

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ ДС/СС 05/4-02 бр. 1937/1-VIII/5 24.12.2009. године	
--	--

ВЕЋЕ НАУЧНИХ ОБЛАСТИ
ДРУШТВЕНО-ХУМАНИСТИЧКИХ НАУКА

Наставно-научно веће Филозофског факултета у Београду је на својој II редовној седници, 24.12.2009. године – на основу чл. 211. став 1. алинеја 14. и члана 256. Статута Факултета, прихватило Извештај Комисије за докторске студије с предлогом теме за докторску дисертацију: **НОВИ ПРИСТУПИ У ОТКРИВАЊУ ПСИХОЛОШКИХ ФАКТОРА РИЗИКА У АЛКОХОЛИЧАРСКИМ ПОРОДИЦАМА** докторанда мр Снежану Светозаревић.

За ментора је одређена проф. др Марија Митић.

<u>Доставити:</u> 1х Универзитету у Београду 1х Стручном сараднику за докторске дисертације 1х Шефу Одсека за правне послове 1х Архиви	ПРЕДСЕДНИК ВЕЋА Проф. др Весна Димитријевић
--	---

Факултет Филозофски
04/1-2 бр. 6/1665
13.01.2010.
(број захтева)
(датум)

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ

Веће научних области друштвено-хуманистичких
наука
(Назив већа научних области коме се захтев упућује)

ЗАХТЕВ
за давање сагласности на предлог теме докторске дисертације

Молимо да, сходно члану 46. ст. 5. тач. 3. Статута Универзитета у Београду («Гласник Универзитета», бр. 131/06), дате сагласност на предлог теме докторске дисертације:

Нови приступи у откривању психолошких фактора ризика

живљења у алкохоличарским породицама
(пун назив предложене теме докторске дисертације)

НАУЧНА ОБЛАСТ психологија

ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ:

Име, име једног од родитеља и презиме кандидата:

Снежана (Миливоје) Светозаревић

Назив и седиште факултета на коме је стекао високо образовање: Филозофски фак. у Београду

Година дипломирања: 1999.

Назив магистарске тезе кандидата:

Однос између базичне структуре личности и поремећаја личности

Назив факултета на коме је магистарска теза одбрањена: Филозофски

Година одбране магистарске тезе: 2005.

Обавештавамо вас да је Наставно-научно веће

на седници одржаној 24.12.2009.

размотрило предложену тему и закључило да је тема подобна за израду докторске дисертације.

ДЕКАН ФАКУЛТЕТА

Др Весна Димитријевић

Прилог:

1. Предлог теме докторске дисертације са образложењем
2. Акт надлежног тела факултета о подобности теме за израду докторске дисертације

NOVI PRISTUPI U OTKRIVANJU PSIHOLOŠKIH FAKTORA RIZIKA ŽIVLJENJA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA

PROBLEM ISTRAŽIVANJA

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

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

No, ukoliko pažljivije razmotrimo osnovne pojmove sadržane u radu, postaje jasno da oni svojom složenošću i značajnošću potkrepljuju mogućnost neprekidnog rada na njihovom proučavanju, uključujući i nastojanja ka ovladavanju njima.

Ti pojmovi jesu: pojmovi porodice, psihologije porodice, alkoholizma i kliničke procene.

PORODICA

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

Pokušaji pronalaženja uniformne, savremeno koncipirane definicije porodice, ispostavlja se kao ni malo jednostavan poduhvat.

Kao domišljat odgovor na navedene dileme, navodimo definiciju porodice američkog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje koja glasi: „Porodica je mreža međusobnih obaveza (odanosti / privrženosti / posvećenosti).“ (National Institute of Mental Health (NIMH)) [1], kao verovatan odgovor na nove forme porodične strukture.

Ipak, Golubovićevo određenje porodice [2], usled svoje reprezentativnosti, sveobuhvatnosti i gnoseološke podesnosti [3], i danas predstavlja valjanu naučnu osnovu za razmišljanje o pojmu porodice. Činjenice o sastavu porodice, podeli rada i na njoj baziranoj raspodeli uloga, raspodeli moći i autoriteta, strukturi odnosa i karakteristikama sistema usvojenih vrednosti i normi ponašanja i aktuelno mogu da predstavljaju podesne kriterijume deskripcije, komparacije i razumevanja porodica.

U našem radu biće uključene nuklearne porodice, čiji sastav i struktura u najvećoj meri odgovaraju tradicionalnim određenjima pojma porodice.

PSIHOLOGIJA PORODICE

Psihologija porodice pojam je koji se implicitno poistovećuje sa pojmom porodične terapije. Iako bi u idealnom slučaju ova dva pojma trebalo da budu povezana, te da razmenom znanja i mogućnosti uzajamno oplemenjuju jedan drugoga, realna situacija ipak je drugačija. Psihologija porodice i porodična terapija i dalje koegzistiraju gotovo na paralelnim kolosecima. Dakle, porodična psihologija bavi se spektrom porodičnog funkcionisanja u opsegu od optimalnog do disfunkcionalnog, kao predmet proučavanja uzima funkcionisanje pojedinca na individualnom nivou, odnose pojedinaca u dijadnoj relaciji i u porodici u totalitetu i postavlja naglasak na preventivni rad [4]. Porodična terapija, za razliku od prethodnog, u fokusu nastoji da drži totalitet porodičnog sistema, uopšteno je

zainteresovana za „negativan“ pol porodične funkcionalnosti, odnosno disfunkcije i samim tim ona prevashodno deluje kurativno[5].

Iako je na teoretskom nivou ova distinkcija prilično jasna, u praksi se često zatiče situacija da tragajući za informacijama o psihologiji porodice, pod tim nazivom nailazimo na podesne psihoterapijske pravce i pristupe porodici. Teoretsko-metodološka određenja pojma porodice, kao što smo već rekli, uglavnom izostaju. No, i u oblasti psihologije porodice, u užem smislu, i mimo brojnih modela porodičnog funkcionisanja, izostaje opšte prihvaćena teorija porodičnog funkcionisanja [6], što u priličnoj meri otežava razmenu među stručnjacima u toj oblasti i vodi parcijalizaciji znanja o porodici.

Iz svih pobrojanih razloga, u našem radu opredelili smo se za pristup porodici kao nečemu što prevazilazi zbir svojih delova i uvažili doživljaj individue i njen najznačajniji odnos, tačnije, njen odnos sa, za nju, najznačajnijom osobom u porodici. Opseg funkcionisanja porodice za koji smo iskazali interes, obuhvata celokupnu dimenziju normalno-patološko, a svrha rada, između ostalog, tiče se i doprinosa polju preventivnog delovanja u odnosu na alkoholizam.

ALKOHOLIZAM

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

Jedan od krucijalnih nepovoljnih uticaja alkoholizma svakako se odslikava u funkcionisanju porodice alkoholičara. Prema rezultatima istraživanja američkog *Nacionalnog instituta za zloupotrebu alkohola i alkoholizam*, neposredni srodnici alkoholičara (prvo koleno), u odnosu na ljude koji nemaju alkoholičare za srodnike, imaju 2-7 puta veću šansu da razviju problem sa alkoholom u nekom trenutku svog života (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)) [7]. U literaturi postoji podatak da 20-50% dece alkoholičara tokom svoga života zatraži psihijatrijsku pomoć [8].

O značaju alkoholizma svakako možemo suditi i po tome što su aktuelno dominirajući terapijski sistemi i modeli porodičnog funkcionisanja nastali kao pokušaj da se teorijski uobličeni podaci o porodicama sa alkoholizmom, ponikli iz prakse.

Štetne posledice alkoholizma po pojedinca, porodicu i zajednicu, predmet su brojnih studija, kao i preventivnih programa.

Međutim, prema podacima studije o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima uzrasta 16 godina u Srbiji tokom 2008. godine (Institut za Javno zdravlje „Dr Milan Jovanović - Batut“) [9], čak trećina učenika (32.0%) izjašnjava se kako je bar jednom prilikom u toku poslednjih mesec dana popila pet i više pića zaredom (tzv. *binge drinking* ili ekscesivno pijenje). Iako je takvih mladih bilo 30.5% u uzorku, dakle, znatno manje nego 2005. godine (37.3%), ovaj podatak svakako nije zanemarljiv.

Podaci iz Evrope ukazuju na to da je tokom 2003. godine samo u Nemačkoj broj dece koja žive u porodicama sa alkoholizmom iznosio 2.65 miliona [10], dok se prema procenama studije u Finskoj taj broj kretao oko 100.000 [11].

U Sjedinjenim Američkim Državama tokom realizacije *Nacionalnog skrininga zloupotrebe droga i zdravlja nacije* od 2002. do 2007. godine (National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)), registrovano je 7.3 miliona dece koja žive u porodicama u kojima je bar jedan roditelj zavistan od alkohola [12].

Dakle, s jedne strane imamo godinama kreiran dijapazon praktičnih i teoretskih rešenja, a s druge, visoku rezistentnost problema na kojima se ona primenjuju.

KLINIČKI METOD PROCENE

Klinički metod procene pojam je koji je često izjednačavan sa procesom primene psiholoških mernih instrumenata u cilju procene ponašanja, odnosno crta ličnosti, izolovanja nekog ponašanja, njegovog merenja, a u cilju predviđanja budućih obrazaca [13]. Međutim, klinička procena bazirana je na drugačijem epistemološkom okviru od prethodno opisane psihometrijske. Njen osnovni cilj jeste integracija (vs predikcija), naglasak je na kontekstualnom razumevanju pojedinačnih podataka u totalitetu ličnosti (jedinice) koju posmatramo i procenjujemo [13].

