

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

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

Кандидат
Љиљана Симоновић Грујић

Ментор
проф. др Драгана Игњатовић Ристић

2018.

САЖЕТАК

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

Метод. Истраживање је спроведено на узорку од 387 младих, узраста од 15-18 година, подељених у : групу младих из дисфункционалних породица ($n=147$), са два поузорка, $n=114$ младих који су одрастали у породицама са очевим алкохолизмом, који је лечен, и $n=34$ младих који су одрастали у породицама са партнерским насиљем и изложени партнерском насиљу, које је пријављено и процесуирано и контролну групу ($n=240$ младих из породица у којима Упитником CPRS-R није утврђен било који облик насиља, алкохолизма или друге психосоцијалне патологије). Скала Faces III и Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице (ревидирани, CPRS-R) су коришћени за мерење димензија породичног функционисања, Кибернетички модел димензија личности (КОН-6) за конативно функционисање младих, Тест резоновања ликова (ТРЛ) за мерење интелектуалног развоја и Скала латентне зрелости (СЛЗ) утврђивање развоја психичке зрелости. Подаци су обрађени дескриптивним техникама, каноничком дискриминативном и линеарном регресивном анализом.

Резултати. Дисфункционалне породице, изазване насиљем и алкохолизмом, значајно разликују: ниже вредности на димензији кохезивности, одвојеност мајке (32.5%), незапосленост (20.0%), лоше материјално стање (39.5%) и стварање породичних троуглова (67.3%), у поређењу са функционалним породицама. Млади из дисфункционалних породица имају значајно: нижи интелектуални развој ($p < 0.01$, $IQ_{\phi}=112$, $IQ_{\delta}=103$), успех у школи ($AC_{\phi}=4.34$, $AC_{\delta}=3.46$), израженији позитиван став према пијењу алкохола (67.7%), веће искуство са дрогама (11.8% код младих са породичним насиљем) и зависност дувана (29.4%). Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, постижу две категорије нижу латентну зрелост ($p \leq 0.01$, преминација незрелог понашања - категорија 2), у односу на младе са преминацијом зрелог понашања (категорија -4). Каноничком дискриминативном анализом су установљене две дискриминативне функције на којима се млади који одрастају у породицама са насиљем и алкохолизмом значајно разликују, у односу на младе из функционалних породица. Код прве дискриминативне функције, на којој израженије вредности имају млади из функционалних породица, постоји сложај димензија личности: висока латентна зрелост, сарадња са људима и оријентација ка будућности, низак ниво дисоцијативних, агресивних, анксиозних, психосоматских реакција, несебичности, социјалне незрелости, средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција. На другој добијеној дискриминативној функцији највећи просек имају млади из породица са насиљем, које граде: висока развијеност дисоцијативних и дезорганизованих реакција, средње изражена способност адаптације,

ниска фрустрациона толеранција и оријентација ка будућности. Подаци добијени линеарном регресивном анализом показују да је породични алкохолизам значајни предиктор за поремећаје у функционисању породичног система, где је највиша, значајна повезаност ($\beta=.771$, $p \leq 0.01$), са поремећајима у брачној дијади и бригом младих за породичне односе ($\beta=.863$, $p = .000$). Поремећаји у субсистему родитеља и изражени страхови за односе у породици високо су повезани са развојем латентне зрелости ($\beta=.664$), сарадње са људима ($\beta=.622$), оправданим изостајањем са наставе ($\beta=-.622$) и потребом за стручном помоћи психолога или психијатра ($\beta=-.578$). Породично насиље је значајни предиктор за поремећаје у функционисању породице и поремећаја у брачној дијади ($\beta = -.958$, $p \leq 0.01$), кохезивности ($\beta = .605$, $p = .000$) и не/запослености оца ($\beta = .618$, $p \leq .000$). Поремећаји породичног функционисања изазвани насиљем су значајно и високо повезани са психичким функционисањем младих: бригом за породичне односе ($\beta = -.968$), ноћним страховима ($\beta = -.873$), потребом за стручном помоћи ($\beta = -.8739$), сарадњом са људима ($\beta = .523$), оријентацијом ка будућности ($\beta = .669$), латентном зрелошћу ($\beta = .618$), психосоматским реакцијама ($\beta = -.509$), дисоцијативним реакцијама ($\beta = -.591$), оправданим изостајањем из школе ($\beta = .618$), неоправданим изостајањем ($\beta = -.824$), поремећајима памћења ($\beta = -.541$), ноћним страховима ($\beta = -.722$), бежањем од куће ($\beta = -.569$), кршењем правила и кажњавањем у школи ($\beta = -.569$), сукобима са вршњацима ($\beta = -.460$). У конативном функционисању младих из дисфункционалних породица утврђен је патолошки облик функционисања у дисоцијативним (23.5%), анксиозним (25.2%) реакцијама и социјалној адаптираности (32% код младих из породица са насиљем). **Закључак.** Изложеност младих породичној дисфункционалности, изазваној насиљем и алкохолизмом, повезана је са променама психосоцијалног функционисања, развоја специфичних особина личности и ризиком од развоја интернализованих и екстернализованих симптома у социјално-адаптивним, анксиозним и дисоцијативним реакцијама. Медијатор између породичног насиља и алкохолизма и психосоцијалног функционисања и развоја младих јесу породична кохезивност и поремећаји у брачној дијади.

Кључне речи:

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

ABSTRACT

Introduction/Aim. Growing up of the youth in dysfunctional family systems affected by intimate partner violence and alcoholism is associated with difficulties in psychosocial development, including behavioural disorders, externalized and internalized symptoms. The aim of the research was to determine the association of intimate partner violence and alcoholism with the functioning of the family system, psychosocial functioning and development of specific characteristics of the young. The specific aim of the research was to determine adequate mental-hygienic and preventive measures in order to reduce the negative consequences of growing up in dysfunctional families, intimate partner violence families and families with alcoholism. **Methods.** The research was carried out on a sample of 387 youth, aged 15 – 18, divided in a group of youth coming from dysfunctional families ($n = 147$), with two subsamples, $n = 114$ youth growing up in families with paternal alcoholism which was medically treated, and $n = 34$ youth who grew up in intimate partner violence families and were exposed to intimate partner violence, which was reported and processed, and a control group ($n = 240$ youth from families in which according to the CPRS-R Questionnaire there was not found any form of violence, alcoholism or any other psychosocial pathology). FACES III Scale and Questionnaire for the Examination of Psychosocial Characteristics of the Youth and Family (revised, CPRS-R) were used for measuring dimensions of family functioning, Cybernetic model of personality dimensions (CON-6) for conative functioning of the youth, Test for reasoning images (TRI) for measuring intellectual development and the Scale of Latent Maturity (SLM) for determining the level of psychological maturity, the data were processed by using descriptive techniques, canonic discrimination and linear regression analysis. **Results.** Dysfunctional families, affected by intimate partner violence and alcoholism, show significantly different results in the following: lower values of the cohesion dimension, separation (32.5), unemployment (20.0%), bad material situation (39.5%) and formation of family triangles (67.3%) as compared to functional families. The youth from dysfunctional families show significantly lower intellectual development ($p < 0,01$, $IQ_f=112$, $IQ_d=103$), lower achievement at school ($M_f=4.34$, $M_d=3.46$), more pronounced positive attitude towards alcohol abuse (67.7%), greater experience with drug abuse (11.8% of the youth growing up in and exposed to intimate partner violence) and cigarette addiction (29.4%). The youth coming from dysfunctional families, exposed to intimate partner violence and alcoholism, score two category lower latent maturity ($p \leq 0.01$, predominantly immature behaviour- category 2), in comparison with the young with predominantly mature behaviour (category -4). The canonic discrimination analysis determined two discrimination functions which significantly differentiates the youth growing up in intimate partner violence and alcoholism families from the youth from functional families. The first discrimination function, which showed higher values for the youth coming from functional families, exhibited more complex personality characteristics: high latent maturity, cooperation with other people and orientation towards the future, low level of dissociative, aggressive, anxious, psychosomatic reactions, selflessness, social immaturity, medium trust in other people and frustration tolerance. The other obtained discrimination function showed that the highest average was scored by the youth coming from families with intimate partner violence which consisted of: highly developed dissociative and disorganized reactions, medium

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

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

Key words:

