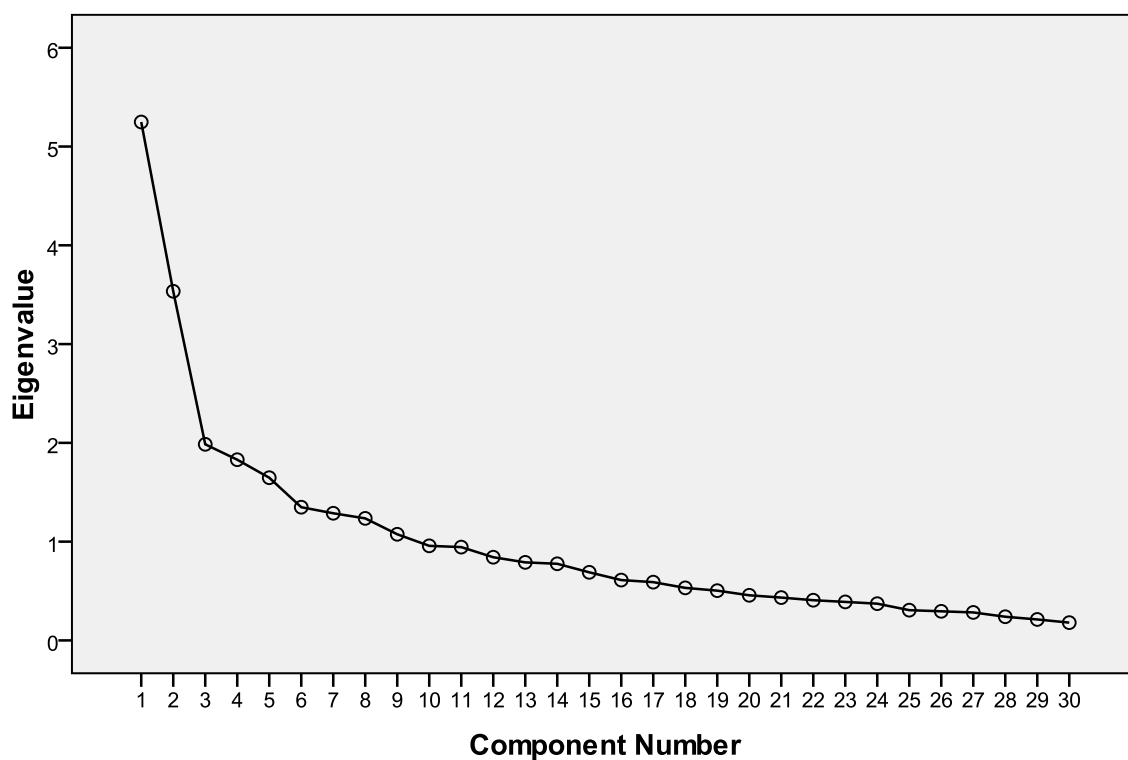
Duhovnost	Sig. (2-sided)
11.Ja svoju religioznost više negujem u svojoj kući	.950
12.Sušтина vere je u činjenju dobra i nečinjenju zla	.673
14.Pravedni bivaju nagrađeni	.003*
15.Kada čovek čini dobro, dobrim mu se vraća	.052*
16.Nesreće su deo života i imaju svoj smisao	.010*
17.Od sudbine se ne može pobeći	.058
18.Našim životima upravlja viša sila	.541

19.Ne vredi se boriti, biće kako je zapisano	.065
20.Moja porodica je moja Crkva	.412
21.Učenje nam pomaže da savladamo probleme u životu	.607
22.Važno je dobro planirati život	.224
23.Svet u kome živimo je u osnovi dobar	.033*
24.Čovek je kovač svoje sreće	.041*

## TABELE I GRAFIKONI KOJE SE ODOSE NA NAČINE LIČNOG I PORODIČNOG REŠAVANJA PROBLEMA

Na instrumentu Skala ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping), na osnovu Katelovog skater dijagrama izdvojena su dva faktora koji ukupno objašnjavaju 29.3% varijanse

**Scree Plot**



**Grafikon 4. Katelov skater dijagram izdvojenih faktora na Skali ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping)**

	samostalno	uz pomoć drugih
Kop.13	-.626	
Kop.20	.619	
Kop.19	.609	
Kop.22	.603	
Kop.27	.565	

Kop.17	.561	
Kop.14	.536	
Kop.12	-.467	.384
Kop.6	.464	
Kop.9	-.446	.240
Kop.3	.439	-.345
Kop.18	.401	
Kop.23	.337	.238
Kop.4	.291	-.239
Kop.7		.689
Kop.2	-.234	.610
Kop.26	.325	.544
Kop.1	-.308	.538
Kop.28	.426	.513
Kop.24	.345	.507
Kop.5		.503
Kop.21		.490
Kop.29	-.310	.471
Kop.25	-.295	.462
Kop.8		.429
Kop.11		.428
Kop.16	.332	.422
Kop.30		.331
Kop.10	-.235	.297
Kop.15		.243

## TABELE KOJE SE ODOSE NA KOPING STRATEGIJE

Tabela 22. Dimenzija ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping). Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na lični koping, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Lični koping</i>		<b>Veoma netačno</b>	<b>Donekle netačno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Donekle Tačno</b>	<b>Veoma tačno</b>
3.Zadržavate svoje probleme za sebe	Eksperimentalna	18,0%	33,0%	18,0%	19,0%	12,0%
	Kontrolna	5,0%	15,0%	29,0%	36,0%	15,0%
4.Znate da imate snage da rešite problem	Eksperimentalna	15,0%	14,0%	20,0%	34,0%	17,0%
	Kontrolna	4,0%	9,0%	29,0%	38,0%	20,0%
6.Koristite sredstva za umirenje uz lekarsku kontrolu	Eksperimentalna	34,0%	30,0%	8,0%	19,0%	9,0%
	Kontrolna	23,0%	26,0%	11,0%	27,0%	13,0%
9.Znate da je vaša porodica dovoljno snažna da reši problem	Eksperimentalna	3,0%	7,0%	9,0%	50,0%	31,0%
	Kontrolna	10,0%	9,0%	9,0%	48,0%	24,0%
19.Prepuštate se ljutnji	Eksperimentalna	34,0%	34,0%	9,0%	19,0%	4,0%
	Kontrolna	13,0%	28,0%	18,0%	30,0%	11,0%
20.Više gledate TV, filmove..	Eksperimentalna	34,0%	18,0%	16,0%	22,0%	10,0%
	Kontrolna	8,0%	29,0%	24,0%	30,0%	9,0%
23.Tužni ste, češće plaćete	Eksperimentalna	36,0%	28,0%	16,0%	13,0%	7,0%
	Kontrolna	16,0%	32,0%	26,0%	18,0%	8,0%
25.Gledate na problem sa svetlije strane jer se tako manje obeshrabrite	Eksperimentalna	8,0%	7,0%	15,0%	43,0%	27,0%
	Kontrolna	7,0%	13,0%	24,0%	44,0%	12,0%
27.Mislite da će problem proći sam od sebe ako budete dovoljno strpljivi	Eksperimentalna	40,0%	34,0%	10,0%	8,0%	8,0%
	Kontrolna	27,0%	24,0%	20,0%	22,0%	7,0%

Tabela 23. Dimenzija ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping). Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na lični koping, ispitanika, muškaraca, eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Lični koping-muškarci</i>		<b>Veoma netačno</b>	<b>Donekle netačno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Donekle tačno</b>	<b>Veoma tačno</b>
3.Zadržavate svoje probleme za sebe	Eksperimentalna	18,0%	34,0%	16,0%	20,0%	12,0%
	Kontrolna	2,0%	10,0%	32,0%	36,0%	20,0%