Upravo ideje utkane u ovaj pristup, koji predstavlja smisaono kombinovanje dimenzija teorije i prakse kliničke psihologije, izabrali smo kao metod kojim smo se rukovodili u izradi teze. Dakle, naš cilj neće predstavljati samo pokušaj pronalaženja pravilnosti u određenim aspektima ponašanja članova alkoholičarskih porodica i porodica sa alkoholizmom, sa ciljem predviđanja, a samim tim korekcije i kontrole tih postupaka.

U našem istraživanju pokušaćemo da se u najvećoj mogućoj meri približimo realitetu tih porodica, da sagledamo njihov porodični život na način kako ga oni vide, te da kreiramo porodični mozaik, jednako uvažavajući gledište svakog od njih.

ISTRAŽIVANJA RIZIKA ŽIVLJENJA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA

Uopšteno, kada je ovaj aspekt, inače obimne istraživačke građe o alkoholizmu u pitanju, stiče se utisak da dominantan pristup čini:

- primena prihvaćenih i utemeljenih modela porodičnog funkcionisanja,
- procena pozicije pojedinih članova porodice alkoholičara na dimenzijama tih modela i
- procena prisustva i tipa povezanosti određenih dimenzija primenjenih modela¹ sa indikatorima lične, porodične i socijalne problematike.

Pri tome se za pravac ostvarenja uticaja prevashodno uzima onaj od roditelja ka deci, dok se dete kao činilac porodične dinamike gotovo i ne spominje [14].

Istraživanja koja uključuju činioce subjektivnog doživljaja porodičnog funkcionisanja, posebno doživljaj zadovoljstva sopstvenim funkcionisanjem u porodici i porodice u totalu, čine se, takođe, nepravedno zapostavljenim. Dimenzija zadovoljstva izdvaja se, inače, kao empirijski potvrđena značajna determinanta porodičnog funkcionisanja [15]. Dakle, to što je porodica konfliktogena, što se ne zna ko šta i kada treba da radi, zapravo i nije problem, ukoliko to pojedinac ne doživljava kao problem i pri tome je u stanju da raste i razvija se.

Posebno pitanje predstavlja i to da li je porodica zbir impresija, doživljavanja i funkcionisanja njenih članova ili ona predstavlja ipak nešto kvalitativno i kvantitativno drugačije [6]. Značaj istraživanja individualnih razlika u opažanju porodičnog funkcionisanja u više navrata je naglašen [16], [17], [3], [6]. Pri tome, retki su pokušaji integrisanja [18], a ne samo „uprosecavanja“ stanovišta [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], [33], [34], [35], [36] pojedinačnih članova porodice u totalitet porodične procene.

Iznoseći svoj kritički osvrt u pogledu statusa istraživanja u oblasti alkoholizma u porodici, mi imamo na umu značaj dve grupe metodološki rigoroznih studija:

- studije longitudinalnog praćenja porodica sa alkoholizmom, neke od njih su trajale i preko dvadeset godina [36], [37], [38];
- genetičke studije [39], [40] koje potvrđuju genetsku i neurobiološku potku kao značajan faktor nastanka i terapijske rezistentnosti alkoholizma.

¹ Istraživači pretežno „rukuju“ pojedinačnim ili za celokupnu porodicu srednjim vrednostima ispitivanih dimenzija.

ODREĐENJE PREDMETA POSMATRANJA

U našem istraživanju nastojaćemo da na specifičan način izlistamo faktore rizika na koje je, bar na sadašnjem stupnju razvoja nauke i struke, ipak moguće uticati u značajnoj meri. Dakle, naše istraživanje usmerićemo u pravcu proučavanja faktora rizika življenja u alkoholičarskoj porodici, ali na unekoliko drugačijoj teoretsko-metodološkoj bazi.

U pristupu alkoholičarskoj porodici poći ćemo od određenja da je to „...sistem u kome je jedan član alkoholičar, tako da alkoholizam i ponašanja vezana za pijenje alkohola postaju centralni organizacioni principi porodičnog života.“ [41]. Specifičnost „rizika“ življenja u alkoholičarskoj porodici upravo je sagledana u prethodnoj definiciji, odnosno u činjenici da pijenje jednog člana kontaminira gotovo sve aspekte porodičnog funkcionisanja [41]. Ova forma alkoholizma, po širini svog uticaja, ipak je nešto više od porodice sa *alkoholizmom jednog člana*, gde je pijenje prevashodno „stvar pojedinca“.

Kontrolna grupa porodica, iz nekliničke populacije, ukazaće nam na to gde se dve grupe porodica iz kliničke populacije (alkoholičarske porodice / porodice sa alkoholizmom) nalaze o odnosu na prosečno, modalno i najučestalije u okviru naše populacije. I više od toga - o elementima u funkcionisanju koji govore u prilog slabostima i, još bitnije - snagama tih porodica.

U izboru modela porodičnog funkcionisanja opredelili smo se za dva koja, zahvaljujući svojoj dugoj istraživačkoj tradiciji i empirijskoj i teorijskoj razradi, zauzimaju značajnu poziciju u istraživanju porodičnog funkcionisanja – Olsonov cirkumpleksni model [42] i Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja [43].

Model porodičnih procesa Harveja Skinera [44] uključen je u naše istraživanje usled autorovog naglaska na interaktivnoj prirodi modela i pre svega mogućnosti procene porodičnog funkcionisanja sa pozicije funkcionisanja individue, dijadne relacije i porodičnog sistema u celini. Dakle, zbog saglasnosti ideje na kojoj je baziran instrument sa jednim od osnovnih postulata psihologije porodice.

Forma rizika kojom ćemo se prevashodno baviti u radu jeste psihološki rizik [45], odnosno procena rizičnih faktora deriviranih na osnovu teoretskih modela.

U okviru ovog stanovišta kao jedan od značajnih činioca transmisije alkoholizma navode se porodični rituali [41], a koji su uočljivi u oblastima svakodnevnog porodičnog funkcionisanja, ručkova, poseta, organizacije vikenda i godišnjih odmora. Ovi rituali često bivaju modifikovani pod pritiskom pijenja člana porodice, do nivoa automatizacije i asimilacije u nesvesno. Svojom snagom i dinamikom često upravljaju nove generacije u okviru porodice u pravcu produžetka „alkoholičarske loze“. Zbog toga smo za potrebu ovog istraživanja konstruisali upitnik za skrining porodičnih rituala i to kako za alkoholičarske porodice, tako i za porodice iz kontrolne grupe.

Posebnu pažnju posvetićemo postojanju različitih nivoa procene funkcionisanja u okviru porodice (individualni, iz pozicije dijade, iz pozicije porodice kao celine), koje ćemo nastojati da sofisticiranim statističkim metodama smisleno integrišemo.

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

CILJ

Cilj našeg rada je da ispitamo koliko pojedine dimenzije porodičnog funkcionisanja pretpostavljene primenjenim modelima, doprinose ranom otkrivanju rizika življenja u alkoholičarskoj porodici / porodici sa alkoholizmom?

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

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

ZADACI

U ovom istraživanju nastojmo da utvrdimo sledeće:

I Opšti podaci o alkoholizmu:

- Kakva su socio-demografska obeležja alkoholičarskih porodica?
- Kakva su socio-demografska obeležja porodica sa alkoholizmom?
- Koje psihološke posledice alkoholizma manifestuju »identifikovani pacijenti«²?
- Koje telesne posledice alkoholizma manifestuju »identifikovani pacijenti«?
- Koje profesionalne posledice alkoholizma manifestuju »identifikovani pacijenti«?
- Koje bračne posledice alkoholizma manifestuju »identifikovani pacijenti«?
- Koje socijalne posledice alkoholizma manifestuju »identifikovani pacijenti«?
- Koliko traje toksikomanska faza alkoholizma »identifikovanih pacijenata«?
- Da li postoji razlika u školskom uspehu dece iz alkoholičarskih porodica, porodica sa alkoholizmom i dece iz kontrolne grupe?
- Da li deca iz alkoholičarskih porodica i porodica sa alkoholizmom manifestuju određene forme psihopatoloških manifestacija, koje se mogu dovesti u vezu sa alkoholizmom njihovih roditelja?
- Da li se deca iz alkoholičarskih porodica razlikuju u pogledu broja i učestalosti psiholoških tegoba i teškoća u odnosu na decu iz porodica sa alkoholizmom i kontrolne grupe?

II Analiza razlika alkoholičarskih porodica, porodica sa alkoholizmom i kontrolne grupe na ispitivanim dimenzijama porodičnog funkcionisanja:

Domeni i dimenzije Olsonovog Cirkumpleksnog modela

- Da li su alkoholičarske porodice kohezivnije u odnosu na porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije?
- Da li su alkoholičarske porodice manje fleksibilne u odnosu na porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije?
- Da li je komunikacija u alkoholičarskim porodicama manje efikasna u odnosu na

² Prema stanovištu sistemskog pristupa, alkoholizam pojedinca samo je izraz postojanja problema u celokupnom porodičnom sistemu. Pojam „identifikovani pacijent“ govori o tome da je osobu delegirala porodica da potraži pomoć, premda skrining celokupnog porodičnog sistema naknadno otkrije niz izrečenih relacija ili druge pojedine sa intrapsihološkom problematikom, koji obično funkcionišu u „senci“ alkoholičara.

- porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije?
- Koje od ova tri tipa porodica manifestuju veći stepen zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem?
- Kakva je tipologizacija porodica na osnovu Olsonovog Cirkumpleks modela?

Domen i dimenzije Biversovog Sistemskog modela porodičnog funkcionisanja

- Kakav je nivo doživljene kompetentnosti alkoholičarskih porodica u odnosu na porodice porodica sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije?
- Koje stilističke orijentacije (centrifugalne ili centripetalne) preovlađuju u kom tipu porodica?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije sopstvenih kompetenci/zdravlja porodice.
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije kohezivnosti porodice?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije kvaliteta razrešavanja konflikata u okviru porodice?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije vođstva u porodici?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije kapaciteta za izražavanje emocija u porodici?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije kompetenci u postizanju porodičnih ciljeva?
- Kakva je tipologizacija ova tri tipa porodica na osnovu Biversovog Sistemskog modela porodičnog funkcionisanja?