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

САДРЖАЈ

Сажетак	2
Abstract	4
1. УВОД	11
1.1. ПОРОДИЦА У СИСТЕМСКОЈ ПОРОДИЧНОЈ ТЕОРИЈИ	11
1.1.1. Породична структура.....	11
1.1.2. Динамика породичних односа	12
1.1.3. Дисфункционални породични систем	14
1.1.4. Улога психопатолошких симптома деце и младих у дисфункционалном породичном систему.....	16
1.1.5. Трансгенерацијски модел преношења породичне дисфункционалности	17
1.1.6. Симптоми деце и младих у дисфункционалним породицама	19
1.2. Дисфункционалност породице изазвана насиљем	21
1.2.1. Дефиниција породичног насиља	21
1.2.2. Фактори који утичу на настајак породичног насиља	22
1.2.4. Структура породице са насиљем.....	23
1.2.5. Односи у породици са насиљем	24
1.2.6. Психопатологија родитеља у породицама са насиљем	24
1.2.7. Последице породичног насиља на развој деце и младих.....	25
1.2.8. Психопатологија младих који одрастају у породици са насиљем	26
1.2.9. Органска обољења младих из породица са насиљем	28
1.2.10. Сексуални проблеми младих из породица са насиљем.....	28
1.2.11. Трансгенерацијско преношење насиља	28
1.3. Дисфункционалност породице изазвана алкохолизмом.....	29
1.3.1. Дефиниција и врсте алкохоличарских породица.....	29
1.3.2. Насиље у алкохоличарским породицама.....	31
1.3.3. Психосоцијални развој деце и младих у алкохоличарским породицама	31
1.3.4. Психопатологија младих из алкохоличарских породица	29
1.3.5. Специфичне особине младих из алкохоличарских породица	31
1.3.6. Трансгенерацијски модел преношења алкохолизма	36
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ	37
2.1. ЦИЉЕВИ	37
2.2. ХИПОТЕЗЕ.....	38
3. МЕТОДОЛОГИЈА	39
3.1. Врста студије	39
3.2. Испитаници.....	39
3.3. МЕТОД	40

3.3.1. Варијабле које се мере у истраживању	40
3.3.1.1. Независне варијабле	40
3.3.1.2. Зависне варијабле:	41
3.3.1.3. Збуњујуће варијабле:	42
3.4. Упитници	42
3.4.1. Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице	42
3.4.2. Тест ФАЦЕС- 3 (FACES–3-Family adaptive, cohesions Scales 3)	42
3.4.3. Скала латентне зрелости (СЛЗ)	43
3.4.4. Тест резоновања ликова (ТРЛ)	44
3.3.5. Тест конативних димензија личности– КОН-6 (Кибернетички модел личности)	44
3.5. Статистичка обрада података	45
4. РЕЗУЛТАТИ.....	46
4.1. Дескриптивна статистика.....	46
4.1.1. Социо-епидемиолошки параметри.....	46
4.1.1.1. Полна и старосна структура испитаника	46
4.2. Приказ узорка по похађању разреда средње школе	47
4.3. Приказ узорка према реду рођења	47
4.4. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	48
4.4.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према образовном статусу родитеља	48
4.4.2. Радни и економски статус функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	49
4.4.3. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према материјалном стању	50
4.4.4. Карактеристике породичних интеракција функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	51
4.4.4.1. Квалитет емоционалних односа мајка-дете у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	51
4.4.4.2. Квалитет емоционалних односа између деце (sibling-односи) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом	52
4.4.4.3. Квалитет емоционалних односа између мајке и деце (породично утругљавање) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом	52
4.4.4.4. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом	53

4.4.4.5. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце од мајке) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	54
4.4.4.7. Квалитет емоционалних односа у брачној дијади (између родитеља) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	55
4.4.5. Последице породичног алкохолизма и насиља	55
4.4.5.2. Утицај динамике породичних односа на емоционално стање младих у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	56
4.4.6. Улоге и дистрибуције ауторитета у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом	57
4.4.6.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у остваривању улоге образовања деце (адаптабилност).....	57
4.4.6.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у дистрибуцији ауторитета (одлучивање у породици)	57
4.4.7. Границе породичних система (отвореност/затвореност) функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	58
4.4.8. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	59
4.4.9. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у укључивању стручњака ради успостављања личне хомеостазе.....	60
4.4.10. Присутност породичне психопатологије у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	61
4.5. Породичне димензије: кохезивност и адаптабилност у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	62
4.5.1. Кохезивност у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	62
4.5.2. Адаптабилност у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом.....	63
4.6. Успех и проблеми у учењу младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	66
4.6.2. Проблеми у учењу младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	68
4.7. Психосоцијални развој младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	74
4.7.1. Конативне димензије личности младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	74

4.7.2. Категорије Регулатора активитета (Епсилон)-димензија: екстраверзија - интроверзија младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	76
4.7.3. Категорије органских функција (Хи)-димензија: психосоматских реакција младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	77
4.7.4. Категорије Регулатора реакција одбране (Алфа) димензија анксиозност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	78
4.7.5. Категорије Регулатора реакција напада (Сигма)-димензија: агресивност-неагресивност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	79
4.7.6. Категорије Система за координацију регулативних функција (Делта)-дисоцијативне реакције младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	79
4.7.7. Категорије Система за интеграцију регулативних функција (Ета) димензија: асоцијалност-социјална адаптација младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	80
4.8. Интелектуални развој младих у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом	86
4.9. Поремећаји психосоцијалног развоја младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	91
4.9.1. Поремећаји у понашању младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	92
4.10. Психичка зрелост младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	93
4.10.2. Категорије латентне зрелости младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	96
4.10.3. Сарадња са људима младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	97
4.10.4. Фрустрациона толеранција младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	97
4.10.5. Поверење у људе младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	98
4.10.6. Несебичност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	99
4.10.7. Оријентација ка будућности младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом.....	100
4.11. Повезаност развијености интелектуалних способности и степена постигнуте латентне зрелости младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	106
4.12. Став према употреби алкохола младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	108

4.13. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица. породица са насиљем и алкохолизмом, према употреби психоактивних супстанци	110
4.13. 1. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према употреби дрога.....	110
4.13.2. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом према пушењу цигарета (никотинизам)	111
4.14. Структура личности младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	112
4.15. Повезаност породичног функционисања и психосоцијалног развоја младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом	117
5. ДИСКУСИЈА.....	123
6. ЗАКЉУЧАК.....	144
7. ЛИТЕРАТУРА.....	151
8. ПРИЛОЗИ.....	174

1. УВОД

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

1.1. ПОРОДИЦА У СИСТЕМСКОЈ ПОРОДИЧНОЈ ТЕОРИЈИ

1.1.1. Породична структура

Породица у системској теорији одређује се као систем или склоп елемената (субсистема) у међусобним односима. Системи и подсистеми имају два аспекта: структуру и процес (диманику).

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

1.1.2. Динамика породичних односа

Целина (свеобухватност) је важна особина породичног система, која значи да промена ма ког дела / члана породице, аутоматски ствара промену другог дела система или члана породице.

Динамика породичног система остварује се *хијерархијским односима* и *диференцијацијом система* различитих нивоа. *Варијабле* су процеси у подсистемима, који се могу мењати у одређеним границама и могу се мерити.

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

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

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

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

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

За разумевање породичног функционисања системска теорија користи три димензије.

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

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

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

Нормалност, или функционалност, породице у *стратешко системском приступу* одликују:

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

- организациона стабилност,
- адаптабилност, односно флексибилност у односу на унутрашње и спољашње захтеве за променом и ефикасно превладавање стреса,
- отворена комуникација,
- отворено решавање проблема и разрешење конфликта,
- општеприхваћен систем веровања, који омогућава поверење и повезаност са прошлим и будућим генерацијама,
- етичке вредности и уважавање шире друштвене заједнице и
- одговарајуће снаге за основну економску сигурност и психосоцијалну подршку, преко мреже проширене породице и пријатеља, заједнице и ширих социјалних система (11, 12).

Нормалност породице у стратешко системском приступу одликује:

1. флексибилност породице и
2. широки обим понашања за:
 - а) решавања проблема и
 - б) прекретнице у животном циклусу (13, 14).

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

1. *материјалну* (остваривање услова за задовољавање материјалних и психолошких потреба њених чланова),
2. *инструменталну* (ефикасно постављање граница понашања њених чланова, поштовање породичних правила, јасно одређивање улога) и
3. *експресивну* (нега, изражавање емоција, блискости и топлине између чланова) (15).

1.1.3. Дисфункционални породични систем

Дефинисање дисфункционалности породичног система у системској теорији, одређен је дескриптивним приступом појма дисфункционалности где се описује начин испољавања, а не њена природа. На тај начин се избегавају етиолошке импликације њеног настанка или последица (16).

Системски теоретичари дисфункционалност породице, почевши од њене кризе до патологије, етиолошки посматрају улогу поремећаја или симптома у породичном систему, пре него њихов узрок. *Симптом* у породици не може се посматрати изоловано од породичне психодинамике. Сваки симптом је последица неприхватљивих породичних односа, али и узрок других поремећених односа. Болест се посматра као

део породичног система, који има улогу очувања породице. *Породична дисфункционалност* може настати због наследних основа, које изазивају болести и доводе до стварања карактерних и персоналних девијантности. Наследност болести у породици, утиче на емоционално-мотивационо стање њених субсистема и могућност њеног опстанка (17, 18).

Теоријски концепт *Minuchin-a* функционалност и дисфункционалност породице објашњава се одређеним одликама.

1. Породична структура је скуп делова трансакције, вербалне и невербалне.

Функционалне породице имају одговарајућу структуру, у односу на хијерархију моћи и остваривање брачних и породичних очекиваних улога. Функционална породица је добро структурисана, флексибилна и кохезивна, у односу на дисфункционалну коју одликују нефлексибилност и смањену смањену кохезивност.