4. Znaete da imate snage da rešite problem	Eksperimentalna	8,0%	16,0%	18,0%	46,0%	12,0%
	Kontrolna	14,0%	22,0%	28,0%	14,0%	22,0%
6. Koristite sredstva za umirenje uz lekarsku kontrolu	Eksperimentalna	10,0%	30,0%	10,0%	46,0%	4,0%
	Kontrolna	16,0%	26,0%	20,0%	28,0%	10,0%
9. Znaete da je vaša porodica dovoljno snažna da reši problem	Eksperimentalna	2,0%	8,0%	12,0%	42,0%	36,0%
	Kontrolna	6,0%	10,0%	12,0%	50,0%	22,0%
17. Koristite sretstva za umirenje bez lekarske kontrole	Eksperimentalna	60,0%	22,0%	2,0%	8,0%	8,0%
	Kontrolna	42,0%	34,0%	6,0%	14,0%	4,0%
19. Prepuštate se ljutnji	Eksperimentalna	34,0%	30,0%	12,0%	18,0%	6,0%
	Kontrolna	18,0%	32,0%	18,0%	26,0%	6,0%
20. Više gledate TV, filmove..	Eksperimentalna	30,0%	24,0%	10,0%	24,0%	12,0%
	Kontrolna	4,0%	24,0%	26,0%	34,0%	12,0%
23. Tužni ste, češće plačete	Eksperimentalna	44,0%	36,0%	12,0%	4,0%	4,0%
	Kontrolna	24,0%	38,0%	32,0%	6,0%	,0%
25. Gledate na problem sa svetlije strane jer se tako manje obeshrabrite	Eksperimentalna	12,0%	6,0%	14,0%	42,0%	26,0%
	Kontrolna	8,0%	12,0%	32,0%	40,0%	8,0%
27. Mislite da će problem proći sam od sebe ako budete dovoljno strpljivi	Eksperimentalna	50,0%	28,0%	6,0%	12,0%	4,0%
	Kontrolna	26,0%	22,0%	16,0%	28,0%	8,0%

Tabela 24. Dimenzija ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping). Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na lični koping, ispitanika, žena, eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Lični koping-žene</i>		<b>Veoma netačno</b>	<b>Donekle Netačno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Donekle Tačno</b>	<b>Veoma tačno</b>
3. Zadržavate svoje probleme za sebe	Eksperimentalna	18,0%	32,0%	20,0%	18,0%	12,0%
	Kontrolna	8,0%	20,0%	26,0%	36,0%	10,0%
4. Znaete da imate snage da rešite problem	Eksperimentalna	12,0%	12,0%	22,0%	32,0%	22,0%
	Kontrolna	4,0%	6,0%	30,0%	42,0%	18,0%
6. Koristite sredstva za umirenje uz lekarsku kontrolu	Eksperimentalna	28,0%	30,0%	6,0%	22,0%	14,0%
	Kontrolna	30,0%	26,0%	2,0%	26,0%	16,0%
9. Znaete da je vaša porodica dovoljno snažna da reši problem	Eksperimentalna	4,0%	6,0%	6,0%	58,0%	26,0%
	Kontrolna	14,0%	8,0%	6,0%	46,0%	26,0%
17. Koristite sretstva za umirenje bez lekarske pomoci	Eksperimentalna	54,0%	26,0%	8,0%	12,0%	,0%
	Kontrolna	44,0%	26,0%	2,0%	18,0%	10,0%

19. Prepuštate se ljutnji	Eksperimentalna	34,0%	38,0%	6,0%	20,0%	2,0%
	Kontrolna	8,0%	24,0%	18,0%	34,0%	16,0%
20. Više gledate TV, filmove..	Eksperimentalna	38,0%	12,0%	22,0%	20,0%	8,0%
	Kontrolna	12,0%	34,0%	22,0%	26,0%	6,0%
23. Tužni ste, češće plačete	Eksperimentalna	28,0%	20,0%	20,0%	22,0%	10,0%
	Kontrolna	8,0%	26,0%	20,0%	30,0%	16,0%
25. Gledate na problem sa svetlije strane jer se tako manje obeshrabrite	Eksperimentalna	4,0%	8,0%	16,0%	44,0%	28,0%
	Kontrolna	6,0%	14,0%	16,0%	48,0%	16,0%
27. Mislite da će problem proći sam od sebe ako budete dovoljno strpljivi	Eksperimentalna	30,0%	40,0%	14,0%	4,0%	12,0%
	Kontrolna	28,0%	26,0%	24,0%	16,0%	6,0%

Tabela 25. Dimenzija ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping). Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na socijalni koping, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Socijalni koping		Veoma netačno	Donekle Netačno	Neodređeno	Donekle Tačno	Veoma tačno
2. Tražite ohrabrenje i pomoć od prijatelja	Eksperimentalna	9,0%	15,0%	13,0%	46,0%	17,0%
	Kontrolna	5,0%	18,0%	29,0%	37,0%	11,0%
5. Potražite savet od porodice koja se suočavala sa sličnim problemima	Eksperimentalna	8,0%	8,0%	14,0%	54,0%	13,0%
	Kontrolna	5,0%	22,0%	24,0%	43,0%	6,0%
7. Tražite pomoć od rodbine	Eksperimentalna	10,0%	15,0%	25,0%	43,0%	7,0%
	Kontrolna	10,0%	18,0%	21,0%	42,0%	9,0%
8. Potražite pomoć u nekoj specijalizovanoj ustanovi koja pomaže porodicama	Eksperimentalna	25,0%	12,0%	4,0%	38,0%	21,0%
	Kontrolna	31,0%	31,0%	7,0%	16,0%	15,0%
10. Prihvatate usluge i pomoć od komsija	Eksperimentalna	15,0%	11,0%	26,0%	39,0%	9,0%
	Kontrolna	22,0%	24,0%	10,0%	39,0%	5,0%
11. Tražite savet od kolega na poslu	Eksperimentalna	14,0%	11,0%	28,0%	39,0%	8,0%
	Kontrolna	9,0%	12,0%	14,0%	49,0%	16,0%
16. Odlazite u crkvu	Eksperimentalna	21,0%	19,0%	17,0%	27,0%	16,0%

	Kontrolna	15,0%	22,0%	15,0%	32,0%	16,0%
21. Tražite profesionalnu pomoć	Eksperimentalna	10,0%	18,0%	15,0%	37,0%	20,0%
	Kontrolna	17,0%	20,0%	19,0%	30,0%	14,0%
24. Uključujete se u Crkvene ili humanitarne aktivnosti	Eksperimentalna	41,0%	19,0%	18,0%	15,0%	7,0%
	Kontrolna	28,0%	33,0%	21,0%	15,0%	3,0%
26. Tražite savet od sveštenog lica	Eksperimentalna	44,0%	24,0%	9,0%	18,0%	5,0%
	Kontrolna	31,0%	34,0%	13,0%	17,0%	5,0%
29. Pitate svoje najbliže šta misle o problemu	Eksperimentalna	5,0%	8,0%	20,0%	56,0%	11,0%
	Kontrolna	18,0%	10,0%	11,0%	49,0%	12,0%
30. Koristite humor i šalu	Eksperimentalna	4,0%	7,0%	18,0%	34,0%	37,0%
	Kontrolna	1,0%	7,0%	4,0%	47,0%	41,0%

Tabela 26. Dimenzija ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping). Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na socijalni koping, ispitanika, muškaraca, eksperimentalne i kontrolne grupe

Socijalni koping- muškarci		Veoma netačno					Donekle Netačno		Neodređeno		Donekle tačno		Veoma tačno	
2. Tražite ohrabrenje i pomoć od prijatelja	Eksperimentalna	10,0%	16,0%	8,0%	48,0%	18,0%								
	Kontrolna	10,0%	18,0%	26,0%	28,0%	18,0%								
5. Tražite savet od porodice koja se suočavala sa sličnim problemima	Eksperimentalna	10,0%	8,0%	12,0%	58,0%	12,0%								
	Kontrolna	8,0%	18,0%	22,0%	42,0%	10,0%								
7. Tražite pomoć od rodbine	Eksperimentalna	10,0%	14,0%	28,0%	42,0%	6,0%								
	Kontrolna	10,0%	24,0%	24,0%	34,0%	8,0%								
8. Potražite pomoć u nekoj specijalizovanoj ustanovi koja pomaže porodicama	Eksperimentalna	28,0%	12,0%	4,0%	36,0%	20,0%								
	Kontrolna	30,0%	34,0%	10,0%	18,0%	8,0%								
10. Prihvatate usluge i pomoć od komšija	Eksperimentalna	14,0%	12,0%	20,0%	44,0%	10,0%								
	Kontrolna	12,0%	28,0%	20,0%	22,0%	18,0%								
11. Tražite savet od kolega na poslu	Eksperimentalna	14,0%	12,0%	28,0%	40,0%	6,0%								
	Kontrolna	8,0%	14,0%	8,0%	54,0%	16,0%								
16. Odlazite u crkvu	Eksperimentalna	22,0%	22,0%	12,0%	30,0%	14,0%								