Domen i dimenzije Skinnerovog modela porodičnih procesa

- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije porodičnih kompetenci u postizanju ciljeva?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije kvaliteta komunikacije u porodici?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije kvaliteta emocionalne ekspresije u porodici?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije kvaliteta izvođenja uloga u porodici?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije emocionalne uključenosti članova porodice?
- Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz

nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije uspešnosti primenjenih strategija regulacije ponašanja članova porodice?

- Analiza Koliko se alkoholičarske porodice, porodice sa alkoholizmom i porodice iz nekliničke populacije međusobno razlikuju u pogledu percepcije usklađenosti vrednosti i normi pojedinih članova?
- Da li postoje razlike u pobrojanim dimenzijama porodičnog funkcionisanja, ukoliko se posmatraju sa nivoa porodice u celini, dijadnih relacija u okviru nje, ili sa nivoa populacije pojedinačnog člana porodice?

Integracija rezultata primene navedenih modela

- Sličnosti i razlike tri grupe porodica na ispitivanim dimenzijama?
- Po kojim se dimenzijama porodičnog funkcionisanja kontrolna grupa, grupa alkoholičarskih porodica i grupa porodica sa alkoholizmom, u najvećoj meri razlikuju?
- Po kojim su dimenzijama porodičnog funkcionisanja kontrolna grupa, grupa alkoholičarskih porodica i grupa porodica sa alkoholizmom najbliže?
- Koje od varijabli, registrovanih u istraživanju, predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti?

III Analiza individualnih percepcija porodičnog sistema

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

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

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

V Transgeneracijska transmisija alkoholizma:

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

OPŠTA METODA ORGANIZOVANJA ISTRAŽIVANJA

Po svojim karakteristikama, istraživanje pripada oblasti kvazieksperimentalnih istraživanja sa nebalansiranim kontrolnom grupom.

VARIJABLE

1. **POL** – varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* zaokružiti odgovarajuću oznaku.
2. **UZRAST** - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* upisati godinu rođenja.
3. **STEPEN OBRAZOVANJA RODITELJA** - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* zaokružiti slovo ispred odgovarajuće kategorije. Predviđeni nivoi obrazovanja jesu: osnovna škola, srednja škola, viša škola, fakultet ili visoka škola i magisterijum/doktorat/specijalizacija.
4. **ŠKOLSKI USPEH DECE** - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* upisati prosečnu ocenu tokom dosadašnjeg školovanja.
5. **UKUPNI MESEČNI PRIHOD PORODICE** - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* zaokružiti slovo ispred odgovarajuće kategorije. Predviđene kategorije ukupnih mesečnih prihoda porodice manje od 50.000,00 dinara, 50.000,00 - 100.000,00 dinara, 100.000,00 - 150.000,00 dinara i preko 150.000,00 dinara.
6. **STRUKTURA PORODICE** - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* zaokružiti slovo ispred odgovarajuće kategorije. Predviđene kategorije su: oba roditelja (biološki roditelji), dva roditelja (ali nisu biološki roditelji, već srodnici), dva roditelja (usvojitelji), hraniteljska porodica i jedan roditelj.
7. **ULOGA U PORODICI** - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* zaokružiti slovo ispred uloge koju imaju u porodici. Predviđene uloge su: otac, majka, prvorođeno dete, drugorođeno dete, trećerođeno dete i četvrtorođeno ili mlađe dete.
8. **BROJ DECE U PORODICI** - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici na odgovarajućem mestu *Liste osnovnih socio-demografskih podataka* zaokružiti slovo ispred odgovarajuće kategorije. Predviđene kategorije porodica su: bez dece, sa jednim detetom, sa dva deteta, sa tri deteta, sa četiri deteta, sa petoro dece, sa šestoro dece ili ukoliko ima i više dece da sami upišu broj.
9. **INTENZITET ALKOHOLIZMA** - varijabla će biti registrovana putem dva indikatora:
 - 9.1. **DUŽINA TOKSIKOMANSKE FAZE PIJENJA** - varijabla će biti registrovana tako što će se za svakog ispitanika koji je na lečenju zbog zavisnosti od alkohola uzeti podatak od koje godine je kod sebe uočio neku od manifestacija toksiromanske faze alkoholizma (pad tolerancije, nemogućnost apstinencije, alkoholne amnezije).
 - 9.2. **NIVO UKLJUČENOSTI ALKOHOLIZMA U PORODIČNI SISTEM** – ova varijabla

biće registrovana na osnovu skora na upitniku konstruisanom za potrebe ovog istraživanja, čija je svrha da u zavisnosti od stepena do kog alkoholizam određuje organizaciju porodičnog života, konkretne događaje i rutine, procenimo da li porodica pripada kategoriji PORODICA SA ALKOHOLIZMOM ili kategoriji ALKOHOLIČARSKIH PORODICA. Ova distinkcija porodica bazirana je Steinglasovom modelu, čije su osnovne postavke već opisane [41].

Alternativni upitnik, posebno izrađen za kontrolnu grupu i grupu u produžnoj fazi lečenja, imaće za cilj da odredi stepen fleksibilnosti porodice i balans uloga njenih članova, odnosno učešće, u pogledu porodičnih rituala.

10. PRISUSTVO/ODSUSTVO LIČNIH (PSIHOLOŠKIH, ZDRAVSTVENIH), PORODIČNIH (BRAK, DECA), PROFESIONALNIH I SOCIJALNIH POSLEDICA

- varijabla će biti registrovana tako što će se za svakog ispitanika koji je na lečenju zbog zavisnosti od alkohola uzeti podatak u kojoj je ravni funkcionisanja njegovo pijenje ostavilo posledice i to u sledećim oblastima:

- lične posledice – telesne i psihološke;
- porodične posledice – bračno funkcionisanje, posledice po decu;
- profesionalne posledice – gubitak posla, premeštaj na manje povoljno radno mesto;
- socijalne posledice – sankcije iz oblasti krivičnog prava, porodičnog prava.

11. PRISUSTVO/ODSUSTVO DRUGIH BOLESTI I POREMEĆAJA - varijabla će biti registrovana tako što će se za svakog ispitanika uzeti podatak o eventualnom prisustvu klinički verifikovanih, telesnih ili psiholoških bolesti i poremećaja.

12. ALKOHOLIZAM U PORODICI POREKLA - varijabla će biti registrovana tako što će se za svakog ispitanika koji je na lečenju zbog zavisnosti od alkohola uzeti podatak da li je neko od njegovih roditelja ili bliskih srodnika bio alkoholičar.

13. KOHEZIVNOST PORODICE SA ALKOHOLIZMOM - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama.

Kada je u pitanju kohezivnost porodice, to su skale za procenu kohezivnosti sledećih upitnika:

- **FACES IV** – kohezivnost se definiše kao međusobna emocionalna povezanost članova porodice.
- **SFI** - kohezivnost se definiše kao doživljaj zadovoljstva i sreće zajedničkim življenjem, ističe porodičnu bliskost.

14. FLEKSIBILNOST PORODICE SA ALKOHOLIZMOM - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika FACES IV. Autor ovog upitnika fleksibilnost definiše kao kvalitet i manifestacije vođstva, organizacije, pravila o međusobnim odnosima i dogovorima (pregovorima).

15. KOMUNIKACIJA U PORODICI SA ALKOHOLIZMOM - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika FACES IV. Autor ovog uputnika komunikaciju definiše kao pozitivne komunikacione veštine koje postoje na nivou dijadnih relacija u porodici. U domenu Skinnerovog Modela porodičnog funkcionisanja i upitnika FAM III, ova varijabla određena je kao doživljaj efikasnosti i kvaliteta uspostavljenih obrazaca emocionalne, instrumentalne komunikacije i komunikacije mešovite forme i to na tri nivoa procene: sa pozicije lične efikasnosti i kvaliteta, efikasnosti i kvaliteta u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

16. ZADOVOLJSTVO RELEVANTNIM ASPEKTIMA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika FACES IV. Autor ovog uputnika zadovoljstvo definiše kao izraženi stepen zadovoljstva članova porodice u pogledu porodične kohezivnosti, fleksibilnosti i komunikacije.

17. ZDRAVLJE / KOMPETENCE PORODICE - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika SFI II. Autor ovog uputnika dimenziju predstavlja kao doživljaj sreće, optimizma, uspešnosti u rešavanju problema i veštinama pregovaranja, snage roditeljskih koalicija, zatim naglašavanje i uvažavanje autonomnosti i povećanje odgovornosti od strane celokupne porodice.

18. KONFLIKTI U PORODICI - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika SFI II. Autor ovog uputnika dimenziju predstavlja kao konstrukt koji obuhvata kako niže stepene (ne) rešavanja otvorenih konflikta (tuča, svađa), tako i više nivoe (pregovaranje i prihvatanje odgovornosti u situacijama rešavanja konflikta).

19. VOĐSTVO U PORODICI - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika SFI II. Autor ovog uputnika dimenziju definiše putem jačine i postojanosti obrazaca upravljanja porodicom od strane odraslih članova.