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

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

4. Функционалне породице су добро адаптиране, како споља, тако и изнутра, у односу на дисфункционалне код којих је нејасно одређено руковођење, организација, остваривање улога, доношење правила у односима и договарање између чланова породице (12, 19).

Настанк и трансгенерацијску трансмисију породичне дисфункционалности објашњава *Bowen-ова* концепција о емоционалним односима и степену анксиозности у систему, које сматра важнијим од невербалног и вербалног језика и основу за формирање емоционалног система нуклеарне породице. Породични конфликт у брачној дијади праћен је испреплетаним емоционалним односима између чланова у дисфункционалној породици, где се хармонија у једном односу одржава на рачун конфликта у другом. Са порастом степена анксиозности и напетости, која превазилази границе подношљивости дијаде, настаје утроугљавање или укључивање треће особе, да би се смањила напетост. Повећана породична оријентација на одржавање целовитости

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

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

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

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

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

Стварање психопатолошких симптома има две улоге:

1. да одржи поремећени образац функционисања породице,
2. симптомом дете протестује против фокусирања.

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

Активни облици симптома: агресивност, бунтовништво, поремећаји у понашању, су последица фокусирања родитеља на своју *експресивну улогу* (нега, изражавање емоција и топлине) (11, 12, 14, 26).

Minuchin одређује четири начина на које дете може бити умешано у родитељски конфликт:

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

Триангулација (утроугљавање) продукује симптоме анксиозности и њене еквиваленте: хипохондрију, осетљивост и фобију. Заобилазни напад изазива: поремећаје понашања, делинквенцију и тешкоће у учењу. Заобилазно подржавање продукује несигурну, стидљиву децу и децу са психосоматским поремећајима (11, 18, 19, 26, 27).

1.1.5. Трансгенерациски модел преношења породичне дисфункционалности

Основни циљеви породице су да преживи и да се репродукује. Међутим, породице репродукују и неадаптабилне, патолошке обрасце породичног живота. Трансгенерациска анализа представља приказ преношења породичне културе: систем веровања, вербалне и невербалне шеме реаговања (комуницирања), практично понашање, стандарде емоционалне експресивности, конфликте, митове, тајне, етичке ставове, све оно што одређује јединственост дате породице. Породица понавља саму себе. Претпоставља се да ће обрасци понашања у претходној генерацији обезбедити имплицитни модел за функционисање у следећој. Мултигенерациски процес

трансмисије проистиче из тога што људи истог степена селф-диференцијације ступају у брак, а начин да стабилизују брачну фузију је пројекција сопствене недиференцираности на дете, које са нижим степеном селф-диференцијације, улази у брак и процес се наставља. Алкохолизам и насиље је »out-put« из интензивне прогресије емоционалне, интелектуалне фузије и силе заједништва кроз више генерација једне породице (28, 29).

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

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

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

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

насиље адолесцената према другима. Физичка агресија се учи у дисфункционалној породици као модел понашања (37).

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

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

1.1.6. Симптоми деце и младих у дисфункционалним породицама

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

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

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

Дисфункционална породица доводи до суицидалног понашања код деце и младих преко поремећаја породичних димензија комуникације, интеракције и мајчине психопатолошке функције.

тологије. Суицидално понашање деце значајно је повезано са ниско израженом топлином, подршком, психичком контролом, навикавањем на дисциплину, задовољством родитељства, високо израженом мајчином депресијом и анксиозношћу (44).

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

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

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

за циљ дуго скривање породичних проблема. Затварање граница дисфункционалног породичног система према супрасистемима из ширег окружења, праћено је отварањем граница према члановима примарне породице супружника, ради остваривања улога и функција породице (51).

1.2. ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТ ПОРОДИЦЕ ИЗАЗВАНА НАСИЉЕМ

1.2.1. Дефиниција породичног насиља

Породично или интерпартнерско насиље (IPV-Intimate partner violence) је присутно у свим социоекономским, религиозним и културалним групама и постаје глобални проблем.

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

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

У истраживању присуства породичног насиља према женама у Централној Србији 37.5% жена је у задњој години доживело неки облик насиља и 54.2% у току свог живота, од чега: психичком насиљу 31.8% у задњој години и 48.7% током целог живота, физичком 10.1%-21.6%, економском 11.4-15.6% и сексуалном 1.2-3.8%. Према наведеном истраживању 40% деце трпи насиље у породицама (56).

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

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

1.2.2. Фактори који утичу на настајак породичног насиља

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

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

насиљем седам пута чешће постаје насилан), конфликтних односа међу партнерима, немогућности контроле беса (62).

Фактори који одржавају заједницу са насиљем су: страх, недостатак економске подршке, због деце, недостатак подршке примарне породице и пријатеља, губитак деце због развода, љубав и нада да ће се партнер променити. Лични фактори код насилника су: узраст, ниско образовање, доживљено насиље у детињству, последице алкохола и дрога, поремећаји личности, прихватање насиља као права, прошлост партнера. Код жртве насиља: ниско образовање, одрастање у насилним породицама, сексуално злостављање у детињству, прихватање насиља (63).

1.2.3. Материјално стање у породицама са насиљем

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

1.2.4. Структура породице са насиљем

1.2.4.1. Типови насилника

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

1.2.4.2. Профил жртве у породичном насиљу

Особине које одређују жртву породичног насиља су:

1. психички недостаци
2. степен способности за отпор од насиља која зависи од претходног насиља партнера (68).

1.2.5. Односи у породици са насиљем

Најизраженије последице дисфункционалног породичног система су промене у породичним димензијама кохезивности и комуникацији између субсистема. Слабљење блискости и комуникације у брачној дијади, утиче на слабљење емоционалне повезаности између мајке и деце. Низак ниво вербалне експресије и емоционалних реакција, ниска толеранција на критику и погрешно тумачење блискости, повећано је повећаном анксиозношћу (33, 69), Снижене способности за решавање проблема, или породична адаптабилност, слаба комуникација, представљају механизме који се, заједно са слабом кохезијом и повећаним сукобима, развијају и преносе на децу. У породицама са насиљем 20-60% деце су и сама изложена неком облику насиља, физичком, психолошком, сексуалном. Дете може бити запостављено, угрожено, изложено потцењивању, увредама, негативним емоцијама, псовкама (70, 71).

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

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

1.2.6. Психопатологија родитеља у породицама са насиљем

Породично насиље је често последица изражених проблема у менталном здрављу насилних родитеља. Иако није утврђени тип злостављања и са њим повезан

специфични образац психопатологије, врста родитељске психопатологије повезана је са последицама у понашању адолесцената. У структури насилника значајна је емоционална дисрегулација, непријатељство, импулсивност, биполарни поремећај, антисоцијални поремећај личности, алкохолна и друге врсте зависности (76, 77, 78).

Злостављане жене више пате од високог степена депресије, анксиозности, фобија, у односу на незлостављане жене. Код физичког и сексуалног насиља жене, поред емоционалних, изражених трауматских и посттрауматских симптома и ниског самопоуздања, имају суицидалне идеје, покушаје самоубиства, аутодеструктивне радње, алкохолну, никотинску и друге зависности од супстанци, поремећаје спавања и исхране, поремећаје у социјалном функционисању, проблеме понашања и небезбедно сексуално понашање. (58, 62, 63, 79, 80).

1.2.7. Последице породичног насиља на развој деце и младих

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

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

1.2.8. Психопатологија младих који одрастају у породици са насиљем

Одрастање у породици са насиљем праћено је са психопатологијом деце и младих. Утврђена је позитивна повезаност између родитељске и дечје психопатологије. Родитељско понашање, родитељска психопатологија, утичу на саморегулацију деце и антисоцијално понашање. Породично насиље утиче на екстернализоване проблеме ако родитељи, поред партнерског насиља имају антисоцијално понашање. Партнерско насиље повећава ризик за ПТСП (посттрауматски стресни поремећај) и алкохолну зависност, чак и две године после доживљавања насиља, али не изазива велику депресију (major depressive disorder) (87). Психопатологија мајке, најчешће депресија, је у директној вези са интернализованим проблемима. Опажање проблема родитељског функционисања посредник је између родитељске психопатологије и екстернализованих проблема (88). Психопатологија деце и младих највише зависи од одлика породице:

- а) блиски породични односи и социјална подршка су важни за интернализоване симптоме: анксиозност, акутно стање страха, депресију, хиперсензитивност, научену беспомоћност, посттрауматски стресни поремећај (ПТСП);
- б) блиски породични односи спречавају екстернализоване симптоме: агресију, поремећаје понашања (лагање, крађе, туче, беспосличење), антисоцијално и делинквентно понашање, зависност од супстанци (89).

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

Адолесценти чија је мајка изложена физичком партнерском насиљу показују изражене психичке поремећаје са Америчке класификације психичких поремећаја (DSM-IV). Непосредно посматрање физичког партнерског насиља и физичко кажњавање деце и

младих има за последицу повећане интернализоване симптоме: депресију, анксиозност, хиперсензитивност, научену беспомоћност, страх и акутно стање страха (92, 93).