	Kontrolna	20,0%	24,0%	18,0%	32,0%	6,0%
21. Tražite profesionalnu pomoć	Eksperimentalna	22,0%	6,0%	16,0%	38,0%	18,0%
	Kontrolna	8,0%	20,0%	32,0%	30,0%	10,0%
24. Uključujete se u crkvene ili humanitarne aktivnosti	Eksperimentalna	46,0%	14,0%	16,0%	18,0%	6,0%
	Kontrolna	30,0%	34,0%	18,0%	16,0%	2,0%
26. Tražite savet od sveštenog lica	Eksperimentalna	50,0%	18,0%	6,0%	20,0%	6,0%
	Kontrolna	34,0%	28,0%	14,0%	22,0%	2,0%
29. Pitate svoje najbliže šta misle o problemu	Eksperimentalna	8,0%	10,0%	20,0%	52,0%	10,0%
	Kontrolna	4,0%	10,0%	28,0%	48,0%	10,0%
30. Koristite humor i šalu	Eksperimentalna	6,0%	4,0%	10,0%	38,0%	42,0%
	Kontrolna	2,0%	10,0%	8,0%	40,0%	40,0%

Tabela 27. Dimenzija ličnog i porodičnog rešavanja problema (koping). Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na socijalni koping, ispitanika, žena, eksperimentalne i kontrolne grupe

Socijalni koping-žene		Veoma netacno					Donekle Netacno					Neodredjeno					Donekle tacno					Veoma tacno				
2. Tražite ohrabrenje i pomoć od prijatelja	Eksperimentalna	8,0%					14,0%					18,0%					44,0%					16,0%				
	Kontrolna	,0%					14,0%					24,0%					46,0%					16,0%				
5. Tražite savet od porodice koja se suočavala sa sličnim problemima	Eksperimentalna	6,0%					14,0%					16,0%					50,0%					14,0%				
	Kontrolna	8,0%					18,0%					16,0%					38,0%					20,0%				
7. Tražite pomoć od rodbine	Eksperimentalna	10,0%					16,0%					22,0%					44,0%					8,0%				
	Kontrolna	10,0%					12,0%					18,0%					50,0%					10,0%				
8. Potražite pomoć u nekoj specijalizovanoj ustanovi koja pomaže porodicama	Eksperimentalna	22,0%					12,0%					4,0%					40,0%					22,0%				
	Kontrolna	32,0%					28,0%					4,0%					14,0%					22,0%				
10. Prihvatate usluge i pomoć od komšija	Eksperimentalna	16,0%					10,0%					32,0%					34,0%					8,0%				
	Kontrolna	12,0%					12,0%					34,0%					30,0%					12,0%				
11. Tražite savet od kolega na poslu	Eksperimentalna	14,0%					10,0%					28,0%					38,0%					10,0%				
	Kontrolna	10,0%					10,0%					20,0%					44,0%					16,0%				

16.Odlazite u crkvu	Eksperimentalna	20,0%	16,0%	22,0%	24,0%	18,0%
	Kontrolna	10,0%	20,0%	12,0%	32,0%	26,0%
21.Tražite profesionalnu pomoć	Eksperimentalna	16,0%	12,0%	28,0%	26,0%	18,0%
	Kontrolna	12,0%	14,0%	30,0%	26,0%	18,0%
24.Uključujete se u Crkvene ili humanitarne aktivnosti	Eksperimentalna	36,0%	24,0%	20,0%	12,0%	8,0%
	Kontrolna	26,0%	32,0%	24,0%	14,0%	4,0%
26.Tražite savet od sveštenog lica	Eksperimentalna	38,0%	30,0%	12,0%	16,0%	4,0%
	Kontrolna	28,0%	40,0%	12,0%	12,0%	8,0%
29.Pitate svoje najbliže stamisle o problemu	Eksperimentalna	2,0%	6,0%	20,0%	60,0%	12,0%
	Kontrolna	6,0%	10,0%	20,0%	50,0%	14,0%
30.Koristite humor i šalu	Eksperimentalna	2,0%	10,0%	26,0%	30,0%	32,0%
	Kontrolna	,0%	8,0%	14,0%	50,0%	28,0%

## TABELE KOJE SE ODOSE NA KVALITET ŽIVOTA

Tabela 28. Dimenzija kvalitet života- frekvencija odgovora na aitem opšte ocene kvaliteta života ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Kako ocenjujete kvalitet svog života	Eksperimentalna	Kontrolna
Veoma loš	2,0%	0,0%
Loš	3,0%	10,0%
Ni loš ni dobar	16,0%	41,0%
Dobar	70,0%	47,0%
Veoma dobar	9,0%	2,0%

Tabela 29. Dimenzija kvalitet života- fizički aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na fizički aspekt, ispitanika, muškaraca, eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Fizički aspekt, muškarci</i>		Veoma loše	Loše	Ni dobro ni loše	Dobro	Veoma dobro
		Nimalo	Malo	Umereno	Veoma mnogo	U potpunosti
2. Vaše zdravlje je	Eksperimentalna	,0%	4,0%	26,0%	62,0%	8,0%
	Kontrolna	4,0%	32,0%	36,0%	28,0%	,0%
3. Do koje mere vas fizički bol sprečava da obavljate ono što obavljate?	Eksperimentalna	32,0%	32,0%	30,0%	2,0%	4,0%
	Kontrolna	16,0%	22,0%	42,0%	20,0%	,0%
11. Da li ste u stanju da prihvatite svoj fizički izgled?	Eksperimentalna		4,0%	4,0%	48,0%	44,0%
	Kontrolna		12,0%	20,0%	50,0%	18,0%
15. Koliko ste u stanju da se krećete?	Eksperimentalna	2,0%	2,0%	6,0%	46,0%	44,0%
	Kontrolna	,0%	14,0%	18,0%	42,0%	26,0%

		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
17. Koliko ste zadovoljni sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	Eksperimentalna	,0%	4,0%	12,0%	64,0%	20,0%
	Kontrolna	2,0%	24,0%	22,0%	46,0%	6,0%
18. Koliko ste zadovoljni sposobnošću da radite?	Eksperimentalna	,0%	8,0%	14,0%	50,0%	28,0%
	Kontrolna	2,0%	14,0%	38,0%	36,0%	10,0%
21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	Eksperimentalna	,0%	12,0%	28,0%	52,0%	8,0%
	Kontrolna	6,0%	18,0%	28,0%	38,0%	10,0%

Tabela 30. Dimenzija kvalitet života- fizički aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na fizički aspekt, ispitanica, žena, eksperimentalne i kontrolne grupe

<b>Fizički aspekt, žene</b>		<b>Veoma loše</b>	<b>loše</b>	<b>Ni dobro ni loše</b>	<b>Dobro</b>	<b>Veoma dobro</b>
2. Vaše zdravlje je	Eksperimentalna		2,0%	30,0%	66,0%	2,0%
	Kontrolna		4,0%	38,0%	58,0%	,0%
		<b>Nimalo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umereno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>U potpunosti</b>
3. Do koje mere vas fizički bol sprečava da obavljate ono što obavljate?	Eksperimentalna	30,0%	34,0%	28,0%	8,0%	
	Kontrolna	28,0%	12,0%	40,0%	20,0%	

11. Da li ste u stanju da prihvatite svoj fizički izgled?	Eksperimentalna	,0%	2,0%	6,0%	58,0%	34,0%
	Kontrolna	2,0%	10,0%	4,0%	50,0%	34,0%
15. Koliko ste u stanju da se krećete?	Eksperimentalna	2,0%	2,0%	4,0%	54,0%	38,0%
	Kontrolna	2,0%	8,0%	14,0%	40,0%	36,0%
		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
17. Koliko zadovoljni sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	Eksperimentalna	,0%	4,0%	18,0%	48,0%	30,0%
	Kontrolna	2,0%	8,0%	14,0%	56,0%	20,0%
18. Koliko zadovoljni sposobnošću radite?	Eksperimentalna	,0%	4,0%	12,0%	56,0%	28,0%
	Kontrolna	2,0%	2,0%	20,0%	56,0%	20,0%
21. Koliko zadovoljni svojim seksualnim životom?	Eksperimentalna	2,0%	4,0%	34,0%	56,0%	4,0%
	Kontrolna	4,0%	22,0%	42,0%	18,0%	14,0%