20. IZRAŽAVANJE EMOCIJA U PORODICI - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućim skalama upitnika SFI II. Autor ovog uputnika dimenziju predstavlja kao doživljaj koji se tiče ukupne porodične kohezivnosti, kompetentnosti, bliskosti, lakoće sa kojom članovi porodice izražavaju osećanja, posebno toplinu i brigu. Ova varijabla sadržana je i u okviru Skinnerovog Modela porodičnog funkcionisanja i upitnika FAM III, gde je definisana kao doživljaj slobode u izražavanju i podeli emocija, posebno pozitivnih - sa pozicije lične efikasnosti i kvaliteta, efikasnosti i kvaliteta u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

21. POSTIZANJE CILJEVA - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao doživljaj uspešnosti u ostvarivanju ciljeva u biološkoj, psihološkoj i socijalnoj ravni i to na tri nivoa procene - sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

22. IZVOĐENJE PORODIČNIH ULOGA - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao doživljaj uspešnosti u definisanju i integraciji uloga u porodici i to na tri nivoa procene – sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

23. EMOCIONALNA UKLJUČENOST - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao stepen i kvalitet zainteresovanosti i brige koju članovi porodice međusobno ispoljavaju. On ovaj koncept procenjuje kroz tri nivoa - sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

24. KONTROLA - varijabla će biti registrovana tako što će ispitanici popuniti odgovarajuće upitnike. Vrednost varijable biće definisana na osnovu postignutih skorova na odgovarajućoj skali upitnika FAM III. Autor modela i upitnika ovu varijablu određuje kao uspešnost u primeni strategija i tehnika kojima članovi porodice međusobno utiču na ponašanja. On ovaj koncept procenjuje kroz tri nivoa – sa pozicije lične uspešnosti, uspešnosti u okviru veze sa najznačajnijom osobom iz porodice i porodičnog sistema kao celine.

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

26. ODLIKE TRANSGENERACIJSKE TRANSMISIJE ALKOHOLIZMA - varijabla će biti registrovana putem izrade genograma za po jednu »tipičnu« porodicu iz grupa koje učestvuju u istraživanju.

TEHNIKE ZA PRIKUPLJANJE PODATAKA

1. LISTA OSNOVNIH SOCIO-DEMOGRAFSKIH PODATAKA - U našem istraživanju nameravamo da primenimo modifikovanu listu sociodemografskih podataka koja je sastavni deo Olsonovog upitnika za procenu porodične kohezivnosti i fleksibilnosti. Navedenu listu primerili smo sociokulturološkim specifičnostima našeg područja, kao i potrebama našeg istraživanja.

2. Skala za procenu prisustva zloupotrebe/zavisnosti od alkoholizma Kratkog međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjua, verzije 5.0.0 (*Mini International Neuropsychiatric Interview, Version 5.0.0; M.I.N.I. 5.0.0*) [46].

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

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

Određivanje metrijskih karakteristika intervjua realizovano je kroz dve paralelne studije - studiju Francuskog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje [47] i studiju Univerziteta u Južnoj Floridi [48]. Uzorak je činilo 300 ispitanika i to 60 sa dijagnozom velike depresivne epizode, 30 sa dijagnozom manične epizode, 60 sa anksioznim poremećajem, 50 sa psihotičnim poremećajem, 50 sa zavisnošću od alkohola i / ili droga i 50 ispitanika iz nekliničke populacije.

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

Validacija Kratkog međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjua (forme za samoprocenu od strane pacijenta (M.I.N.I.-P) i forme za procenu od strane edukovanog opservera (M.I.N.I.-CR) obavljena je sa struktuiranim kliničkim intervjum za procenu poremećaja osovine I (Structured Clinical Interview (SCID-P), verzija za samoprocenu ispitanika) i kompozitnim internacionalnim dijagnostičkim intervjum (Composite International Diagnostic Interview (CIDI), verzija za procenu od strane opservera). Osetljivost skala za većinu modula (izuzev distimije, opsesivno-kompulsivnog poremećaja i aktuelne zavisnosti od droga) iznosila je preko .70. Pozitivna prediktivna valjanost iznosila je preko .75 za veliku depresiju, maničnu epizodu – prošlu, panični poremećaj aktuelni i prošli, agorafobiju – prošlu, psihotični poremećaj – prošli, anoreksiju i posttraumatski stresni poremećaj. Koeficijenti pozitivne prediktivne valjanosti u opsegu od .60 do .74 registrovani su za maničnu epizodu - aktuelnu, generalizovani anksiozni poremećaj, agorafobiju - sadašnju, opsesivno-kompulsivni poremećaj, zavisnost od alkohola - sadašnju, zavisnost od droga – prošlu i bulimiju. Za distimiju, psihotični poremećaj - tekući, fobiju – prošlu,

socijalnu fobiju – aktuelnu i prošlu i zavisnost od droga – aktuelnu, koeficijenti su se kretali u opsegu .45 do .59. Koeficijenti slaganja procena dobijenih putem intervjua M.I.N.I. i CIDI za većinu modula kretali su se u opsegu od .50 do .83. Niži kapa koeficijenti registrovani su za fobiju i generalizovani anksiozni poremećaj. Osetljivost većine modula bila je veća od .70 izuzev za panični poremećaj, agorafobiju, fobiju i bulimiju – prošlu. Pozitivna prediktivna vrednost za bulimiju – prošlu iznosila je .52, maničnu epizodu – aktuelnu .56 i socijalnu fobiju 0.55, a za generalizovani anksiozni poremećaj svega .34. Za ostatak modula ove vrednosti kretale su se u opsegu od .60 do .91.

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

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

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

	Kriterijum	Kappa	Osetljivost	Negativna prediktivna valjanost	Pozitivna prediktivna valjanost
Zavisnost od alkohola - aktuelna	SCID-P	.67	.80	.98	.64
	CIDI	.82	.83	.91	.94

Iz prikazane tabele može se uočiti da su znatno viši koeficijenti dobijeni putem procene instrumentom CIDI, što je moguće posredovano i time da je primenjena forma upitnika SCID zapravo forma za samoprocenu od strane ispitanika, dok su CIDI i ovu formu intervjua M.I.N.I. primenjivali edukovani opserveri.

1.2. POLUSTRUKTURIRANI INTERVJU – Pitanja smo konstruisali za potrebe prikupljanja relevantnih činilaca alkoholizma za problem istraživanja. Pitanja se odnose na godinu početka toksikomanske faze alkoholizma, kao i broj i tip ličnih, porodičnih, profesionalnih i socijalnih posledica alkoholizma. Takođe smo i predvideli i pitanje o eventualnom prisustvu klinički verifikovanih telesnih i psihičkih bolesti i poremećaja pojedinih članova porodice. Osim toga, kao relevantni podaci biće registrovani i takvi da li je neko od roditelja ili bliskih srodnika osobe sa zavisnošću od alkohola takođe bio alkoholičar.

Polustrukturirani intervju sadržaće i set pitanja koja imaju za cilj da utvrde da li je alkohol zaista postao centralni organizacioni princip u svim domenima porodičnog življenja kod porodica na porodičnoj terapiji alkoholizma. Ovaj upitnik biće u funkciji trijaže porodica u okviru grupa alkoholičara (porodice sa alkoholizmom / alkoholičarske porodice), odnosno njime nameravamo da procenimo »psihološku težinu« alkoholizma. Pitanja su koncipirana u skladu sa idejama sadržanim u radu Steinglasa i saradnika [41]. Za kontrolnu grupu porodica, kao što je već rečeno, biće konstruisani posebni upitnici u cilju proučavanja porodičnih rituala uopšteno.

3. SKALA PROCENE PORODIČNE KOHEZIVNOSTI I ADAPTIBILNOSTI (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, VERSION IV - FACES IV) [49]

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

Skala je dizajnirana tako da meri porodičnu kohezivnost i adaptibilnost kao centralne dimenzije navedenog modela.

Novine u odnosu na prethodne verzije jesu nova definicija koncepta adaptibilnosti, konstrukcija i validacija novih skala, izrada racio skora koji kombinuje balansirane i nebalansirane aspekte porodičnog funkcionisanja, psihometrijska derivacija porodičnih tipova i roditeljskih stilova.

Dakle, skale dimenzija kohezivnosti jesu: razjedinjenost, balansirana kohezivnost i umreženost, a dimenzije adaptibilnosti: rigidnost, balansirana adaptibilnost i haotičnost. U ovu verziju upitnika uključene su i dve dodatne skale - skala porodične komunikacije i porodičnog zadovoljstva.

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

Normativni uzorak [49] činilo je 469 ispitanika, prosečne starosti od 28 godina (opseg od 18 do 59). Dve trećine uzorka bile su osobe ženskog pola koje nisu u bračnoj zajednici, a jednu trećinu uzorka predstavljali su ispitanici koji su zasnovali bračni odnos.

Analiza pouzdanosti skala upitnika FACES IV ukazuje na to da se vrednosti α koeficijentata kreću u opsegu od 0.77 do 0.89 (umrežene = .77, neuključene .87, balansirane kohezivnosti = .89, haotične .86, balansirane fleksibilnosti = .84, rigidne = .82).

Validacione studije uključivale su subskale zdravlja/kompetenci upitnika SFI (Self-Report Family Inventory) [50], subskalu opšteg funkcionisanja upitnika FAD (Family Assessment Device) [51] i skalu zadovoljstva porodičnim funkcionisanjem (The Family Satisfaction Scale) [52]. Korelaciona analiza dala je visoke koeficijente većine skala FACES IV i navedenih validacionih skala. Dakle, skale upitnika FACES IV namenjene merenju balansiranih (zdravih) oblasti kohezije i fleksibilnosti manifestovale su koeficijente korelacije sa validacionim skalama u opsegu .89 do .99. Skale upitnika FACES IV namenjene merenju niske kohezivnosti (neuključenosti) i ekstreme fleksibilnosti (haotične) manifestovale su visoke negativne korelacije sa validacionim skalama – opseg od -.67 do -.93. Izuzetak predstavljaju skale rigidnosti i umreženosti koje su pokazale niske korelacije sa validacionim skalama (od -.11 do -.31). U pogledu procene hipotetičke valjanosti autor upitnika navodi i efekte psihoterapijskog tretmana putem prikaza slučajeva. Progres u terapiji on izjednačava sa ublažavanjem ekstremnih skorova na ključnim dimenzijama ovog modela.