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

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

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

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

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

Деца и млади чији су родитељи извршили покушај самоубиства у породици са партнерским насиљем имају социјалне, психолошке, физичке и академске последице:

ПТСП, стрес, тешкоће успостављања блискости, поремећаје апетита и тежине и пад школског постигнућа. Партнерско насиље и покушај самоубиства родитеља утиче на ментално здравље деце (69, 101).

1.2.8.1. Суицидалност младих из породица са насиљем

Приближно 32-38% младих, изложено вербалном насиљу, 60% код злостављања и занемаривања, 43% код физичког насиља, изражава суицидалне идеје. Депресија и делинквенција се јављају заједно са суицидалним идејама (102). Даљи развој посттрауматске симптоматологије код младих изазива развој депресије, анксиозност (92, 103), зависност од супстанци (цигарета и марихуане), делинквенцију и трансгенерацијско преношење насиља (104). Зависност од супстанци, алкохолна, дуванска или канабис, израженија код младих који су директно изложени насиљу у породици, праћена је повећаним ризиком за настанак алкохолизма и других дрога у одраслом добу (105, 106).

1.2.9. Органска обољења младих из породица са насиљем

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

1.2.10. Сексуални проблеми младих из породица са насиљем

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

1.2.11. Трансгенерацијско преношење насиља

Одрастање у породици са насиљем код деце и младих има за последицу учење образаца решавања проблема и конфликта од родитеља који су модели понашања. Насиље, као научени начин понашања преноси се на понашање деце и младих не само у адолесцентном, бећ и у одраслом добу. Изложеност животном стресу до 23. године, малтретирање, дужина и време изложености насиљу води ка интергенерацијском преношењу насиља (109).

Подаци о последицама насиља у детињству на изложеност насиља у одраслом добу, „трансгенерацијско преношење насиља“, показују да: 36% жена - жртава физичког насиља (наспрот 15% оних које нису биле жртве насиља) имале су очеве насилнике; 41% жртава насиља (наспрот 19% оних које то нису) и саме су биле изложене физичком насиљу у детињству. Утврђена је и значајна повезаност насиља у примарним породицама мушкараца и њиховог каснијег насилничког понашања: 32% учинилаца насиља потиче из породица у којим асу очеви били насилни према њиховим мајкама, а 32% њих су били непосредне жртве насиља у детињству (55). Нефункционално родитељство, ниско задовољство дететом, значајно је повезано са породичним насиљем и екстернализованим проблемима. Изражени екстернализовани проблеми предвиђају висок степен емоционалне експресивности, агресије, непријатељске реакције, депресију и нерасположење као последице код младих који одрастају у породицама са насиљем и трансгенерацијско преношење насиља (110).

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

1.3. ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТ ПОРОДИЦЕ ИЗАЗВАНА АЛКОХОЛИЗМОМ

1.3.1. Дефиниција и врсте алкохоличарских породица

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

Породице алкохоличара представљају хетерогене групе. Њихове заједничке одлике су: низак ниво кохезије, изражавање емоција кроз афекте, независност, посебна

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

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

Најчешћа подела алкохоличарских породица је на:

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

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

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

-породице са израженом анксиозном и депресивном симптоматологијом алкохоличара.

Депресија повећава ризик за настанак алкохолизма. Код алкохоличара је нађено два пута више афективних поремећаја, него у општој популацији.

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

1.3.2. Насиље у алкохоличарским породицама

Динамика односа функционисања чланова или субсистема алкохоличарских породица често је изражена различитим облицима насиља. Истраживања указују на присуство великог броја физичког, емоционалног и сексуалног злостављања у алкохоличарским породицама, због честог коморбидног јављања алкохолизма, граничних случајева (borderline) и социопатске структуре личности алкохоличара, чија је значајна одлика испољавање различитих облика бруталне и примитивне агресивности (76, 113, 123). Алкохолизам је, маска за теже облике менталних поремећаја. Према истраживањима *Ишпановић* (124) у 0.7% породица алкохоличара су туче врло честе, у 7.3% су повремене, а деца по правилу присуствују сценама породичног насиља. У алкохоличарским породицама 58.1% младих је изложено физичком злостављању и 61.3% менталном повређивању (124).

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

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

1.3.3. Психосоцијални развој деце и младих у алкохоличарским породицама

Очев алкохолизам, комбинован са другим факторима ризика, доводи до кумулације неповољних услова који представљају негативни потенцијал за психосоцијални развој деце и младих. Алкохолна зависност изражена је негативним родитељским стиловима, променом расположења и недоследним родитељским понашањем. Родитељи могу да постану стални контролори, кажњавају и буду ауторитарни у неким околностима, или

попустљиви и занемарују децу у другим. Често могу бити љути или незаинтересовани, дозвољавају деци неодговорност, неостварују родитељске улоге, због чега деца и млади преузимају одговорност и замењују оца у породичним улогама када су пијани (128).

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

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

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

Дисфункционалност алкохоличарске породице утиче на смањено присуство интелектуалне стимулације за когнитивни развој деце и младих, што условљава сиромашнији речник, мање развијене интелектуалне вештине у предшколском узрасту и слабији успех током школовања. Тешкоће у школовању младих из алкохоличарских породица настају као последице хиперактивности, лаке дистракције или уским опсегом пажње. Школске проблеме деце и младих из алкохоличарских породица појачавају изражене неуротичне тешкоће, изражене код 55% деце алкохоличара, често присуство поремећаја ауторитета (CD), емоционалних и бихевиоралних проблема (130, 131). Деца

алкохоличара, са нормалном интелигенцијом, на школском узрасту, имају мању способност да одрже пажњу, тешкоће у праћењу захтева и испуњавање утврђених правила понашања (132).

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

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

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

1.3.4. Психопатологија младих из алкохоличарских породица

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

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

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

- интернализовани / избегавање;
- психопатски;
- емоционални поремећаји;
- параноидно / агресивни;
- отпорни (139).

Развој једног или више симптома код деце и младих из алкохоличарских породица представља начин суочавања са стресом насталим због очеве зависности. Симптоми из детињства и младалачког доба могу продужити своје постојање и у одраслом добу, уколико породица не прихвати ефикасно лечење. На дисфункционалност породичног алкохолизма деца и млади могу реаговати формирањем активних, екстернализованих, и пасивних, интернализованих, симптома (140).

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

Неиспуњавање родитељске улоге неге и слабљење кохезивности између родитеља и деце повезани са интернализованим симптомима деце и младих из алкохоличарских

породица. Депресија, анксиозност, хиперсензитивност, осећање беспомоћности, и акутно стање страха представљају интернализоване симптоме деце и младих из алкохоличарских породица (147, 148).

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

1.3.4.1. Суицидално понашање деце и младих из алкохоличарских породица

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

1.3.5. Специфичне особине младих из алкохоличарских породица

Велики број истраживања о последицама одрастања у алкохоличарским породицама везивао се за утврђивање развоја специфичних особина, профила личности или субтипа деце и младих, не само у детињству и адолесценцији, већ и у одраслом добу, у односу на младе из функционалних породица. Очева зависност од алкохола повезује се са негативним последицама и психопатологијом њихове деце и младих, али класификовање субтипа је ретко нађено.

Тип последица у психосоцијалном развоју деце и младих из алкохоличарских породица:

- без последица
- алкохолна зависност
- алкохолна зависност удружена са анксиозношћу и депресијом
- алкохолна и никотинска зависност удружене са поремећајем ауторитета (CD),

одређују бројне варијабле: недоследност родитељског понашања, физичко и сексуално злостављање деце, квалитет односа са браћом и вршњацима (154).

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

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

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

Проблеми понашања су последице ниске самоконтроле, незрелости и манипулативности.

У развоју идеалног ја, дела самосвести, ниско самопоштовање, неодговорност и песимизам доводе до поремећених способности планирања будућности.

Социјални развој, однос са људима, отежавају негативне емоције према себи и другима, лагање, тешкоће у сарадњи и одржавању позитивних ставова, повлачење, претерана осетљивост на критику и незрелост. Бихевиорални и социјални проблеми могу довести до поремећаја у понашању: различитих зависности од супстанци, суицида, криминала и делинквенције. Значајно је да одређене особине: перфекционизам, мудрост, пркос, самокритичност, могу довести до превеликих постигнућа (153, 155).

Табела 2. Тешкоће у психосоцијалном функционисању младих из алкохоличарских породица према Brown-у и сар.

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

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

Према наведеном аутору, одрасла деца алкохоличара имају трајне последице у емоционално-социјалном развоју, нарочито у осећању блискости са другима, контроли несигурности, стварању реалне слике о себи и другима. Когнитивно функционисање је отежано неспособностима одржавања пажње у процесу рада (156).