Tabela 31. Dimenzija kvalitet života-fizički aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na fizički aspekt, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Fizički aspekt</i>		<b>Veoma loše</b>	<b>loše</b>	<b>Ni dobro ni loše</b>	<b>Dobro</b>	<b>Veoma dobro</b>
2. Vaše zdravlje je	Eksperimentalna		3,0%	28,0%	64,0%	5,0%
	Kontrolna	2,0%	18,0%	37,0%	43,0%	
		<b>Nimalo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umereno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>U potpunosti</b>
3. Do koje mere vas fizički bol sprečava da obavljate ono što obavljate?	Eksperimentalna	31,0%	33,0%	29,0%	5,0%	2,0%
	Kontrolna	22,0%	17,0%	41,0%	20,0%	0
11. Da li ste u stanju da prihvatite svoj fizički izgled?	Eksperimentalna	0	3,0%	5,0%	53,0%	39,0%
	Kontrolna	1,0%	11,0%	12,0%	50,0%	26,0%
15. Koliko ste u stanju da se krećete?	Eksperimentalna	2,0%	2,0%	5,0%	50,0%	41,0%
	Kontrolna	1,0%	11,0%	16,0%	41,0%	31,0%
		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
17. Koliko ste zadovoljni sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	Eksperimentalna	0	4,0%	15,0%	56,0%	25,0%
	Kontrolna	2,0%	16,0%	18,0%	51,0%	13,0%
18. Koliko ste zadovoljni sposobnošću da radite?	Eksperimentalna	0	6,0%	13,0%	53,0%	28,0%
	Kontrolna	2,0%	8,0%	29,0%	46,0%	15,0%
21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	Eksperimentalna	1,0%	8,0%	31,0%	54,0%	6,0%
	Kontrolna	5,0%	20,0%	35,0%	28,0%	12,0%

Tabela 32. Dimenzija kvalitet života- psihički aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na psihički aspekt, ispitanika, muškaraca, eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Psihčki aspekt- muškarci</i>		<b>Veoma loše</b>	<b>loše</b>	<b>Ni dobro ni loše</b>	<b>Dobro</b>	<b>Veoma dobro</b>
1.Kako ocenjujete kvalitet svog života	Eksperimentalna	2,0%	2,0%	16,0%	68,0%	12,0%
	Kontrolna	,0%	14,0%	46,0%	36,0%	4,0%
		<b>Ni malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umereno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>U potpunosti</b>
5.U kolikoj meri uživate u životu?	Eksperimentalna	2,0%	6,0%	56,0%	32,0%	4,0%
	Kontrolna	8,0%	8,0%	64,0%	20,0%	,0%
6.U kolikoj meri osećate da vam je život smislen?	Eksperimentalna	4,0%	6,0%	40,0%	44,0%	6,0%
	Kontrolna	2,0%	16,0%	54,0%	28,0%	,0%
7.Koliko ste u stanju da se skoncentrišete?	Eksperimentalna	,0%	6,0%	36,0%	52,0%	6,0%
	Kontrolna	8,0%	10,0%	30,0%	44,0%	8,0%
10.Da li imate dovoljno energije za svakodnevni život?	Eksperimentalna	,0%	6,0%	12,0%	58,0%	24,0%
	Kontrolna	10,0%	18,0%	16,0%	46,0%	10,0%
14.U kolikoj meri imate vremena za dokolicu?	Eksperimentalna	10,0%	22,0%	28,0%	36,0%	4,0%
	Kontrolna	12,0%	34,0%	32,0%	20,0%	2,0%
		<b>Veoma neza- dovo- ljan</b>	<b>Nezado- voljan</b>	<b>Ni zadovo- ljan ni nezadovo- ljan</b>	<b>Zado- voljan</b>	<b>Veoma zadovo- ljan</b>
16.Koliko ste zadovoljni svojim snom?	Eksperimentalna	2,0%	10,0%	20,0%	48,0%	20,0%
	Kontrolna	8,0%	28,0%	18,0%	38,0%	8,0%
19.Koliko ste zadovoljni sobom?	Eksperimentalna	2,0%	2,0%	12,0%	64,0%	20,0%
	Kontrolna	4,0%	16,0%	48,0%	28,0%	4,0%
		<b>Nikada</b>	<b>Retko</b>	<b>Relativno</b>	<b>Često</b>	<b>Uvek</b>

				<b>često</b>		
26.Koliko često imate neraspoloženje i depresiju?	Ekperimentalna	10,0%	56,0%	22,0%	12,0%	,0%
	Kontrolna	2,0%	40,0%	34,0%	22,0%	2,0%

Tabela 33. Dimenzija kvalitet života- psihički aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na psihički aspekt, ispitanica, žena, eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Psihički aspekt-žene</i>		<b>Veoma loše</b>	<b>loše</b>	<b>Ni dobro ni loše</b>	<b>Dobro</b>	<b>Veoma dobro</b>
1.Kako ocenjujete kvalitet svog života	Ekperimentalna	2,0%	4,0%	16,0%	72,0%	6,0%
	Kontrolna	,0%	6,0%	36,0%	58,0%	,0%
		<b>Ni malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umereno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>U potpunosti</b>
5.U kolikoj meri uživate u životu?	Ekperimentalna	0,0%	18,0%	46,0%	30,0%	6,0%
	Kontrolna	2,0%	14,0%	70,0%	14,0%	,0%
6.U kolikoj meri osećate da vam je život smislen?	Ekperimentalna	2,0%	4,0%	38,0%	52,0%	4,0%
	Kontrolna	2,0%	18,0%	34,0%	44,0%	2,0%
7.Koliko ste u stanju da se skoncentrišete?	Ekperimentalna		6,0%	44,0%	46,0%	4,0%
	Kontrolna		4,0%	36,0%	42,0%	18,0%
10.Da li imate dovoljno energije za svakodnevni život?	Ekperimentalna	2,0%	2,0%	16,0%	54,0%	26,0%
	Kontrolna	2,0%	2,0%	24,0%	54,0%	18,0%
14.U kolikoj meri imate vremena za dokolicu?	Ekperimentalna	10,0%	36,0%	22,0%	24,0%	8,0%
	Kontrolna	12,0%	28,0%	36,0%	16,0%	8,0%
		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
16.Koliko ste zadovoljni	Ekperimentalna	4,0%	6,0%	12,0%	54,0%	24,0%



svojim snom?	Kontrolna	2,0%	2,0%	26,0%	54,0%	16,0%
19.Koliko ste zadovoljni sobom?	Eksperimentalna		4,0%	24,0%	56,0%	16,0%
	Kontrolna		14,0%	36,0%	38,0%	12,0%
		<b>Nikada</b>	<b>Retko</b>	<b>Relativno često</b>	<b>Često</b>	<b>Uvek</b>
26.Koliko često imate neraspoloženje i depresiju?	Eksperimentalna	6,0%	64,0%	24,0%	6,0%	
	Kontrolna	,0%	42,0%	44,0%	14,0%	

Tabela 34. Dimenzija kvaliteta života-psihički aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na psihički aspekt, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Psihički aspekt</i>		<b>Veoma loše</b>	<b>Loše</b>	<b>Ni dobro, ni loše</b>	<b>Dobro</b>	<b>Veoma dobro</b>
1.Kako ocenjujete kvalitet svog života	Eksperimentalna	2,0%	3,0%	16,0%	70,0%	9,0%
	Kontrolna		10,0%	41,0%	47,0%	2,0%
		<b>Ni malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umereno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>U potpunosti</b>
5.U kolikoj meri uživajte u životu?	Eksperimentalna	1,0%	12,0%	51,0%	31,0%	5,0%
	Kontrolna	5,0%	11,0%	67,0%	17,0%	
6.U kolikoj meri osećate da vam je život smislen?	Eksperimentalna	3,0%	5,0%	39,0%	48,0%	5,0%
	Kontrolna	2,0%	17,0%	44,0%	36,0%	1,0%
7.Koliko ste u stanju da se skoncentrišete?	Eksperimentalna		6,0%	40,0%	49,0%	5,0%
	Kontrolna	4,0%	7,0%	33,0%	43,0%	13,0%
10.Da imate dovoljno energije za svakodnevni život?	Eksperimentalna	1,0%	4,0%	14,0%	56,0%	25,0%
	Kontrolna	6,0%	10,0%	20,0%	50,0%	14,0%
14.U kolikoj meri imate vremena za dokolicu?	Eksperimentalna	10,0%	29,0%	25,0%	30,0%	6,0%
	Kontrolna	12,0%	31,0%	34,0%	18,0%	5,0%
		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
16.Koliko ste zadovoljni	Eksperimentalna	3,0%	8,0%	16,0%	51,0%	22,0%

svojim snom?	Kontrolna	5,0%	15,0%	22,0%	46,0%	12,0%
19.Koliko ste zadovoljni sobom?	Eksperimentalna	1,0%	3,0%	18,0%	60,0%	18,0%
	Kontrolna	2,0%	15,0%	42,0%	33,0%	8,0%
		<b>Nikada</b>	<b>Retko</b>	<b>Relativno često</b>	<b>Često</b>	<b>Uvek</b>
26.Koliko često imate neraspoloženje i depresiju?	Eksperimentalna	8,0%	60,0%	23,0%	9,0%	
	Kontrolna	1,0%	41,0%	39,0%	18,0%	1,0%