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

4. SAMOOPISNI INVENTAR PORODIČNIH ODNOSA (Self-Report Family Inventory, Version II - SFI II) [53]

Teorijska osnova ove skale jeste Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja [43].

Model je zamišljen tako da uključi:

- kliničku psihijatrijsku orijentaciju i
- opštu teoriju sistema.

U okviru modela predviđena su tri instrumenta za procenu porodice.

Prva dva, odnosno skale interakcije, predstavljaju instrumente pomoću kojih opserver procenjuje porodicu u dve oblasti kojima je u modelu dat poseban značaj:

1. Skala za procenu porodičnih kompetenci, odnosno sposobnosti porodice da obavi suptilne promene stilova funkcionisanja (od centripetalnog do centrifugalnog) tokom razvoja porodice.

Konstrukat kompetentnosti obuhvata kvalitet zdravlja porodice i uspešnost u realizaciji zadataka (podrška i briga, granice i vođstvo, unapređivanje razvojnog odvajanja i autonomije, medijacija konflikata i efikasna komunikacija).

Nakon kraćeg intervjua, ispitanicima se zadaje devetostepena skala kojom procenjuju 12 relevantnih dimenzija porodičnog funkcionisanja (strukturu porodice (manifestacije moći, koalicija roditelja, bliskost), mitologiju, cilju usmereno dogovaranje, autonomiju (jasnoća u izražavanju, odgovornost, propustljivost), porodična osećanja (opseg, preovladavajuće raspoloženje, nerešeni konflikt, empatija), globalno zdravlje i patologiju).

2. Skala za procenu stila porodičnog funkcionisanja

Opserveri putem ove skale procenjuju porodicu nakon kraće diskusije sa članovima porodice, sa centralnom temom – željene promene u porodici. Dimenzije na osnovu kojih se porodice procenjuju jesu: zadovoljavanje zavisnih potreba, otvorenosti u ispoljavanju konflikata, bliskost u prostoru, važnost po njih socijalne adekvatnosti slike koje ostavljaju, odnos prema međusobnoj bliskosti (prenaglašavaju ili poriču), podsticanje asertivnog ili agresivnog ponašanja, lakoća u izražavanju pozitivnih i negativnih emocija i preovlađujuće sile u porodici (centrifugalne-centripetalne). Putem ukrštanja dve dimenzije moguće je odrediti tip porodice u opsegu od optimalnih do teško disfunkcionalnih.

Treći instrument zapravo je samoopisni upitnik, pomoću koga se dobijaju informacije o relevantnim dimenzijama porodičnog funkcionisanja, sadržanim u modelu.

3. Samoopisni inventar porodičnih odnosa, SFI-upitnik.

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

Dimenzije koje se procenjuju putem ovog upitnika jesu:

1. **zdravlje/kompetentnost** - dimenzija obuhvata doživljaje sreće, optimizma, uspešnosti u rešavanju problema i veštinama pregovaranja, snagu roditeljskih koalicija, naglašavanje i uvažavanje autonomnosti i povećanje odgovornosti;

2. **konflikti** - dimenzija ukazuje za niže stepene (ne) rešavanja otvorenih konflikta (tuča, svađa), ali i na više nivoe pregovaranja i prihvatanja odgovornosti u situacijama rešavanja konflikta;

3. **kohezija** - odnosi se na doživljaj zadovoljstva i sreće zajedničkim življenjem i ističe porodičnu bliskost

4. **vođstvo** - podrazumeva procenu jačine i postojanosti obrazaca upravljanja porodicom od strane odraslih članova;

5. **emocionalno ispoljavanje** - tiče se ukupne porodične kohezivnosti, kompetentnosti, bliskosti, lakoće sa kojom članovi porodice izražavaju osećanja, i posebno toplinu i brigu.

Normativni podaci [54] obrađeni su na osnovu uzorka koji je činilo 1800 porodica iz kliničke i nekliničke populacije. U okviru ovog, kako autori testa navode, heterogenog uzorka, utvrđeno je da se prema kriterijumima procene u okviru ovog modela na skali interakcionih kompetenci, 5% porodica može svrstati u optimalan rang funkcionisanja, 38% u adekvatan, 38% u prosečan, 16% u graničan, a 3% u teško disfunkcionalan. Iako po svojoj prirodi ovaj uzorak nije stratifikovan i slučajan, autori smatraju da i kao takav odražava trend ka normalnom distribuiranju dimenzija u populaciji.

Instrument, kako njegovi autori navode, poseduje visoku internu konzistentnost, sa koeficijentom α u rasponu 0.84 do 0.93 i test-retest pouzdanošću od .85 i većom. Pri tome, SFI inventar u okviru kanoničke korelacione analize sa Skalom za procenu porodičnih kompetenci manifestovao je koeficijente validnosti od .62 i veće [55]. Studija koju su realizovali Hampson i sar. [56] ukazuje na visoke korelacije samoprocene i procene opservera (.71).

Kada je u pitanju hipotetička valjanost, skala porodičnih kompetenci ovog modela visoko je korelirala sa drugim merama opšte bračne i porodične prilagođenosti, uključujući a) DAS ($r=.44$) [57], b) opštu skalu porodičnog funkcionisanja u okviru Mc Masters modela ($r=.87$) [58] i Skalu porodične kohezivnosti ($r=.82$) [59]. Porodične kompetence procenjene putem Biversovog inventara interakcionih kompetenci visoko su korelirale sa primenjenim upitnicima ($r=.44$ sa DAS, $r=.71$ sa skalom opšte funkcionalnosti upitnika FAD). U diskriminantnoj analizi set varijabli dobijenih putem Biversovog instrumenta, korektno je klasifikovao 91% porodicu iz kliničke i nekliničke populacije. Za subskalu kohezivnosti utvrđene su korelacije od .67 sa odgovarajućom skalom upitnika FACES III [53], [59].

Osim prethodno navedenog, u pogledu hipotetičke valjanosti instrumenta Hampson i Beavers [53] utvrdili su jasnu razliku porodica sa shizofrenim članom (preovlađujući disfunkcionalni centrifugalni obrazac) u odnosu na porodice sa članom sa graničnim poremećajem ličnosti (preovlađujući disfunkcionalni centrifugalni obrazac).

Procenjujući prediktivnu valjanost instrumenta, Hampson i Beavers [53] tokom dve ekstenzivne studije pratili su efekat primenjenog tretmana i utvrdili pomoću multiple regresione analize da su prediktori povoljnog ishoda broj sesija, opserverova procena porodične kompetentnosti, opserverova procena porodičnog stila, samoprocena kompetentnosti klijenata i terapeutova procena nivoa partnerstva koju članovi porodice manifestuju.

5. SKINEROV UPITNIK ZA PROCENU PORODIČNOG FUNKCIONISANJA, VERZIJA III (Family Assessment Measure, Version III - FAM-III) [60]

Upitnik za procenu porodičnog funkcionisanja baziran je na modelu Porodičnih procesa [60].

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

Upitnik čine:

1. **OPŠTA SKALA (General Scale)** – fokus je postavljen na porodicu kao celinu. Nivo zdravlja ili patologije u porodici posmatra se i definiše iz sistemske perspektive.
2. **SKALA DIJADNIH RELACIJA** – pomoću nje procenjujemo odnose ciljnih parova u porodici.
3. **SKALA SAMOPROCENE** – daje podatke o subjektivnoj percepciji klijentovog funkcionisanja unutar porodice.

Model je operacionalizovan putem šest relevantnih dimenzija, a to su:

1. **postizanje ciljeva** - doživljaj uspešnosti u ostvarivanju ciljeva u biološkoj, psihološkoj i socijalnoj ravni;
2. **komunikacija, uključujući emocionalnu ekspresiju** - doživljaj efikasnosti i kvaliteta uspostavljenih obrazaca emocionalne, instrumentalne komunikacije i komunikacije mešovite forme;
3. **izvođenje porodičnih uloga** - doživljaj uspešnosti u definisanju i integraciji uloga u porodici;
4. **emocionalna uključenost** - stepen i kvalitet zainteresovanosti i brige koju članovi porodice međusobno ispoljavaju;
5. **kontrola** - uspešnost u primeni strategija i tehnika članova porodice kojima oni međusobno utiču na ponašanja;
6. **vrednosti i norme** - uvažavanje i pridržavanje važećih vrednosti i normi ponašanja, bez obzira na to da li je u pitanju uticaj pojedinačnih članova porodice, subgrupa kojima osoba može da pripada, ili kulture kao celine.

Normativni podaci [61] bazirani su na uzorku od 247 odraslih osoba i 65 adolescenata iz nekliničke populacije.

U pogledu relijabilnosti, koeficijent (Cronbach's α):

- za odrasle iznosi .93 za opštu skalu, .95 za skalu dijadnih relacija i .89 za skalu samoprocene;
- za adolescente - .94 za opštu skalu, .94 za skalu dijadnih relacija i .86 za skalu samoprocene.

Test-retest pouzdanost ovog instrumenta procenjena je na uzorku od 138 porodica iz opšte populacije sa slobodnim intervalom od dvanaest dana između dva testiranja [62]. Ispitanici su imali za cilj da procene prošlo porodično funkcionisanje (proteklih nedelju dana). Medijana test-retest relijabilnosti iznosila je .57 za majke, .56 za očeve i .66 za decu.