Табела 3: Психичке особине одрасле деце алкохоличара према J. Woitiz

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

Полазећи од особина одрасле деце алкохоличара, које је утврдила *Woitiz, Tony* је установио познату *Laundry* листу четрнаест особина одрасле деце алкохоличара и дисфункционалних породица (Табела 4). *Laundry* листа укључује не само особине деце алкохоличара, већ деце и младих из дисфункционалних породица уопште. Проблеми лошег идентификационог узора у оцу алкохоличару, пројектују се на проблеме у односу према ауторитетима, нерелане слике о себи и другима, што отежава стварње личног идентитета. Наглашена је улога учења по моделу која омогућава стварање позитивног односа према употреби алкохола као образац решавања проблема. Одрастање у породици са трауматским доживљајима ремети емоционалну и социјалну зрелост. Преузимање родитељских улога у породици преноси се на пожртвованост и одговорност према другима током живота (157).

Табела 4. *Laundry* листа одрасле деце из алкохоличарских и дисфункционалних породица

<i>Laundry List (Tony) - 14 ОСОБИНА ДЕЦЕ ИЗ АЛКОХОЛИЧАРСКИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Изолованост и страх од ауторитета.2. Тражење одобравања и изгубљениог идентитета3. Свађање и љутња на сваку критику4. Постају и сами алкохоличари, венчавају се са њима, или и једно и друго, траже особе које су радохоличари да би испунили ненормалне потребе.5. Живе животом жртве и привлаче љубав и пријатељство као слабе особе.6. Имају претерано развијено осећање одговорности и то олакшава концепцију да су радије усмерени на друге него на себе, тако да не могу да увиде своје грешке.7. Имају осећање кривице кад су усмерени на себе уместо да помажу другима.8. Постају зависни од узбуђења.9. Воле конфузно и теже да воле људе и када имају сопствену штету и спасавају их.10. Пате због трауматског детињства и губе способност да осећају или изражавају осећања, јер их то много боли.11. О себи суде строго и имају ниско самопоштовање.12. Они су зависне особе које су преплашене од напуштања и не раде ништа држећи се повезаности за друге не показујући страх од напуштања, које прихватају да живе тражећи људе који емоционално никада неће бити за њих.13. Пара-алкохоличар (дете алкохоличара) је више реактиван него активан.14. Алкохолизам је породична болест и човек постаје пара-алкохоличар и преузима његове болесне особине чак и када није узео пиће.

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

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

- -екстернализован
- -инхибициони
- -емоционални
- -дисрегулациони
- -високофункционални (158).

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

1.3.6. Трансгенерацијски модел преношења алкохолизма

Породице репродукују и неадаптабилне, патолошке обрасце породичног живота. Трансгенерацијска анализа представља преношење породичних образаца понашања из претходне генерације као имплицитне моделе за функционисање у следећој. Постоје два потенцијална посредника у интергенерацијском настављању позитивног родитељства: родитељску ефикасност, активне стратегије решавања проблема, и идентификације (160). Деца и млади из породица алкохоличара имају два пута више развијену зависност од алкохола и канабиса (23.1%: 9.6%), бивају чешће пијани (44.0% : 35.7%) и очекују да ће пити у наредне две недеље (18.2%: 11.1%), у односу на младе из функционалних породица (161).

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

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ

2.1. ЦИЉЕВИ

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

2.2. ХИПОТЕЗЕ

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

3. МЕТОДОЛОГИЈА

3.1. ВРСТА СТУДИЈЕ

Истраживање је спроведено, као опсервациона студија, и то студија пресека. На основу добијених сагласности за обављање истраживање Етичког одбора Клиничког центра Ниш бр.31714/34 од 2.10.2014., Гимназије „Бора Станковић“ 310/1 од 10.6. 2014., Дома здравља Врање од 10.6.2014., Центра за социјални рад у Врању од 25.12.2014. Наставно научно веће Факултета медицинских наука у Крагујевцу одобрило је нацрт истраживања, број 01-9476/3-3 од 30.09.2015. Истраживање је обављено у наведеним установама у периоду од новембра 2015- децембра 2016.

3.2.ИСПИТАНИЦИ

Истраживање је рађено на испитаницима младалачког доба, узрста од 14-19 година. Испитаници су подељени у две групе: експерименталну и контролну.

1. Експериментална група је састављена од две подгрупе.

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

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

2. Контролну групу чинили су млади из функционалних породица.

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

3.3. МЕТОД

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

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

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

3.3.1. ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ МЕРЕ У ИСТРАЖИВАЊУ

3.3.1.1. Независне варијабле

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

3.3.1.2. Зависне варијабле:

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

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

3.3.1.3. Збуњујуће варијабле:

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

3.4. УПИТНИЦИ

3.4.1. Упитник за испитивање психосоцијалних карактеристика младих и породице

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

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

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

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

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

3.4.3. Скала латентне зрелости (СЛЗ)

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

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

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

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

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

3.4.4. Тест резоновања ликова (ТРЛ)

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

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

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

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

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

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

Поузданост примењеног теста КОН- 6, у овом истраживању, је $\alpha = .96$.

3.5. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

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

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

За испитивање поузданости техника коришћен је алфа модел.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. ДЕСКРИПТИВНА СТАТИСТИКА

4.1.1. Социо-епидемиолошки параметри

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

4.1.1.1. Полна и старосна структура испитаника

Истраживање је урађено на уједначеном узорку и поузorcима по полу и узрасту.

У укупном узорку од 387 испитаника, 206 испитаника женског пола (53.2%) и 181 испитаник мушког пола (46.8%). Број испитаника женског пола у подзорку младих из функционалних породица је 138 (57.5%) и 102 испитаника мушког пола (42.5%). У подзорцима младих из дисфункционалним породицама, са насиљем и леченим алкохолизмом, је 147 испитаника, од чега је 68 женског пола (46.3%) и 79 мушког пола (53.7%). Истраживање је рађено на укупном узорку старости испитаника од 15-19 година. Просечна старост испитаника је 16.59 ± 1.16 година. У контролној групи просечна старост је 16.68, у подзорку испитаника из породица са насиљем 16.52 и у подзорку испитаника из породица са леченим алкохолизмом 16.40. Полна и старосна структура студијских група приказана је у *Табели 4.1* и *Табели 4.2*.

Табела 4.1. Приказ полне структуре узорка

Пол	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Младићи	102 (42.5%)	79 (53.7%)	61 (54.0%)	18 (52.9%)	181 (46.8%)
Девојке	138 (57.5%)	68 (46.3%)	52 (46.0%)	16 (47.1%)	206 (53.2%)
Укупно	240 (62.0%)	147 (38.0%)	113 (29.2%)	34 (8.8%)	387 (100%)

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

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

Табела 4.2. Приказ старосне структуре узорка

Старосни узраст испитаника	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ПА	Дис.п./Н	
(АС±СД)	16.68±0.094	16.38±1.145	16.40±0.189	16.529±0.059	16.59±1.158
Распон (19 г.-15г.)	4	4	4	4	4
Укупно	240	147	113	34	387

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

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.2. Приказ узорка по похађању разреда средње школе

У функционалној породици је 50 (20.8%) испитаника из првог разреда, 35 (14.6%) из другог, 107 (44.6%) из трећег и 48 (20.0%) из четвртог разреда. У дисфункционалним породицама, са насиљем и леченим алкохолизмом је 41 (27.9%) из првог, 45 (30.6%) из другог, 24 (16.3%) из трећег и 37 (25.2%) из четвртог разреда. Највећи број испитаника у укупном узорку и поузорцима је из трећег разреда (Табела 4.2.1.).

Табела 4.2.1. Приказ узорка према похађању разреда средње школе

Разред	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н	
Први	50 (20.8%)	41 (27.9%)	33 (29.2%)	8 (23.5%)	91 (23.5%)
Други	35 (14.6%)	45 (30.6%)	36 (31.9%)	9 (26.5%)	80 (20.7%)
Трећи	107 (44.6%)	24 (16.3%)	14 (12.4%)	10 (29.4%)	131 (33.9%)
Четврти	48 (20.0%)	37 (25.2%)	30 (26.5%)	7 (20.6%)	85 (22.0%)
Укупно	240	147	113	34	387

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

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.3. Приказ узорка према реду рођења

У функционалним породицама је највећи проценат испитаника другорођено дете (47.1%), у односу на дисфункционалне породице. породице са насиљем и алкохолизмом, код којих је највећи проценат прворођено дете (42.9%). У дисфункционалним породицама, породице са насиљем и алкохолизмом, је значајно више породица са једним (17% према 6.7% у функционалним породицама) или више деце (трећерођене и

четврторођене деце 6.1% и 4.1% у функционалним породицама). Подаци реда рођености испитаника приказани су у Табели 4.3.

Табела 4.3. Приказ узорка према реду рођења

Ред рођења	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Једино дете	16 (6.7%)	25 (17.0%)	16 (14.1%)	9 (26.5%)	41 (10.6%)
Прворођено	103 (42.9%)	63 (42.9%)	52 (46.0%)	11 (32.3%)	166 (42.9%)
Другорођено	113 (47.1%)	44 (29.9%)	32 (28.3%)	12 (35.3%)	157 (40.6%)
Трећерођено	8 (3.3%)	9 (6.1%)	7 (6.2%)	2 (5.9%)	17 (4.4%)
Четврторођено	0 (0.0%)	6 (4.1%)	6 (5.3%)	0 (0.0%)	6 (1.6%)
Укупно	240	147	113	34	387

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

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4. КАРАКТЕРИСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

4.4.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према образовном статусу родитеља

Степен образовања очева и мајки је значајно ($p = 0.000$) виши у функционалним, у односу на образовање родитеља из дисфункционалних породица. У функционалним породицама највећи број очева, више од половине (56.3%), је са вишом и високом школом, у односу на трећину (29.3%) из дисфункционалних породица, породица са насиљем и леченим алкохолизмом. Највећи број очева из дисфункционалних породица, са насиљем и леченим алкохолизмом, приближно две трећине, је са средњом стручном спремом (Табела 4.4.1.).