Tabela 35. Dimenzija kvalitet života-socijalni aspekt. Frekvenca odgovora na ajteme koji se odnose na socijalni aspekt, ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Socijalni aspekt</i>		<b>Ni malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umereno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>U potpunosti</b>
4.U kolikoj meri vam je potreban medicinski tretman da biste funkcionisali?	Eksperimentalna	38,0%	35,0%	18,0%	5,0%	4,0%
	Kontrolna	20,0%	23,0%	36,0%	19,0%	2,0%
8.Koliko bezbedno se osećate u svom svakodnevnom životu?	Eksperimentalna	2,0%	3,0%	32,0%	59,0%	4,0%
	Kontrolna	1,0%	17,0%	21,0%	57,0%	4,0%
9.Koliko je vaše fizičko okruženje zdravo?	Eksperimentalna	2,0%	6,0%	68,0%	24,0%	
	Kontrolna	1,0%	7,0%	45,0%	43,0%	4,0%
12.Da li imate dovoljno novca za svoje potrebe?	Eksperimentalna	4,0%	20,0%	35,0%	29,0%	12,0%
	Kontrolna	10,0%	39,0%	20,0%	29,0%	2,0%
13.Koliko su vam dostupne informacije koje su vam potrebne u svakodnevnom životu?	Eksperimentalna		3,0%	18,0%	63,0%	16,0%
	Kontrolna	1,0%	6,0%	20,0%	57,0%	16,0%
		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
20.Koliko ste zadovoljni svojim ličnim vezama sa drugima?	Eksperimentalna			16,0%	68,0%	16,0%
	Kontrolna	1,0%	13,0%	19,0%	53,0%	14,0%
22.Koliko ste zadovoljni podrškom koju vam pružaju prijatelji?	Eksperimentalna		6,0%	21,0%	54,0%	19,0%
	Kontrolna	1,0%	9,0%	26,0%	54,0%	10,0%
23.Koliko ste zadovoljni	Eksperimentalna		4,0%	19,0%	49,0%	28,0%

uslovima svog životnog prostora?	Kontrolna	1,0%	8,0%	24,0%	47,0%	20,0%
24.Koliko ste zadovoljni pristupom uslugama zdravstvene zaštite?	Eksperimentalna	3,0%	9,0%	37,0%	42,0%	9,0%
	Kontrolna		8,0%	34,0%	51,0%	7,0%
25.Koliko ste zadovoljni svojim prevozom?	Eksperimentalna	1,0%	5,0%	35,0%	43,0%	16,0%
	Kontrolna	2,0%	11,0%	33,0%	42,0%	12,0%

Tabela 36. Dimenzija kvalitet života- socijalni aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na socijalni aspekt, ispitanika, muškaraca, eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Socijalni aspekt-muškarci</i>		Ni malo	Malo	Umerno	Veoma mnogo	U potpunosti
4.U kolikoj meri vam je potreban medicinski tretman da biste funkcionisali?	Eksperimentalna	36,0%	34,0%	14,0%	10,0%	6,0%
	Kontrolna	20,0%	20,0%	36,0%	20,0%	4,0%
8.Koliko bezbedno se osećate u svom svakodnevnom životu?	Eksperimentalna	2,0%	2,0%	32,0%	60,0%	4,0%
	Kontrolna	2,0%	18,0%	16,0%	62,0%	2,0%
9.Koliko je vaše fizičko okruženje zdravo?	Eksperimentalna	4,0%	4,0%	64,0%	28,0%	,0%
	Kontrolna	2,0%	10,0%	38,0%	46,0%	4,0%
12.Da li imate dovoljno novca za svoje potrebe?	Eksperimentalna	4,0%	24,0%	28,0%	32,0%	12,0%
	Kontrolna	10,0%	44,0%	18,0%	26,0%	2,0%
13.Koliko su vam dostupne informacije koje su vam potrebne u svakodnevnom životu?	Eksperimentalna		4,0%	22,0%	58,0%	16,0%
	Kontrolna		4,0%	30,0%	52,0%	14,0%
		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>

20. Koliko ste zadovoljni svojim ličnim vezama sa drugima?	Eksperimentalna	,0%	,0%	20,0%	60,0%	20,0%
	Kontrolna	2,0%	16,0%	26,0%	44,0%	12,0%
22. Koliko ste zadovoljni podrškom koju vam pružaju prijatelji?	Eksperimentalna	,0%	8,0%	26,0%	52,0%	14,0%
	Kontrolna	2,0%	12,0%	20,0%	58,0%	8,0%
23. Koliko ste zadovoljni uslovima svog životnog prostora?	Eksperimentalna	,0%	2,0%	18,0%	54,0%	26,0%
	Kontrolna	2,0%	8,0%	32,0%	42,0%	16,0%
24. Koliko ste zadovoljni pristupom uslugama zdravstvene zaštite?	Eksperimentalna	4,0%	10,0%	38,0%	40,0%	8,0%
	Kontrolna	,0%	2,0%	44,0%	50,0%	4,0%
25. Koliko ste zadovoljni svojim prevozom?	Eksperimentalna	2,0%	6,0%	32,0%	46,0%	14,0%
	Kontrolna	2,0%	10,0%	40,0%	38,0%	10,0%

Tabela 37. Dimenzija kvaliteta života- socijalni aspekt. Frekvencija odgovora na ajteme koji se odnose na socijalni aspekt, ispitanica, žena, eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Socijalni aspekt-žene</i>		<b>Ni malo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umerno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>U potpunosti</b>
4. U kolikoj meri vam je potreban medicinski tretman da biste funkcionisali?	Eksperimentalna	40,0%	36,0%	22,0%	,0%	2,0%
	Kontrolna	20,0%	26,0%	36,0%	18,0%	,0%
8. Koliko bezbedno se osećate u svom svakodnevnom životu?	Eksperimentalna	2,0%	4,0%	32,0%	58,0%	4,0%
	Kontrolna	,0%	16,0%	26,0%	52,0%	6,0%
9. Koliko je vaše fizičko okruženje zdravo?	Eksperimentalna		8,0%	72,0%	20,0%	,0%
	Kontrolna		4,0%	52,0%	40,0%	4,0%
12. Da li imate dovoljno	Eksperimentalna	4,0%	16,0%	42,0%	26,0%	12,0%

novca za svoje potrebe?	Kontrolna	10,0%	34,0%	22,0%	32,0%	2,0%
13.Koliko su vam dostupne informacije koje su vam potrebne u svakodnevnom životu?	Eksperimentalna	,0%	2,0%	14,0%	68,0%	16,0%
	Kontrolna	2,0%	8,0%	10,0%	62,0%	18,0%
		<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
20.Koliko ste zadovoljni svojim ličnim vezama sa drugima?	Eksperimentalna		,0%	12,0%	76,0%	12,0%
	Kontrolna		10,0%	12,0%	62,0%	16,0%
22.Koliko ste zadovoljni podrškom koju vam pružaju prijatelji?	Eksperimentalna		4,0%	16,0%	56,0%	24,0%
	Kontrolna		6,0%	32,0%	50,0%	12,0%
23.Koliko ste zadovoljni uslovima svog životnog prostora?	Eksperimentalna		6,0%	20,0%	44,0%	30,0%
	Kontrolna		8,0%	16,0%	52,0%	24,0%
24.Koliko ste zadovoljni pristupom uslugama zdravstvene zaštite?	Eksperimentalna	2,0%	8,0%	36,0%	44,0%	10,0%
	Kontrolna	,0%	14,0%	24,0%	52,0%	10,0%
25.Koliko ste zadovoljni svojim prevozom?	Eksperimentalna	,0%	4,0%	38,0%	40,0%	18,0%
	Kontrolna	2,0%	12,0%	26,0%	46,0%	14,0%