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

1. Poređenjem porodica sa ocem alkoholičarom, depresivnim ocem i porodica iz nekliničke populacije [28], utvrđene su značajne razlike porodica iz kliničke sa porodicama iz nekliničke populacije, ali ne i između navedene dve kategorije porodica iz kliničke populacije. Porodice iz kliničke populacije prvenstveno saopštavaju o problemima u oblasti izvođenja uloga i emocionalne uključenosti, dok

su porodice iz nekliničke populacije sklonije da sebe predstavljaju u socijalno poželjnom svetlu i pri tome su u izvesnoj meri defanzivne. Forman [33] je utvrdio značajne razlike na svima dimenzijama modela među porodicama sa distresom i porodicama bez kliničkih manifestacija.

2. Jacob [62] uzorku majki iz srednje klase zadaje FAM III zajedno sa tri druge mere porodičnog funkcionisanja (Skala za procenu porodične adaptibilnosti i kohezivnosti (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)); Skala za procenu porodične sredine (Family Environment Scale (FES)); Upitnik za procenu porodice (Family assessment Device (FAD)). Utvrdio je visoke korelacije dimenzije kohezivnosti, ali niske korelacije dimenzije adaptibilnosti sa odgovarajućim merama upitnika koje je upotrebio za procenu valjanosti. Dakle, sa upitnikom FES korelacije su bile visoke kada su u pitanju dimenzije kohezivnost i konflikti, umerene sa izražajnošću, intelektualno-kulturološkom orijentacijom, aktivno-rekreativnom orijentacijom i organizacijom, a gotovo neznatne sa nezavisnošću, orijentacijom ka postignuću, moralno-religioznom orijentacijom i kontrolom. Sa dimenzijama procenjenim upitnikom FAD, sve korelacije su bile visoke i značajne.

3. Shekter-Wolfson i Woodside [63] pomoću upitnika pratili su porodičnu terapiju porodica sa članovima obolelim od anoreksije i bulimije (test-retest dizajn) i značajne promene utvrdili su u pogledu uverenja porodica u mogućnost promene i poboljšanja i unapređenja porodičnih odnosa u budućnosti. Trute i sar. [64] takođe su putem upitnika pratili efektivnost primenjenog tretmana i kod 64% porodica utvrdili značajno poboljšanje u funkcionisanju. Woodside i sar. [65] [66] pomoću upitnika su registrovali poboljšanje porodičnog funkcionisanja porodica sa članom obolelim od bulimije. Pri tome, skala dijadnih relacija pokazala se najsenzitivnijom u registrovanju pozitivnih promena tokom psihoterapijskog procesa.

6. GENOGRAM [67] – Genogram predstavlja grafički prikaz informacija o članovima porodice, važnim datumima i odnosima članova porodice (i značajnih drugih) tokom najmanje tri generacije. On daje jasan uvid u strukturu, dinamiku i istoriju složenog porodičnog sistema i obrazaca. Putem njega se prikazuje više generacija porodičnog sistema i on uključuje i vertikalni i horizontalni hronološki presek.

Njegovu teoretsku osnovu čini sistemski pristup u proučavanju, definisanju i tretmanu porodica.

Izvori podataka za konstrukciju genograma jesu: klijent, članovi porodice i značajni drugi.

Podaci neophodni za konstrukciju genograma prikupljaju se putem saopštenja, opservacije i iz dostupne dokumentacije i po svojoj prirodi su kvalitativni.

Kvalitetan genogram obezbeđuje efektan prikaz aktuelnih problema, porodičnog konteksta, primarne porodice, porodice porekla, relevantnih kulturalnih/etničkih informacija, stavova u vezi sa polom, važnih životnih događaja, porodičnih odnosa, porodičnih uloga, porodičnih snaga i funkcionisanja pojedinih članova.

Ključni podaci koje sadrži genogram i koji su nam bitni usled transgeneracijske transmisije kao jednog od suštinskih obeležja alkoholizma, jesu upravo podaci o ponavljanju (trouglova, koalicija, konflikata, *cut off*-a), koincidencijama (simptoma i događaja) i uticajima promena (u funkcionisanju, odnosima, razvoju; o prolascima kroz tranzitorne tačke u razvoju porodice).

7. Inventar ličnih reakcija (ILR) – U pitanju je modifikovana Marlowe-Crowne skala [68], namenjena proceni sklonosti ispitanika da daju socijalno poželjne odgovore. Sastoji se od dvadeset tvrdnji, sa odgovorima dihotomnog tipa.

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

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

UZORAK

Uzorak biće sastavljen od 50 porodica sa alkoholizmom / alkoholičarskih porodica koje su, usled ličnih, porodičnih, profesionalnih i socijalnih posledica alkoholizma svog člana, uključene u program lečenja od alkoholizma u relevantnim ustanovama.

Kontrolnu grupu činiće odgovarajući broj porodica iz nekliničke populacije. Za kriterijume ujednačavanja uzoraka izabrali smo broj članova porodice, starost dece i nivo obrazovanja roditelja.

Poseban akcenat u proceduri prikupljanja podataka postavljen je na nezavisnost procena i odgovora koje daju članovi porodice, odnosno na zaštitu privatnosti podataka koje daje jedan član porodice. Ovi postupci imaće za cilj da u najvećoj meri otklone pritisak pojedinih članova porodičnog sistema na saopštenja koje daju drugi članovi.

OBRADA PODATAKA

I DESKRIPTIVNA STATISTIKA

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

II Q FAKTORSKA ANALIZA

- izvođenje skora ili mere porodičnog funkcionisanja na osnovu rezultata pojedinih članova.

III MULTIVARIJANTNA ANALIZA VARIJANSE I KANONIČKA DISKRIMINACIONA ANALIZA

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

IV UPOREĐIVANJE KENDALOVIH KOEFICIJENATA SLAGANJA

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

V MULTIPLA REGRESIONA ANALIZA

- utvrđivanje varijabli koje predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti.

REFERENCE

1. National Institute of Mental Health (NIMH). National Institute of Mental Health international scientific conference on the role of families in preventing and adapting to HIV/AIDS. 19 – 22 July 2005 [cited 2005 July 7]. Available from:
<http://www.nimh.nih.gov/scientificmeetings/hivaids2005.cfm>
2. Golubović Z. Porodica kao ljudska zajednica. Zagreb: Naprijed; 1981.
3. Mitić M. Terapija alkoholizma, proces i efekti – Evaluacija porodične terapije alkoholizma [magistarska teza]. Univerzitet u Beogradu: Filozofski fakultet; 1988. str.16.
4. Mitić M. Porodica kao predmet istraživanja u kliničkoj psihologiji. U: Psihologija u Srbiji – vizija i realnosti. Knjiga rezimea [apstrakt]. 57, naučno-stručni skup psihologa Srbije; 27.-30. maj 2009; Palić, Srbija. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2009. U pripremi.
5. L'Abate, L. (2003). Family Psychology III: Theory Building, Theory Testing, and Psychological Interventions. Dallas, TX: University Press of America.
6. Tenjović L. Pojedini metodološki problemi u upitničkom procenjivanju porodice. U: Psihologija u Srbiji – vizija i realnosti. Knjiga rezimea [apstrakt]. 57, naučno-stručni skup psihologa Srbije; 27.-30. maj 2009; Palić, Srbija. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2009. U pripremi.

7. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Ninth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1997.
8. El-Guebaly N, Staley D, Rockman G, Leckie A, Barkman K, O'Riordan J, et al. The Adult Children of Alcoholics in a Psychiatric Population. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17(2):215-26.
9. Institut za Javno zdravlje „Dr Milan Jovanović - Batut“ (2009). Rezultati istraživanja o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji, uzrasta 16 godina u 2008. godini. Beograd: Institut; 2008. Dostupno na: http://www.batut.org.rs/activenews_view.asp?articleID=249.
10. Klein M. Kinder und Jugendliche aus alkohol belasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. In: Klein M, Hoff T, Pauly A. editors. *Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung (Band 1)*. Regensburg: Roderer; 2005. [Children and adolescents from families with alcohol problems. State of research, analysis of the situation and of symptoms, consequences]. Regensburg: Roderer; 2005.].
11. Peltoniemi T. “A Fragile Childhood” project (1986-2006) on the bases of the surveys in 1994, 1995 and 2004. Helsinki: Pompidou project group training seminar; 2005 4-12 June.
12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2008). NSDUH REPORT: Trends in Substance Use, Dependence or Abuse, and Treatment among Adolescents: 2002 to 2007. December 4, 2008. SEDS. Indicator List. All Drug Indicators. Available from: <http://oas.samhsa.gov>
13. Popović V. Klinička procena. U: Berger J, Mitić M, redaktori. *Uvod u kliničku psihologiju*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2007. p.123-46.
14. Crouter AC, Booth A, editors. *Children's Influence on Family Dynamics: The Neglected Side of Family Relationships*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2003.
15. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex IV: Theoretical update. *Fam Process* 1983;22:69-83.
16. L'Abate L. *Family psychology: Theory, Therapy and Training*. Washington (DC): University Press of America.
17. Epstein NB, DS Bishop, Baldwin LM. 1984. McMaster Model of Family Functioning. In: Olson DH, Miller PM, editors. *Family Studies Review Yearbook, Volume 2*. New Delhi: Sage Publications; 1984.
18. CoPar B, Arian Z, Koçal H, Çayık N, Çepýk Kuruođlu A, Selçuk Candansayar S, İbik E, et al. Different family functioning perceptions of

parents and children in alcoholic families. Turkey Gazi Med J 1996;7:119-22.