Високо и више образовање је присутније код мајки испитаника из функционалних породица, у односу на образовање мајки из породица са насиљем и алкохолизмом. Највећи број мајки, две трећине, испитаника из дисфункционалних породица има средњу средњу стручну спрему. Звања последипломских студија има 9.2% мајки из функционалних породица, док овај степен стручне спреме мајки у дисфункционалним породицама, са алкохолизмом и насиљем није забележен (Табела 4.4.2.).

Табела 4.4.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према образовном статусу очева

Образовни статус очева	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Основно	0 (0.0%)	4 (2.7%)	0 (0.0%)	4 (11.7%)	4 (1.0%)
Средње	93 (38.8%)	100 (68.0%)	77 (68.1%)	23 (67.6%)	193 (49.9%)
Више и високо	135 (56.3%)	43 (29.3%)	36 (31.8%)	7 (20.6%)	178 (46.0%)
Последипломске студије	12 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 (3.1%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 43.996, df = 3, p = 0.000^{**}, c = 0.32^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

Табела 4.4.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према образовном статусу мајке

Образовни статус мајки	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Основно	2 (0.8%)	3 (2.0%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)	5 (1.3%)
Средње	121 (50.4%)	101 (68.7%)	72 (63.7%)	29 (85.3%)	222 (57.4%)
Више и високо	95 (39.6%)	43 (29.3%)	41 (36.3%)	2 (5.9%)	138 (35.7%)
Последипломске студије	22 (9.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	22(5.7%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 22.549, df = 3, p = 0.000^{**}, c = 0.235^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.2. Радни и економски статус функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Незапосленост родитеља је значајно већа ($p = 0.000$) у дисфункционалним породицама, породица са насиљем и алкохолизмом, у односу на незапосленост родитеља из функционалних породица. Приближно једна трећина очева из дисфункционалних породица је незапослена, од чега је половина незапослених родитеља из породица са насиљем, у односу на веома мали проценат незапослених очева у функционалним породицама (1.3%) (Табела 4.4.2.1.).

Петина мајки из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, је незапослена, у односу на 10.0% незапослених мајки из функционалних породица. Највећа незапосленост мајки је у породицама са насиљем (Табела 4.4.2.2.).

Табела 4.4.2.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према радном статусу очева

Радни статус оца	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Незапослен	3 (1.3%)	41 (27.9%)	24 (21.2%)	17 (50.0%)	44 (11.4%)
Запослен	235 (98.7%)	106 (72.1%)	89 (78.7%)	17 (50.0%)	341 (88.6%)
Укупно	240	142	113	34	387

$$\chi^2 = 63.667, df = 1, p = 0.000^{**}, c = 0.377^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

Табела 4.4.2.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према радном статусу мајки

Радни статус мајке	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Незапослен	24 (10.0%)	29 (19.7%)	21 (18.6%)	8 (23.5%)	53 (13.7%)
Запослен	216 (90.0%)	118 (80.3%)	92 (81.4%)	26 (76.5%)	334 (86.3%)
Укупно	240	147	113	34	387

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

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.3. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према материјалном стању

Лоше материјално стање израженије је ($p = 0.000$) у дисфункционалним породицама, породица са насиљем и алкохолизмом, у односу на материјално стање функционалних породица. Највећи број породица са лошим материјалним условима, приближно једна половина, присутан је у породицама са насиљем, затим са леченим алкохолизмом, а најмањи у функционалним породицама, мање од два процента. Изузетно добро материјално стање је двоструко више присутно у функционалним породицама, у односу на дисфункционалне породице, породицама са насиљем и алкохолизмом. Највећи број породица са изузетно добрим материјалним стањем присутан је код породица са леченим алкохолизмом, приближно једна половина. Просечно материјално

стање је најприсутније код функционалних породица и половине дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом (Табела 4.4.3.1.).

Табела 4.4.3.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према материјалном стању

Материјално стање породице	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. n.	Дисф. n.	Ди.н./ЛА	Дис.н./Н	
Лоше	4 (1.7%)	58 (39.5%)	43 (38.1%)	15 (44.2%)	62 (16.0%)
Просечно	196 (81.7%)	76 (51.7%)	12 (10.1%)	18 (52.9%)	272 (70.3%)
Изузетно добро	40 (16.7%)	13 (8.8%)	58 (51.3%)	1 (2.9%)	53 (13.7%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 96.980, df = 2, p = 0.000^{**}, c = 0.448^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient ‡

4.4.4. Карактеристике породичних интеракција функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

4.4.4.1. Квалитет емоционалних односа мајка-дете у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Квалитет емоционалних односа мајке и деце се значајно не разликује ($p = 0.145$) у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом. Највећи број испитаника из функционалних и дисфункционалних породица задовољан је изражавањем љубави мајке у њиховом детињству, односно мајка задржава добре односе са децом у породицама са насиљем и алкохолизмом. Приближно 3% испитаника из дисфункционалних и 1% из функционалних породица није задовољно израженом љубави мајке (Табела 4.4.4.1.).

Табела 4.4.4.1. Квалитет емоционалних односа мајка-дете у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Пружање мајчине љубави	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. n.	Дисф. n.	Дис.н./ЛА	Дис.н./Н	
Не	2 (0.8%)	4 (2.7%)	2 (1.8%)	2 (5.9%)	6 (1.6%)
Да	238 (99.2%)	143 (97.3%)	111 (98.2%)	32 (94.1%)	381 (98.4%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 2.128, df = 1, p = 0.145, c = 0.074^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, ‡ Contingency Coefficient

4.4.4.2. Квалитет емоционалних односа између деце (sibling-односи) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Односи у субсистемима деце дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, су оптерећенији негативним емоцијама ($p = 0.000$), у поређењу са односима деце или младих из функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, у већем проценту изражавају љубомору према браћи и сестрама, у односу на функционалне породице. Најприсутнији поремећаји између браће и сестара је у породицама са насиљем (Табела 4.4.4.2.).

Табела 4.4.4.2. Квалитет емоционалних односа између деце (sibling-односи) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Љубомора према браћи или сестрама	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Не	206 (31.2%)	93 (76.2%)	89 (78.8%)	21 (61.8%)	299 (85.9%)
Да	20 (8.8%)	29 (23.8%)	24 (21.2%)	13 (38.2%)	49 (14.1%)
Укупно	240	122	113	34	387

$$\chi^2 = 14.580, df = 1, p = 0.000^{**}, c = 0.201^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.4.3. Квалитет емоционалних односа између мајке и деце (породично троугљавање) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Присуство породичних троуглова, промена у породичној структури, је значајно различито ($p = 0.001$) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом. Код петине дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, присутан је процес триангулације, савез мајке са неким од детета и неједнаки емоционални однос са сваким дететом, у поређењу са двоструко мањим бројем код функционалних породица. Најизраженија промена структуре породичних односа стварањем породичних троуглова, присутна је у породицама са насиљем, приближно код половине (Табела 4.4.4.3.).

Табела 4.4.4.3. Квалитет емоционалних односа између мајке и деце (породично утругљавање) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Неједнако изражавање мајчине љубави	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. n.	Дисф. n.	Дис.н./ЛА	Дис.н./Н	
Не	210 (92.9%)	99 (67.3%)	81 (71.7%)	18 (52.9%)	309 (88.8%)
Да	16 (7.1%)	48 (18.9%)	32 (28.3%)	16 (47.1%)	39 (11.2%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 11.035, df = 1, p = 0.001^{**}, c = 0.175^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.4.4. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Млади из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, се значајно разликују ($p = 0.000$) у процени степена изражене родитељске љубави према њима. Четвртина младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, сматра да родитељи не изражавају довољно љубави према свој деци у породици. Млади из породица са насиљем су најнезадовољнији степеном изражене родитељске љубави, у односу на младе из других подузорака (Табела 4.4.4.4.).

Табела 4.4.4.4. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Изражавање родитељске љубави	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. n.	Дисф. n.	Дис.н./ЛА	Дис.н./Н	
Не	235 (99.6%)	110 (74.8%)	89 (78.8%)	21 (61.7%)	345 (90.1%)
Да	1 (0.1%)	37 (25.2%)	24 (21.2%)	13 (38.3%)	38 (9.9%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 62.065, df = 1, p = 0.000^{**}, c = 0.373^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.4.5. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце од мајке) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, су значајно ($p = 0.000$) више кажњавани од родитеља, у односу на младе из функционалних породица. Петина мајки и очева из дисфункционалних породица често и без јасног разлога кажњава своју децу, у односу на број мајки из функционалних породица (Табела 4.4.4.5., Табела 4.4.4.6.).