Tabela 38. Dimenzija kvalitet života-socijalni aspekt. Značajnost razlika skorova koji se odnose na socijalni aspekt, po grupama i polu ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

<i>Socijalni aspekt</i>	Muskarci Sig.	Zene Sig
4.U kolikoj meri vam je potreban medicinski tretman da biste funkcionisali?	0,029*	0.001*
8.Koliko bezbedno se osećate u svom svakodnevnom životu?	0,259	0.524
9.Koliko je vase fizičko okruženje zdravo?	0,111	0.008*

12. Da li imate dovoljno novca za svoje potrebe?	0,008*	0.037*
13. Koliko su vam dostupne informacije koje su vam potrebne u svakodnevnom životu?	0,496	0.431
20. Koliko ste zadovoljni svojim ličnim vezama sa drugima?	0.003*	0.237
22. Koliko ste zadovoljni podrškom koju vam pružaju prijatelji?	0.408	0.039*
23. Koliko ste zadovoljni uslovima svog životnog prostora?	0.014	0.726
24. Koliko ste zadovoljni pristupom uslugama zdravstvene zaštite?	0.251	0.726
25. Koliko ste zadovoljni svojim prevozom?	0.256	0.427

Tabela 39. Dimenzija kvaliteta života: socijalni aspekt. Značajnost razlika skorova ispitanika eksperimentalne i kontrolne grupe

Socijalni aspekt	Sig. (2-sided)
4. U kolikoj meri vam je potreban medicinski tretman da biste funkcionisali?	0,000*
8. Koliko bezbedno se osećate u svom svakodnevnom životu?	0,014*
9. Koliko je vaše fizičko okruženje zdravo?	0,006*
12. Da li imate dovoljno novca za svoje potrebe?	0,001*

**SOCIJALNO-PSIHIJATRIJSKI LIST (Osnovni podaci o ispitaniku i porodici)**

1. Starost	1. do 30 godina	2. od 31-50 godina	3. preko 50 godina
2. Školska sprema	1. Osnovna škola	2. srednja škola	3. Viša škola ili fakultet
3. Zanimanje	1. radnik	2. službenik	3. stručnjak
4. Zaposlenost	1. stalno zaposlen	2. bez posla	3. povremeno radi
5. Nacionalnost			
6. Deca	1. broj		
7. Dužina braka	1. do 10 godina	2. od 11-20 godina	3. preko 20 godina
8. Razlog dolaska na lečenje	1. posao	2. porodica	3. zdravlje
9. Bolesti u primarnoj porodici	1. alkoholizam	2. teške psihičke/fizičke	3. nije bilo bolesti
10. Stresne situacije poslednjih pet godina	1. gubici bliskih osoba	2. gubitak posla ili veliki materijalni gubitak	3. nije bilo većih stresnih situacija
11. Poboljšanja fizičkog zdravlja	da	Ne	
12. Napredovanje na poslu	da	Ne	
13. Nagrade iz socijalnog okruženja (na poslu, sportskih, kulturnim, humanitarnim aktivnostima i	da	Ne	

drugo)		
14.Praktikovanje društvenih aktivnosti (političke, kulturne, humanitarne i druge)	da	Ne
15.Veće kupovine (kućna tehnika, automobil, stan i drugo)	da	ne



### FACES III

Uputstvo: Ovo su tvrdnje kojima ljudi obično opisuju svoje porodice. Pročitajte svaku od njih i odredite u kojoj meri svaka od njih opisuje Vašu porodicu. Ponuđeni su odgovori: skoro nikad, retko, ponekad, često, skoro uvek. Odlučite se za jedan od odgovora zavisno od toga kako ponuđena tvrdnja opisuje Vašu porodicu. Molimo Vas da na svaku tvrdnju date odgovor.

Procenite tvrdnje	Skoro nikad	Retko	Ponekad	Često	Skoro uvek
1.Članovi naše porodice traže pomoć jedni od drugih	1	2	3	4	5
2.Pri rešavanju problema uvažavaju se predlozi dece	1	2	3	4	5
3.Prihvatamo prijatelje svakog člana porodice	1	2	3	4	5
4.Poštuje se reč dece u njihovom vaspitanju	1	2	3	4	5
5.Volimo da se stvari odvijaju samo u krugu porodice	1	2	3	4	5
6.Više naših članova ponaša se kao glava porodice	1	2	3	4	5
7.U našoj porodici se osećamo bliskije nego sa ljudima van porodice	1	2	3	4	5
8.U našoj porodici nas vesele i najobičnije aktivnosti koje obavljamo	1	2	3	4	5
9.Volimo da zajedno provodimo vreme u porodičnom krugu	1	2	3	4	5

10.Roditelji i deca zajedno raspravljaju o disciplinskim merama	1	2	3	4	5
11.U našoj porodici osećamo veliku bliskost	1	2	3	4	5
12.U našoj porodici i deca učestvuju u donošenju odluka	1	2	3	4	5
13.Kada u porodici trebamo zajednički da radimo, niko ne zabušava	1	2	3	4	5
14.Rešenja problema prilagođavamo situaciji	1	2	3	4	5
15.Lako možemo da nabrojimo ono što radimo zajedno kao porodica	1	2	3	4	5
16.Smenjujemo se u obavljanju kućnih poslova	1	2	3	4	5
17.Članovi porodice se dogovaraju pre donošenja odluka	1	2	3	4	5
18.Teško je odrediti ko je kod nas glava porodice	1	2	3	4	5
19.Porodično zajedništvo nam je veoma važno	1	2	3	4	5
20.Teško je reći ko obavlja koji kućni posao	1	2	3	4	5

## SKALA SOCIJALNE PODRŠKE

Uputstvo: Pročitajte ponuđene tvrdnje i odlučite da li one odgovaraju ponašanju u Vašoj porodici. Ponuđeni su odgovori: veoma netačno, netačno, neodređeno, tačno, veoma tačno. Odlučite se za jedan od odgovora zavisno od toga kako procenjujete da data tvrdnja opisuje ponašanje u Vašoj porodici. Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju.

Procenite tvrdnje	Veoma netačno	Netačno	Neodređeno	Tačno	Veoma tačno
1. Osećamo se dobro kad svoje vreme i energiju koristimo za dobro naše porodice	1	2	3	4	5
2. U našoj porodici imamo poverenje jedni u druge	1	2	3	4	5
3. Imamo prijatelje kojim je stalo do nas i koji nas vole	1	2	3	4	5
4. Druženje sa komšijama je veoma važno za našu porodicu	1	2	3	4	5
5. Osećamo se dobro jer znamo da je naša rodbina uvek uz nas	1	2	3	4	5
6. Naša porodica nema problema u ostvarivanju zdravstvenih i socijalnih prava	1	2	3	4	5
7. Zaposleni članovi porodice su na svojim radnim mestima cenjeni	1	2	3	4	5

8.Mi uvek imamo iste stavove kada su u pitanju naša deca	1	2	3	4	5
9.U našoj porodici je dozvoljeno da se pokažu pozitivna osećanja	1	2	3	4	5
10.U porodici otvoreno kažemo šta mislimo i osećamo bez straha kako će se to prihvatiti	1	2	3	4	5
11.Fizički umor je sve vreme problem u našoj porodici	1	2	3	4	5
12.Kada nam je teško mi znamo da možemo da se oslonimo na naše prijatelje	1	2	3	4	5
13.Kada bi se našli u nevolji, ljudi oko nas, čak i koje ne poznajemo, bi nam pomogli	1	2	3	4	5
14.Članovi moje porodice nastoje da mi pokažu ljubav	1	2	3	4	5
15.Kad se nađemo u nevolji znamo da možemo da računamo i na komšije	1	2	3	4	5
16.Nemamo teškoće sa opštinskim službama u ostvarivanju svojih prava	1	2	3	4	5