19. Barry K, Fleming M. Family cohesion, expressiveness, and conflict in alcoholic families. Br J Addict 1990;85:81-7.
20. Bloom BL. A factor analysis of self-report measures of family functioning. Fam Process 1985;24:225-39.
21. El-Sheikh M, Flanagan E. Parental problem drinking and children's adjustment: Family conflict and parental depression as mediators and moderators of risk. J Abnorm Child Psychol 2001;29(5):417-32.
22. Mayes LC, Truman SD. Substance abuse and parenting. In: Bornstein MH, editor. Handbook of parenting. 2nd ed. Mahwah (NJ): Erlbaum; 2002. p. 329-60.
23. Velleman R, Templeton L. Alcohol, drugs and the family: Results from a long-running research programme within UK. Eur Addict Res 2003;9(3):103-12.
24. Brown SA, Tate SR, Vik PW, Haas AL, Aarons GA. Modeling of alcohol use mediates the effect of family history of alcoholism on adolescent alcohol dependencies. Exp Clin Psychopharmacol 1999;7:20-7.
25. Killorin E, Olson DH. The chaotic flippers in treatment. In: Kaufman E, editor. Power to change: Alcoholism. New York: Gardner Press, 1984.
26. Oxford J. Alcohol and the family. Res Adv Alcohol Drug Probl 1990;10:81-155.
27. Moos RH, Moos B. The process of recovery from alcoholism: comparing functioning in families of alcoholic and matched control families. J Stud Alcohol 1984;45:111-8.
28. Jacob T. Comparison of alcoholic, depressed, and control families using the FAM-III. Unpublished manuscript; 1991.
29. Whipple EE, Fitzgerald HE, Zucker RA. Parent-child interactions in alcoholic and non-alcoholic families. Amer J Orthopsychiat 1995;65:153-9.
30. Johnson P. Predictors of Family Functioning Within Alcoholic Families. Contemporary Family Therapy 2002;24(2):371-84.
31. McKay JR, Murphy RT, Rivinus TR, Maisto SA. Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30(6):967-72.
32. Skinner HA, Steinhauer PD, Santa-Barbara J. The Family Assessment Measure. Can J Commun Ment Health 1983;2:91-105.

33. Forman B. Assessing perceived patterns of behavior exchange in relationships. *J Clin Psychol* 1988;44:972-81.
34. Bennett ME, McCrady BS, Johnson V, Pandina RJ. Problem drinking from young adulthood to adulthood: Patterns, predictors and outcomes. *J Stud Alcohol* 1999;60:605-14.
35. Spiegel D, Wissler T. Perceptions of family environment among psychiatric patients and their wives. *Fam Process* 1983;22(4):537-54.
36. Pears KC, Capaldi DM, Owen LD. Substance use risk across three generations: The roles of parent discipline practices and inhibitory control. *Psychol Addict Behav* 2007;21:373-86 .
37. Thornberry TP, Marvin DK, Freeman-Gallant A. Intergenerational roots of early onset substance use. *J Drug Issues* 2006;36:1-28.
38. Fuller BE, Chermack ST, Cruise KA, Zucker RA, Fitzgerald HE. Predictors of childhood aggression across three generations: An examination of family history of aggression, alcoholism, and parenting practices. *J Stud Alcohol* 2003;64(4):472-483.
39. Kendler KS, Prescott CA. *Genes, Environment and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders*. Boston (MA): Guilford Press; 2006.
40. Young SE, Rhee SH, Stallings MC, Corley RP, Hewitt JK. Genetic and environmental vulnerabilities underlying adolescent substance use and problem use: general or specific? *Behav Genet* 2006;36(4):603-15.
41. Steinglass P, Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D. *The alcoholic family*. New York-Oxford: Basic Books; 1987.
42. Olson DH. Circumplex Model of Family Systems. *J Fam Ther* 2000;22(2):144-67.
43. Beavers WR, Hampson RB, Hulgus YF. *Beavers Systems Model Manual*. Dallas (TX): Southwest Family Institute; 1990.
44. Skinner HA, Steinhauer PD, Sitarenios G. Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning. *J Fam Ther* 1982;22(2):190–210.
45. Larossa R, Bennett LA, Gelles RJ. Ethical dilemmas in qualitative family research. *J Marriage Fam* 1981;43(2):303-13.
46. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I): the

development and validation of a structural diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl20):22–33.

47. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH. The mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31.
48. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview. (MINI) according to the SCID- P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997;12:232-41.
49. Olson DH. *FACES IV Manual*. Minneapolis (MN): Life Innovations; 2008.
50. Hampson RB, Beavers WR. Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Fam Process* 1996;35:347-61.
51. Epstein NB, Baldwin L, Bishop D. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther* 1983;9:213-28.
52. Olson DH. *Family Satisfaction Scale*. Minneapolis (MN): Life Innovations; 1995.
53. Beavers WR, Hampson RB. *Successful families: Assessment and intervention*. New York: Norton; 1990.
54. Beavers WR, Hampson RB. *Measuring Family Competence: The Beavers Systems Model*. In: Walsh F, editor. *Normal Family Processes*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1993.
55. Beavers WR. *The Beavers Systems Model of Family Assessment*. In: Ramsey CN, editor. *Family Systems in Medicine*. New York: Guilford Press; 1989.
56. Hampson RB, Beavers WR, Hanks C. *Family assessment: Cross-model, cross-method comparisons*. Dallas, Texas: Texas Psychological Association; 1996.
57. Spanier G. Measuring dyadic adjustment: New scales of assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Family* 1976;38:15-28.
58. Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Baldwin LM, et al. The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning. *Fam Process* 1994;33(1):53-69.
59. Olson DH. *Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III*. *Fam Process* 1986;25:337-53.

60. Skinner HA, Steinhauer PD, Santa-Barbara. FAM III Manual. Toronto (ON): Multi-Health Systems; 1983.
61. Skinner HA, Steinhauer PD, Sitarenios G. Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning. *J Fam Ther* 2000;22:190–210.
62. Jacob T. The role of the time frame in the assessment of family functioning. *J Marital Fam Ther* 1995;21:281–6.
63. Shekter-Wolfson L, Woodside DB. Family therapy. In: Piran N, Kaplan AS, editors. *A Day Hospital Group Treatment Program for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Eating disorders monograph series (3)*. New York: Brunner & Mazel; 1990. p.79–109.
64. Trute B, Campbell L, Hussey E. Monitoring Family Therapy Services at the Children's Home of Winnipeg. Winnipeg (MA): University of Manitoba, School of Social Work, Child and Family Services Research Group; 1988.
65. Woodside DB, Shekter-Wolfson LF, Garfinkel PE, Olmsted MP. Family interactions in bulimia nervosa II: complex intrafamily comparisons and clinical significance. *International J Eat Disord* 1995;17:117–26.
66. Woodside DB, Shekter-Wolfson L, Garfinkel PE, Olmsted MP, Kaplan AS, Maddocks SE. (1995b) Family interactions in bulimia nervosa I: study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International J Eat Disord* 1995;17:105-16.
67. McGoldric M, Gerson R, Shellenberger S. *Genograms: Assessment and Intervention*. New York-London: W.W. Norton & Company; 1999.
68. Tenjović L. Inventar ličnih reakcija - metrijske karakteristike. U pripremi.

NASTAVNO NAUČNOM VEĆU
FILOZOFSKOG FAKULTETA
BEOGRAD

IZVEŠTAJ KOMISIJE ZA ODOBRENJE TEME DOKTORSKE DISERTACIJE

Na redovnoj sednici Odeljenja za psihologiju izabrani smo u komisiju za ocenu teme doktorske disertacije Snežane Svetozarević, magistra psihologije, NOVI PRISTUPI U OTKRIVANJU PSIHOLOŠKIH FAKTORA RIZIKA ŽIVLJENJA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA

Snežana Svetozarević je diplomirala na Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu 2003. godine sa ocenom 10 (prosečna ocena studiranja 8,96). Magistarske studije na istom odeljenju upisala 2005. godine i magistrirala 2009. godine odbranivši magistarsku tezu *Odnos između bazične strukture ličnosti i poremećaja ličnosti* (mentor. Prof. dr Marija Mitić).

Radno iskustvo kliničkog psihologa je stekla na odeljenju za psihosomatske poremećaje i granična stanja Instituta za psihijatriju „V. Vujić“, KCS (2004.-2005. god.) i na Klinici za bolesti zavisnosti Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu (2007. do 2009. god.) realizujući pripadajuće aktivnosti: diferencijalno dijagnostikovanje, procena psihoterapijskih potencijala, procena intelektualne i radne efikasnosti, neuropsihološka procena, individualni savetodavni rad, vođenje pacijenata kroz psihoterapijski program za bolesti zavisnosti, vođenje grupe bračnih parova u sklopu produžnog programa lečenja bolesti zavisnosti, istraživačka delatnost.

O dodatnih edukacija završila je edukaciju iz strateške porodične terapije (Palo Alto, 2009), forenzičke psihologije, neuropsihološke dijagnostike, i Roršah testa – Eksnerov sistem.

Alkoholizam je fenomen koji usled svog psihološkog i socijalno-medicinskog značaja decenijama zaokuplja pažnju društvene, naučne i stručne javnosti. Štetne posledice alkoholizma po pojedinca, porodicu i zajednicu, predmet su brojnih studija, kao i preventivnih programa. Jedan od krucijalnih nepovoljnih uticaja alkoholizma svakako se odslikava u funkcionisanju *porodice alkoholičara*. Bavljenje alkoholičarskim porodicama ili porodicama sa alkoholičarem sa istraživačkog stanovišta nije novijeg datuma, ali je tema uvek iznova intrigantna i pruža široke mogućnosti i izazove za proučavanje.

Konceptualni okvir predložene teme doktorske disertacije, preko složenih osnovnih pojmova kao što su: porodica, psihologija porodice, alkoholizam i klinička procena otvara mogućnosti daljeg traganja u njihovom proučavanju.

Kandidatkinja ima nameru da u okviru teme doktorske disertacije istraživanje usmeri u pravcu proučavanja faktora rizika življenja u alkoholičarskoj porodici, ali na unekoliko drugačijoj teoretsko-metodološkoj bazi od dosadašnjih.