Табела 4.4.4.5. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце од мајке) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Кажњавање мајке	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Не	239 (99.6%)	119 (81.0%)	91 (80.5%)	28 (82.4%)	358 (92.5%)
Да	1 (0.4%)	28 (19.0%)	22 (19.5%)	6 (17.6%)	29 (7.5%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 45.649, df = 1, p = 0.000^{**}, c = 0.325^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

Табела 4.4.4.6. Квалитет емоционалних односа између родитеља и деце (кажњавање деце од оца) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Кажњавање оца	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Не	236 (98.3%)	118 (80.3%)	95 (84.1%)	28 (82.4%)	354 (91.5%)
Да	4 (1.7%)	29 (19.7%)	18 (15.9%)	6 (17.6%)	33 (8.5%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 38.126, df = 1, p = 0.000^{**}, c = 0.299^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.4.7. Квалитет емоционалних односа у брачној дијади (између родитеља) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Поремећаји односа у брачној дијади, присуство различитих облика насиља и проблеми комуникације, значајно су ($p = 0.000$) израженији у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на дисфункционалне породице.

Више од половине дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, одликује поремећај емоционалних односа између супружника у облику вербалног (57.1%), физичког насиља (23.8%) и прекида комуникације (8.2%). Код две трећине породица са насиљем је изражено и физичко и вербално насиље, док је вербално насиље најприсутније у породицама са леченим алкохолизмом (Табела 4.4.4.7).

Табела 4.4.4.7. Квалитет емоционалних односа у брачној дијади (између родитеља) у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Односи између родитеља	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Складни, без већих сукоба	240 (100.0%)	16 (10.9%)	16 (14.2%)	0 (0.0%)	256 (66.1%)
Свађе	0 (0.0%)	84 (57.1%)	73 (64.6%)	11 (32.4%)	84 (21.7%)
Свађе и туче	0 (0.0%)	35 (23.8%)	12 (10.6%)	23 (67.6%)	35 (9.0%)
Хладни	0 (0.0%)	12 (8.2%)	12 (10.6%)	0 (0.0%)	12 (3.1%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 323.323, df = 3, p = 0.000^{**}, c = 0.675^{\dagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.4.5. Последице породичног алкохолизма и насиља

Последице породичног алкохолизма и насиља на емоционалне односе, материјално стање, школско постигнуће и психичке проблеме младих нису значајно различите ($p = 0.476$). Највећи број младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, наводи вишеструке последице породичне дисфункционалности. Поремећај комуникације и лоши породични односи су најприсутније негативне последице породичног насиља и алкохолизма. Код младих из породица са леченим алкохолизмом последице породичне дисфункционалности представљају изражени проблеми у учењу и психички поремећаји (Табела 4.4.5.1.).

Табела 4.4.5.1. Последице породичног алкохолизма и насиља на емоционалне односе, материјално стање, школско постигнуће и психичке проблеме младих

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

$$\chi^2 = 3.512, df = 4, p = 0.476, c = 0.158^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, \ddagger Contingency Coefficient

4.4.5.2. Утицај динамике породичних односа на емоционално стање младих у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Забринутост младих за породичне односе је значајно присутнија ($p = 0.000$) у дисфункционалним, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на забринутост младих у функционалним породицама. Сви млади из породица са насиљем имају изражену бригу за породичне односе и преко осамдесет посто младих из породица са алкохолизмом (Табела 4.4.5.2.).

Табела 4.4.5.2. Утицај динамике породичних односа, брига младих за породичне односе у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Брига за породичне односе	Врста породице				
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	Укупно
Не	238 (99.2%)	19 (12.9%)	19 (16.8%)	0 (0.0%)	257 (66.4%)
Да	2 (0.8%)	128 (87.1%)	94 (83.2%)	34 (100.0%)	130 (33.6%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 307.258, df = 2, p = 0.000^{**}, c = 0.665^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $**p \leq 0.01$, \ddagger Contingency Coefficient

4.4.6. Улоге и дистрибуције ауторитета у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

4.4.6.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у остваривању улоге образовања деце (адаптабилност)

Остваривање улоге родитеља у образовању деце и младих се значајно ($p = 0.000$) разликује у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом. Заједничко остваривање улоге образовања од оба родитеља присутна је код половине свих породица. Искључиво остваривање улоге образовања деце и младих од стране очева је најприсутније у функционалним породицама. У дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, половина мајки има искључиву улогу у образовању деце. Старији брат или сестра највише преузимају улогу образовања деце и младих од родитеља у породицама са насиљем. Незаинтересованост оба родитеља за образовање своје деце је најприсутније у породицама са насиљем (Табела 4.4.6.1.).

Табела 4.4.6.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у остваривању улоге образовања деце (адаптабилност)

Улога образовања деце	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н	
Искључиво отац	46 (19.2%)	9 (6.1%)	4 (3.5%)	5 (14.7%)	55 (14.2%)
Искључиво мајка	62 (25.8%)	62 (42.2%)	51 (45.1%)	11 (32.4%)	124 (32.0%)
Обоје	120 (50.0%)	64 (43.5%)	52 (46.0%)	12 (35.3%)	184 (47.5%)
Брат или сестра	8 (3.3%)	10 (6.8%)	6 (5.3%)	4 (11.8%)	18 (4.7%)
Родбина	4 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (1.0%)
Нико	0 (0.0%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	2 (5.9%)	2 (0.5%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 27.389, df = 5, p = 0.000^{**}, c = 0.257^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.6.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у дистрибуцији ауторитета (одлучивање у породици)

Дистрибуција ауторитета, улога одлучивања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом се значајно разликује ($p = 0.000$). У

функционалним породицама је доминантно заједничко одлучивање оба родитеља. Улогу одлучивања у дисфункционалним породицама, преузима мајка, у петини породица. У породицама са леченим алкохолизмом, је поред заједничког одлучивања најприсутније одлучивање мајке и деце, што указује да је и промена улоге одлучивања узрок појаве триангулације у дисфункционалним породицама. Најприсутнији облик одлучивања у породицама са насиљем је искључиво улога мајке, приближно код једне трећине. Потпуни поремећај комуникације и договора у одлучивању између чланова породице присутан је код једне десетине дисфункционалних породица (Табела 4.4.6.2.).

Табела 4.4.6.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у дистрибуцији ауторитета (одлучивање у породици)

Дистрибуција ауторитета у породици Одлучивање у породици	Врста породице				
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	Укупно
Отац	28 (11.7%)	20 (13.6%)	12 (10.7%)	8 (23.5%)	48 (12.4%)
Мајка	8 (3.3%)	28 (19.0%)	18 (15.9%)	10 (29.4%)	36 (9.3%)
Обоје	204 (85.0%)	71 (48.3%)	62 (54.87%)	9 (26.5%)	275 (71.1%)
Неко трећи	0 (.0%)	1 (.7%)	0 (.0%)	1 (2.9%)	1 (.3%)
Мајка и деца	0 (.0%)	12 (8.2%)	10 (29.4%)	2 (5.9%)	12 (3.1%)
Свако за себе	0 (.0%)	15 (10.2%)	11 (9.7%)	4 (11.8%)	15 (3.9%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 87.471, df = 5, p = 0.000^{**}, c = 0.429^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.7. Границе породичних система (отвореност/затвореност) функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Затвореност граница породичног система је значајно ($p = 0.000$) присутнија у дисфункционалним, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице. У функционалним породицама две трећине породица има отворене границе свог система за дружење са другим породицама, за разлику од дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, код којих се код две трећине породица затвара за комуникацију са другим системима (Табела 4.4.7.).

Табела 4.4.7. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у отворености/затворености система

Породично дружење	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Не	0 (.0%)	9 (6.1%)	6 (5.31%)	3 (8.8%)	9 (2.3%)
Често	185 (77.1%)	47 (32.0%)	37 (32.7%)	10 (29.4%)	232 (59.9%)
Ретко	55 (22.9%)	91 (61.9%)	70 (61.9%)	21 (61.8%)	146 (37.7%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 83.371, df = 2, p = 0.000^{**}, c = 0.419^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.8. Континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Дисконтинуирана одвојеност деце од мајке је значајно ($p = 0.001$) присутнија у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице. Дисфункционалност породичног система је повезана са повременим напуштањем деце од стране мајке код трећине породица са насиљем и алкохолизмом, у временском периоду од неколико дана до неколико недеља. У породицама са алкохолизмом је најприсутније одвајање деце од мајке неколико недеља, у породицама са насиљем од неколико дана до неколико месеци. Најчешћи разлози за повремено одвајање деце од мајке у дисфункционалним породицама су економске природе и органска болест. У породицама са насиљем је најчешћи разлог одвајања деце од мајке органска болест, код трећине породица (Табела 4.4.8., Табела 4.4.8.1., Табела 4.4.8.2).