17.O školskim problemima svoje dece podjednako brinemo	1	2	3	4	5
18.Zaposleni članovi porodice su uvaženi na poslu	1	2	3	4	5
19.Naša šira porodica voli da dolazi kod nas	1	2	3	4	5
20.U našoj porodici je dozvoljeno biti tužan i plakati	1	2	3	4	5
21.Naša porodica je pod velikom stresom	1	2	3	4	5
22.Znamo koju pomoć možemo dobiti jedni od drugih	1	2	3	4	5
23.U porodici češće "čitamo misli" nego što razgovaramo	1	2	3	4	5
24.U našoj porodici ima više slučajeva oboljenja(nazeb,grip) nego u drugima	1	2	3	4	5
25.U našoj porodici je lakše pokazati da si ljut nego dobro raspoložen	1	2	3	4	5
26.Uvek imamo dovoljno novca da možemo da pokrijemo male	1	2	3	4	5

nepredviđene troškove					
27.Zaposleni članovi porodice imaju dobre radne uslove	1	2	3	4	5
28.Imamo dovoljno ušteđevine da pokrijemo troškove za nešto što se ne može odložiti	1	2	3	4	5
29.Brinemo kako ćemo platiti nepredviđeno velike troškove	1	2	3	4	5
30.Mislimo da finansijski bolje stojimo nego pre pet godina	1	2	3	4	5

## SKALA PORODIČNE SNAGE I IZDRŽLJIVOSTI

Uputstvo:Pažljivo pročitajte svaku od ponuđenih tvrdnji i odredite u kojoj meri ponuđena tvrdnja opisuje ponašanje u Vašoj porodici. Zavisno od toga koliko svaka ponuđena tvrdnja odgovara ponašanju u Vašoj porodici izaberite jedan od ponuđenih odgovora: netačno, uglavnom netačno, uglavnom tačno, tačno. Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju.

<b>Navedite u kojoj meri se saglašavate sa tvrdnjama</b>	<b>Netačno</b>	<b>Uglavnom netačno</b>	<b>Uglavnom tačno</b>	<b>Tačno</b>
1.Problemi proističu iz grešaka koje pravimo	1	2	3	4
2.Nije pametno planirati unapred jer se to nikad ne ostvari	1	2	3	4
3.Naš rad nije mnogo cenjen bez obzira koliko se trudili	1	2	3	4
4.Loše stvari koje nam se dešavaju najčešće se nadoknade dobrim	1	2	3	4
5.Imamo osećaj da smo jaki čak i kad se nađemo pred velikim problemima	1	2	3	4
6.Mnogo puta osećamo da će i u teškim vremenima stvari izaći na dobro	1	2	3	4
7.Iako se ne slažemo u svemu, mi uvek možemo da računamo jedni na druge kad treba	1	2	3	4
8.Osećamo da sledeći problem koji nas snađe nećemo moći da prevaziđemo	1	2	3	4
9.Stvari uvek izađu na dobro ukoliko	1	2	3	4

kao porodica dobro funkcionišemo				
10.Život izgleda dosadan i besmislen	1	2	3	4
11.Svi se trudimo i ispomažemo bez obzira o čemu se radi	1	2	3	4
12.Kad planiramo aktivnosti trudimo se da to bude na zanimljiv način	1	2	3	4
13.Uvek saslušamo jedni druge kad neko ima problem ili neki strah	1	2	3	4
14.Stalno činimo iste stvari i to je dosadno	1	2	3	4
15.Ohrabrujemo jedni druge kad neko od nas treba da isproba nešto novo	1	2	3	4
16.Bolje je biti kod kuće nego ići u grad i družiti se	1	2	3	4
17.Učenje novih stvari se uvek podržava u našoj porodici	1	2	3	4
18.Zajedno rešavamo probleme članova naše porodice	1	2	3	4
19. Mnoge nesrećne situacije su posledica loše sreće	1	2	3	4
20.Našim životima upravlja slučaj i sreća	1	2	3	4



## SKALA RELIGIOZNOSTI I DUHOVNOSTI

Molimo pročitajte svaku tvrdnju, procenite šta u vezi toga osećate, i za svaku tvrdnju zaokružite onaj broj na skali koji u vašem slučaju daje najbolji odgovor.

	Veoma netačno	Donekle netačno	Neodređeno	Donekle tačno	Veoma tačno
1. Život ima samo jedan smisao, a to je Bog	1	2	3	4	5
2. Bog rukovodi našim životima	1	2	3	4	5
3. Žalost ima smisao samo ako veruje u Boga	1	2	3	4	5
4. Postoji Bog koji bdi nad svakim od nas	1	2	3	4	5
5. Kad ljudi ne bi verovali u Boga svetom bi	1	2	3	4	5

vladao haos					
6. Čovek može Bogu da zahvali za život	1	2	3	4	5
7. Često razovaram sa drugim ljudima o svojoj veri u Boga	1	2	3	4	5
8. Kad nešto ne uradim dobro uplašim se Božje kazne	1	2	3	4	5

9. U kojim sve aktivnostima u svojoj Crkvi učestvujete:

- a) odem u Crkvu da zapalim sveću
- b) odlazim u Crkvu zbog obreda (venčanja, krštenja )
- v) radi razgovora sa sveštenikom
- g) učestvujem u hodočašćima ili putovanjima koje Crkva organizuje
- d) odlazim u Crkvu radi susreta sa prijateljima
- đ) odlazim u Crkvu radi pevanja u horu
- e) posećujem predavanja koja se organizuju u Crkvi
- ž) svojim radom pomažem Crkvi

10. Kakav je vaš lični odnos prema religiji?

- a) uveren sam vernik i prihvatam sve što moja vera uči
- b) religiozan sam mada ne prihvatam sve što moja vera uči
- v) dosta razmišljam o tome ali nisam siguran da li verujem ili ne verujem
- g) nisam religiozan i nemam ništa protiv religije

	Veoma netačno	netačno	neodređeno	tačno	Veoma tačno
11. Ja svoju religioznost više negujem u svojoj kući	1	2	3	4	5
12. Suština vere je u činjenju dobra i nečinjenju zla	1	2	3	4	5
13. Ne može se zasigurno znati da li ima Boga ili ne	1	2	3	4	5
14. Pravedni bivaju nagrađeni	1	2	3	4	5
15. Kad čovek čini	1	2	3	4	5

dobro, dobrim mu se vrati					
16. Nesreće su deo života i imaju svoj smisao	1	2	3	4	5
17. Od sudbine se ne može pobeći	1	2	3	4	5
18. Našim životima upravlja viša sila	1	2	3	4	5
19. Ne vredi se boriti, biće kako je zapisano	1	2	3	4	5
20. Moja porodica je moja Crkva	1	2	3	4	5
21. Učenje nam pomaže da savladamo probleme u životu	1	2	3	4	5
22. Važno je	1	2	3	4	5

dobro planirati život					
23. Svet u kojem živimo je u osnovi dobar	1	2	3	4	5
24. Čovek je kovač svoje sreće	1	2	3	4	5
25. Volim kad mi neko proriče sudbinu	1	2	3	4	5
26. U horoskopu ima puno istine	1	2	3	4	5
27. Nikad jedno zlo ne ide samo	1	2	3	4	5
28. Ne volim kad mi crna mačka pređe preko puta	1	2	3	4	5
29. Crveni konac na bebinoj ruci štiti bebu	1	2	3	4	5

30. Neki ljudi imaju urokljive oči	1	2	3	4	5
------------------------------------	---	---	---	---	---

## SKALA LIČNOG I PORODIČNOG REŠAVANJA PROBLEMA

Uputstvo: Navedene tvrdnje opisuju ponašanje porodice prilikom reagovanja na probleme i teškoće. Ponuđeni su odgovori: veoma netačno, donekle netačno, neodređeno, donekle tačno, veoma tačno. Zavisno od toga u kojoj meri tvrdnja opisuje ponašanje Vaše porodice, odlučite se za jedan od ponuđenih odgovora. Molimo Vas da na svaku tvrdnju date svoj odgovor.