U pristupu *alkoholičarskoj porodici* poći će od određenja da je to „...sistem u kome je jedan član alkoholičar, tako da alkoholizam i ponašanja vezana za pijenje alkohola postaju centralni organizacioni principi porodičnog života“ (Steinglass P, Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D., 1987). Specifičnost „rizika“ življenja u alkoholičarskoj porodici upravo je sagledana u prethodnoj definiciji, odnosno u činjenici da pijenje jednog člana kontaminira gotovo sve aspekte porodičnog funkcionisanja. Ova forma alkoholizma, po širini svog uticaja, ipak je nešto više od porodice *sa alkoholizmom jednog člana*, gde je pijenje prevashodno „stvar pojedinca“. Kontrolna grupa porodica, *iz nekliničke populacije*, ukazaće na to gde se dve grupe porodica iz kliničke populacije (alkoholičarske porodice/porodice sa alkoholizmom) nalaze u odnosu na prosečne u okviru naše populacije, kao i na elemente u funkcionisanju koji govore u prilog slabostima ali i snagama tih porodica.

U izboru modela porodičnog funkcionisanja kandidatkinja se opredelila za dva koja, zahvaljujući svojoj dugoj istraživačkoj tradiciji i empirijskoj i teorijskoj razradi, zauzimaju značajnu poziciju u istraživanju porodičnog funkcionisanja – Olsonov *Cirkumpleksni model* i Biversov *Sistemi model porodičnog funkcionisanja*. *Model porodičnih procesa* Harveja Skinera biće takođe uključen u istraživanje pre svega zbog mogućnosti procene porodičnog funkcionisanja sa pozicije funkcionisanja individue, dijadne relacije i porodičnog sistema u celini, odnosno njegove usaglašenosti sa jednim od osnovnih postulata psihologije porodice.

Cilj rada je utvrđivanje koliko pojedine dimenzije porodičnog funkcionisanja pretpostavljene primenjenim modelima, doprinose ranom otkrivanju rizika življenja u alkoholičarskoj porodici/ porodici sa alkoholizmom.

Pri tome, pažnju će prvenstveno biti posvećena razlikama i/ili sličnostima u percepciji varijabli predviđenih primenjenim modelima. Step (ne)slaganja percepcija predstavljaće jednu od osnova za utvrđivanje opterećenosti članova porodica, odnosno porodičnih sistema faktorima rizika.

Zadaci istraživanja, određeni ovako široko postavljenim ciljem, su:

I *Prikupljanje opštih podataka o alkoholizmu*: socio-demografska obeležja alkoholičarskih porodica/ porodica sa alkoholizmom; psihološke, zdravstvene, profesionalne, bračne i socijalne posledice alkoholizma koje manifestuju »identifikovani pacijenti«, funkcionisanje dece iz alkoholičarskih porodica u odnosu na decu iz porodica sa alkoholizmom i kontrolne grupe.

II *Analiza razlika alkoholičarskih porodica, porodica sa alkoholizmom i kontrolne grupe na ispitivanim dimenzijama porodičnog funkcionisanja*:

1. Domenima i dimenzijama Olsonovog Cirkumpleksnog modela;

2. Domenima i dimenzijama Biversovog Sistemskog modela porodičnog funkcionisanja

3. Domenima i dimenzijama Skinnerovog modela porodičnih procesa

Integracija rezultata primene navedenih modela trebalo bi da odgovori na sledeća pitanja:

-U čemu su sličnosti i razlike tri grupe porodica (kontrolna grupa, grupa alkoholičarskih porodica i grupa porodica sa alkoholizmom) na ispitivanim dimenzijama?

-Po kojim se dimenzijama porodičnog funkcionisanja tri grupe u najvećoj meri razlikuju?

-Po kojim su dimenzijama porodičnog funkcionisanja tri grupe najbližije?

-Koje od varijabli, registrovanih u istraživanju, predstavljaju najbolje prediktore grupe pripadnosti?

III Analiza individualnih percepcija porodičnog sistema

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

-Koje su dimenzije porodičnog funkcionisanja povezane sa teškoćama u funkcionisanju pojedinaca u okviru porodice?

-Koje su dimenzije porodičnog funkcionisanja povezane sa porodičnim teškoćama u funkcionisanju?

-Koje su dimenzije porodičnog funkcionisanja povezane sa socijalnim teškoćama u funkcionisanju porodice?

-Kakva je povezanost dužine trajanja toksikomanske faze i pozicije porodice na pojedinim dimenzijama porodičnog funkcionisanja?

V Transgeneracijska transmisija alkoholizma:

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

Opšta metoda organizovanja istraživanja - istraživanje pripada oblasti kvazieksperimentalnih istraživanja sa nebalansiranom kontrolnom grupom.

Tehnike za prikupljanje podataka

1. LISTA OSNOVNIH SOCIO-DEMOGRAFSKIH PODATAKA - modifikovana lista sociodemografskih podataka koja je sastavni deo Olsonovog upitnika za procenu porodične kohezivnosti i fleksibilnosti prilagođena sociokulturološkim specifičnostima našeg područja i potrebama ovog istraživanja.

2. SKALA ZA PROCENU PRISUSTVA ZLOUPOTREBE/ZAVISNOSTI OD ALKOHOLIZMA KRATKOG MEĐUNARODNOG NEUROPSIHIJATRIJSKOG INTERVJUA, VERZIJE 5.0.0 (Sehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. 1998).

2.1. POLUSTRUKTUIRANI INTERVJU – za potrebe prikupljanja relevantnih činilaca alkoholizma za problem istraživanja.

3. SKALA PROCENE PORODIČNE KOHEZIVNOSTI I ADAPTIBILNOSTI (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, VERSION IV - FACES IV, Olson DH, 2008): skale dimenzija kohezivnosti: razjedinjenost, balansirana kohezivnost i umreženost; dimenzije adaptibilnosti: rigidnost, balansirana adaptibilnost i haotičnost, kao i skala porodične komunikacije i porodičnog zadovoljstva.
4. SAMOOPISNI INVENTAR PORODIČNIH ODNOSA (Self-Report Family Inventory, Version II - SFI II, Beavers WR, Hampson RB., 1990)
5. SKINEROV UPITNIK ZA PROCENU PORODIČNOG FUNKCIONISANJA, VERZIJA III (Family Assessment Measure, Version III - FAM-III) Skinner HA, Steinhauer PD, 1983) sa sledećim skalama:
 - a) opšta skala (General Scale) – fokus je postavljen na porodicu kao celinu; nivo zdravlja ili patologije u porodici posmatra se i definiše iz sistemske perspektive.
 - b) skala dijadnih relacija – pomoću nje procenjujemo odnose ciljnih parova u porodici.
 - c) skala samoprocene – daje podatke o subjektivnoj percepciji klijentovog funkcionisanja unutar porodice.
6. GENOGRAM (McGoldric M, Gerson R, Shellenberger S., 1999.) – grafički prikaz informacija o članovima porodice, tokom najmanje tri generacije koji daje jasan uvid u strukturu, dinamiku i istoriju složenog porodičnog sistema i obrazaca.
7. Inventar ličnih reakcija (ILR) – modifikovana Marlowe-Crowne skala (Tenjović, L.) namenjena proceni sklonosti ispitanika da daju socijalno poželjne odgovore.

UZORAK

će biti biće sastavljen od 50 porodica sa alkoholizmom / alkoholičarskih porodica koje su, usled ličnih, porodičnih, profesionalnih i socijalnih posledica alkoholizma svog člana, uključene u program lečenja od alkoholizma u relevantnim ustanovama.

Kontrolnu grupu činiće odgovarajući broj porodica iz nekliničke populacije. Za kriterijume ujednačavanja uzoraka izabrani su broj članova porodice, starost dece i nivo obrazovanja roditelja.

OBRADA PODATAKA

I DESKRIPTIVNA STATISTIKA

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

II Q FAKTORSKA ANALIZA

- izvođenje skora ili mere porodičnog funkcionisanja na osnovu rezultata pojedinih članova.

III MULTIVARIJANTNA ANALIZA VARIJANSE I KANONIČKA DISKRIMINACIONA ANALIZA

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

IV UPOREĐIVANJE KENDALLOVIH KOEFICIJENATA SLAGANJA

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

V MULTIPLA REGRESIONA ANALIZA

- utvrđivanje varijabli koje predstavljaju najbolje prediktore grupne pripadnosti.

Odlično poznavanje relevantnih oblasti (alkoholizam, psihologija porodice, porodična terapija) kako teorijski, tako i sa stanovišta prakse lečenja i pružanja pomoći porodicama sa alkoholičarem, kao i dometa i ograničenja teorijskih modela porodice i izvedenih instrumenata vidljivi su iz predloga teme i nacрта istraživanja.

Obuhvatnost i ozbiljnost u pristupu, te dokazani istraživački kvaliteti i disciplinovanost (pristup u izradi magistarske teze), preporučuju kandidatkinju da se poduhvati obrade izazovne teme i doprinese na naučnom proučavanju zasnovanom povećanju znanja kako o psihološkim rizicima koje alkoholičarske porodice predstavljaju za svoje članove, tako i uključenim teorijskim modelima porodice.

ZAKLJUČAK: komisija preporučuje Nastavno-naučnom veću da doktorantkinji Snežani Svetozarević odobri izradu doktorske disertacije sa temom **NOVI PRISTUPI U OTKRIVANJU PSIHOLOŠKIH FAKTORA RIZIKA ŽIVLJENJA U ALKOHOLIČARSKIM PORODICAMA.**

Komisija:

Prof. dr Marija Mitić

Prof. dr Jelena Srna

Prof. dr Dušica Lečić-Toševski