<b>Kad imate problem reagujete tako što...</b>	<b>Veoma netačno</b>	<b>Donekle netačno</b>	<b>Neodređeno</b>	<b>Donekle tačno</b>	<b>Veoma tačno</b>
1.Poveravate svoje teškoće najbližima	1	2	3	4	5
2.Tražite ohrabrenje i pomoć od prijatelja	1	2	3	4	5
3.Zadržavate svoje probleme za sebe	1	2	3	4	5
4.Znate da imate snage da rešite problem	1	2	3	4	5
5.Potražite savet od porodice koja se suočavala sa sličnim problemom	1	2	3	4	5
6.Koristite sredstva za umirenje uz lekarsku kontrolu	1	2	3	4	5
7.Tražite pomoć od rodbine	1	2	3	4	5
8.Potražite savet u nekoj specijalizovanoj ustanovi koja pomaže porodicama	1	2	3	4	5
9.Znate da je Vaša porodica	1	2	3	4	5

dovoljno snažna da reši problem					
10.Prihvatate usluge i pomoć od komšija	1	2	3	4	5
11.Tražite savet od kolega na poslu	1	2	3	4	5
12. Koliko god situacija bila teška trudite se da iz nje izvučete neku prednost	1	2	3	4	5
13.Suočavate se sa problemom bez oklevanja i pokušavate odmah da ga rešite	1	2	3	4	5
14.Više spavate nego uobičajeno	1	2	3	4	5
15.Pokazujete koliko ste jaki	1	2	3	4	5
16.Odlazite u crkvu	1	2	3	4	5
17.Koristite sredstva za umirenje bez kontrole lekara	1	2	3	4	5
18.Mirite se sa tim da teškoće uvek dolaze iznenada	1	2	3	4	5
19.Prepuštate se ljutnji	1	2	3	4	5
20.Više gledate TV, filmove..	1	2	3	4	5
21.Tražite profesionalnu pomoć	1	2	3	4	5
22.Imate veću potrebu za snom	1	2	3	4	5
23.Tužni ste, češće plačete	1	2	3	4	5



24.Uključujete se u crkvene ili humanitarne aktivnosti	1	2	3	4	5
25.Gledate na problem sa svetlije strane jer se tako manje obeshrabrite	1	2	3	4	5
26.Tražite savet od sveštenog lica	1	2	3	4	5
27.Mislite da će problem proći sam od sebe ako budete dovoljno strpljivi	1	2	3	4	5
28.Uzdate se u Božju pomoć	1	2	3	4	5
29.Pitate svoje bližnje šta misle o problemu	1	2	3	4	5
30.Koristite humor i šalu	1	2	3	4	5

## WHOQOL-BREF

Molimo pročitajte svako pitanje, procenite šta u vezi toga osećate, i za svako pitanje zaokružite onaj broj na skali koje u vašem slučaju daje najbolji odgovor.

	<b>Veoma loš</b>	<b>Loš</b>	<b>Ni dobar ni loš</b>	<b>Dobar</b>	<b>Veoma dobar</b>
1. Kako biste procenili kvalitet vašeg života?	1	2	3	4	5

	<b>Veoma loše</b>	<b>Loše</b>	<b>Ni dobro ni loše</b>	<b>Dobro</b>	<b>Veoma dobro</b>
2. Vaše zdravlje je?	1	2	3	4	5

Sledeća pitanja odnose se na to koliko ste iskusili izvesne stvari protekle dve nedelje.

	<b>Nimalo</b>	<b>Malo</b>	<b>Umereno</b>	<b>Veoma mnogo</b>	<b>Potpuno</b>
3. Do koje mere osećate da vas fizički bol sprečava da obavljate ono što je potrebno da	1	2	3	4	5

obavite					
4. U kolikoj meri vam je potreban medicinski tretman da biste funkcionisali u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
5. U kolikoj meri uživate u životu?	1	2	3	4	5
6. U kolikoj meri osećate da vam je život smislen?	1	2	3	4	5
7. Koliko ste u stanju da se skoncentrišete?	1	2	3	4	5
8. Koliko bezbedno se osećate u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
9. Koliko je vaše fizičko okruženje zdravo?	1	2	3	4	5

Sledeća pitanja odnose se na vašu procenu koliko doživljavate ili ste u stanju da obavite sledeće aktivnosti tokom protekle dve nedelje.

	<b>Nimalo</b>	<b>Malo</b>	<b>U skromnoj meri</b>	<b>Uglavnom</b>	<b>U potpunosti</b>
10. da li imate dovoljno energije za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
11. Da li ste u stanju da prihvatite svoj fizički izgled?	1	2	3	4	5
12. Da li imate dovoljno novca za sopstvene potrebe?	1	2	3	4	5
13. Koliko su vam dostupne informacije koje su vam potrebene u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
14. U kolikoj meri imate mogućnosti za	1	2	3	4	5

dokolicu?					
15. Koliko ste u stanju da se krećete?	1	2	3	4	5

Sledeća pitanja se odnose na vašu procenu zadovoljstva različitim oblastima života tokom protekle dve nedelje.

	<b>Veoma nezadovoljan</b>	<b>Nezadovoljan</b>	<b>Ni zadovoljan ni nezadovoljan</b>	<b>Zadovoljan</b>	<b>Veoma zadovoljan</b>
16. Koliko ste zadovoljni svojim snom?	1	2	3	4	5
17. Koliko ste zadovoljni sposobnošću da obavljate svakodnevne aktivnosti?	1	2	3	4	5
18. Koliko ste zadovoljni svojom radnom sposobnošću?	1	2	3	4	5
19. Koliko ste zadovoljni sobom?	1	2	3	4	5

20. Koliko ste zadovoljni svojim ličnim vezama sa drugima?	1	2	3	4	5
21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1	2	3	4	5
22. Koliko ste zadovoljni podrškom koju vam pružaju prijatelji?	1	2	3	4	5
23. Koliko ste zadovoljni uslovima svog životnog prostora?	1	2	3	4	5
24. Koliko ste zadovoljni uslugama zdravstvene zaštite?	1	2	3	4	5
25. Koliko ste zadovoljni svojim prevozom?	1	2	3	4	5

26. Koliko često imate neraspoloženje ili depresiju	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

## BIOGRAFIJA

Adela (Josifa), rođena Poslon, udato Zobenica, rođena je u Somboru 1957. gde živi i radi.

Diplomirala na Filozofskom fakultetu u Beogradu, Grupi za psihologiju. Diplomski rad sa temom iz oblasti socijalne patologije „Psihološki i psihopatološki oblici reagovanja ljudi u vanrednim situacijama“ pod mentorstvom prof. dr. Petra Opalića, odbranila 1980.

Pohađala edukaciju iz grupne analitičke psihoterapije kod prof. dr. Eugenije Cividini na Klinici za mentalno zdravlje u Osijeku i Zagrebu, Hrvatska.

Poslediplomske studije pohađala na Grupi za socijalnu psihijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu gde je 1990-te odbranila magistarsku tezu pod naslovom „Psihološka analiza činilaca koji doprinose razvoju alkoholne zavisnosti“ pod mentorstvom prof.dr. Marka Trbovića.

U periodu 1996-2006. uključena je u rad organizacije „Zdravo da ste“ Beograd, koja se bavila psihosocijalnom podrškom izbeglim osobama. Ova organizacija je saradivala i sa Institutom za socijalnu terapiju iz Njujorka. Kroz rad u ovoj organizaciji i saradnjom sa stručnjacima sa Instituta, Fredom Newmenom i prof.dr.Loiz Holzman, stekla je bogato iskustvo, saznanja i veštine za rad sa rizičnim socijalnim grupama.

Tokom 2004-2006. pohađala i završila Viši nivo edukacije iz sistemske porodične terapije alkoholizma pri Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu i stekla zvanje Porodičnog terapeuta alkoholizma.

Od 1982. godine do danas radi kao klinički psiholog u Dispanzeru i na Odeljenju za lečenje alkoholizma somborske Opšte bolnice (ranije Zdravstvenog Centra).

Terapeut je Kluba lečenih alkoholičara u Somboru od 1985. godine, a od 1994.godine do danas, radi u programima porodične terapije alkoholizma.

Učestvovala sa stručnim i naučnim radovima na seminarima i kongresima alkohologa.



Прилог 1.

## Изјава о ауторству

Потписани- Адела Зобеница

број уписа \_\_\_\_\_

### Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

УЧИНАК СИСТЕМСКЕ ТЕРАПИЈЕ НА РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ ПОРОДИЦА  
АЛКОХОЛИЧАРА

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 2012.

Адела Зобеница

Прилог 2.

## Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Адела Зобеница

Број уписа \_\_\_\_\_

Студијски програм \_\_\_\_\_

Наслов рада **УЧИНАК СИСТЕМСКЕ ТЕРАПИЈЕ НА РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ  
ПОРОДИЦА АЛКОХОЛИЧАРА**

Ментор **Доц. др Слађана Драгишић-Лабаш**

Потписани \_\_\_\_\_

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

**Потпис докторанда**

У Београду, 2012.

Адела Зобеница

Прилог 3.

## Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

УЧИНАК СИСТЕМСКЕ ТЕРАПИЈЕ НА РЕЗИЛИЈЕНТНОСТ ПОРОДИЦА  
АЛКОХОЛИЧАРА

---

---

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 2012.

Агата Зобеница