Табела 4.4.8. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у остваривању улоге родитеља- континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке

Одвајање од мајке	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Нисам никад	187 (77.9%)	91 (61.9%)	71 (62.8%)	20 (58.8%)	278 (71.8%)
Повремено	53 (22.1%)	56 (38.1%)	42 (37.2%)	14 (41.2%)	109 (28.2%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 11.552, df = 1, p = 0.001^{**}, c = 0.170^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

Табела 4.4.8.1. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у остваривању улоге родитеља- континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке (временска дужина одвојености од мајке)

Временска дужина одвајања од мајке	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Неколико дана	32 (58.2%)	15 (23.8%)	8 (7.1%)	7 (20.59%)	47 (12.1%)
Неколико недеља	18 (32.7%)	43 (29.3%)	39 (34.5%)	4 (11.8%)	61 (15.7%)
Неколико месеци	2 (3.6%)	3 (2.1%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)	5 (1.3%)
Годину и више	3 (5.5%)	2 (1.4%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	5 (1.3%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 37.139, df = 6, p = 0.000^{**}, c = 0.489^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

Табела 4.4.8.2. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у остваривању улоге родитеља- континуирана и дисконтинуирана одвојеност деце од мајке (узроци одвојености од мајке)

Узрок одвајања од мајке	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Органска болест	24 (43.6%)	38 (25.6%)	26 (23.0%)	12 (35.3%)	62 (16.1%)
Економски разлози	11 (20.0%)	19 (30.2%)	17 (15.0%)	2 (5.9%)	30 (25.4%)
Због посла	20 (36.4%)	6 (9.5%)	6 (5.3%)	0 (0.0%)	26 (22.0%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 17.082, df = 4, p = 0.002^{**}, c = 0.356^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.9. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у укључивању стручњака ради успостављања личне хомеостазе

Помоћ стручњака у успостављању хомеостазе у функционисању младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом је значајно ($p = 0.000$) присутнија, у односу на тражење помоћи стручњака младих из функционалних породица. Приближно деведесет посто младих из породица са насиљем тражи стручну помоћ психолога ради успостављања хомеостазе у свом систему (Табела 4.4.9.).

Табела 4.4.9. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у укључивању стручњака ради успостављања личне хомеостазе

Помоћ стручњака	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Нисам никада	236 (98.3%)	94 (63.9%)	93(82.3%)	1(2.9%)	330(85.3%)
Да, психолога	4 (1.7%)	32 (21.8%)	12 (10.6%)	30 (88.2%)	36 (9.3%)
Да, психијатра	0 (0.0%)	8 (5.4%)	6 (5.3%)	2 (5.8%)	8 (2.1%)
Да, психолога и психијатра	0 (0.0%)	3 (2.0%)	2 (1.7%)	1 (2.9%)	3 (0.7%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 238.389, df = 6, p = 0.000^{**}, c = 0.617^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.4.10. Присутност породичне психопатологије у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Функционалне и дисфункционалне породице, породице са насиљем и алкохолизмом, се значајно разликују ($p = .001$, $p = .000$) у присуству породичне патологије. У породицама са алкохолизмом и насиљем, четвртина очева има неку врсту психичких сметњи, знатно више од присуства психопатологије мајки. Породични криминалитет је најприсутнији у породицама са насиљем (8.8%) (Табела 4.4.10.).

Табела 4.4.10. Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у присутности породичне психопатологије

Породична психопатологија	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Психичке сметње мајке	0 (.0%)	8 (5.4%)	6 (5.3%)	2 (5.9%)	8 (2.1%)
	$\chi^2 = 13.379, df = 2, p = .001^{**}, c = .183^{\ddagger}$				
Психичке сметње оца	0 (.0%)	35 (23.8%)	26 (23.0%)	9 (25.5%)	35 (9.0%)
	$\chi^2 = 63,712. df = 2, p = .000^{**}, c = .374^{\ddagger}$				
Породични криминалитет	0 (.0%)	5 (3.4%)	2 (1.8%)	3 (8.8%)	5 (1.3%)
	$\chi^2 = 18.467, df = 2, p = .000^{**}, c = .213^{\ddagger}$				
Укупно	240	147	113	34	387

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.5. ПОРОДИЧНЕ ДИМЕНЗИЈЕ: КОХЕЗИВНОСТ И АДАПТАБИЛНОСТ У ФУНКЦИОНАЛНИМ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИМ ПОРОДИЦАМА, ПОРОДИЦАМА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

4.5.1. Кохезивност у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Породична димензија кохезивност је значајно израженија ($p = 0.000$) у функционалним породицама, у поређењу са дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом. Најмања кохезивност између чланова породице је у породицама са насиљем, у односу на породице са алкохолизмом и функционалним породицама. Високо развијена кохезивност је најприсутнија у функционалним породицама, а најмање у породицама са насиљем. У породицама са леченим алкохолизмом је високо развијена кохезивност двоструко већа, у односу на породице са насиљем. Умерена кохезивност или одвојеност између чланова породице је изражена код трећине породица са насиљем (Табела 4.5.1. и Табела 4.5.1.1).

Табела 4.5.1. Степен кохезивности између чланова у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Породична димензија		Врста породице				Укупно
		Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Кохезивност	АС- К [‡]	41.050-4	36.027-3	38.115-3	29.088-3	39.142
	СД	4.314	8.208	6.531	1.616	6.555
	F [†]			61.975		
	df			386		
	p			.000**		
Укупно		240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 126.191, df = 6, p = 0.000^{**}, c = 0.496^{\ddagger}$$

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

Табела 4.5.1.1. Породична кохезивност, изражена у категоријама, у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Кохезивност	Врста породице				
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	Укупно
Ниска, разједињена	0 (.0%)	2 (1.4%)	0 (.0%)	2 (5.88%)	2 (.5%)
Умерена, одвојена	1 (.4%)	13 (8.8%)	2 (1.76%)	11 (32.35%)	14 (3.6%)
Развијена, повезана	62 (25.8%)	59 (40.1%)	45 (39.82%)	14 (41.17%)	121 (31.3%)
Висока, испреплетена	177 (73.8%)	73 (49.7%)	66 (58.41%)	7 (20.58%)	250 (64.6%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 126.191, df = 6, p = 0.000^{**}, c = 0.496^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, ^{**} $p \leq 0.01$, [‡] Contingency Coefficient

Функционалне и дисфункционалне породице, породице са насиљем и алкохолизмом, значајно се разликују у димензији адаптабилност ($p = .000$). Димензија адаптабилност је најмање изражена у породицама са насиљем. У функционалним породицама је најприсутнија адаптабилност категорије развијена – структурирана, а најмање висока. Код приближно половине породица са насиљем је присутна најмање развијена категорија адаптабилности – умерена (Табела 4.5.2., Табела 4.5.2.1.).

4.5.2. Адаптабилност у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Табела 4.5.2. Степен адаптабилности у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Породична димензија	Врста породице					
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	Укупно	
Адаптабилност	АС-К [‡]	29.887-3	30.034	31.044-3	26.667-3	29.943
	СД	5.388	7.192	7.103	6.521	6.127
	F [†]			15.376		
	df			386		
	p			.001**		
Укупно	240	147	113	34	387	

[†]One-Way ANOVA. ** $p \leq 0.01$, [‡] Категорија

Табела 4.5.2.1. Породична адаптабилност, изражена у категоријама, у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Адаптабилност	Врста породице				
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	Укупно
Умерена	44 (18.3%)	37 (25.2%)	22 (19.46%)	15 (44.12%)	81 (20.9%)
Развијена, структурирана	178 (74.2%)	84 (57.1%)	69 (61.1%)	15 (44.12%)	262 (67.7%)
Висока	18 (7.5%)	26 (17.7%)	22 (19.46%)	4 (11.8%)	44 (11.4%)
Укупно	240	147	113	34	387

$\chi^2 = 24.319$, $df = 4$, $p = 0.000$ **, $c = 0.243$ [‡]

χ^2 Chi-square, ** $p \leq 0.01$, [‡] Contingency Coefficient

4.5.3. Разлике у породичним димензијама у функционалним у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом с обзиром на социо-демографске варијабле

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста се види да дистрибуција скорова испитаника на скалама Кохезивности и Адаптабилности, статистички значајно одступа

од нормалне (Табела 4.5.3.1.). Због утврђеног одступања од нормалне расподеле скорова на појединим скалама, за проверу и тестирање хипотеза коришћени су непараметријски тестови значајности разлика Мен-Витнијев и Крускал-Волисов тест (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis).

Табела 4.5.3.1. Нормалност дистрибуција скорова на скалама породичних димензија

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

** $p \leq 0.01$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p=.000$) и Адаптабилности ($p=.007$), с обзиром на пол младих из функционалних породица, при чему девојке у поређењу са младићима имају виши просечни ранг на димензијама Кохезивности и Адаптабилности (Табела 4.5.3.2.).

Табела 4.5.3.2. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на пол младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	Z= -3.486**	Z= -.747	Z= -1.376	Z= -.760
Адаптабилност	Z= -4.399**	Z= -.631	Z= -.306	Z= -.778

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

Добијени резултати показали су да не постоје статистички значајне разлике у изражености породичних димензија, с обзиром на стручну спрему оца младих (Табела 4.3.3.3.).

Табела 4.5.3.3. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на стручну спрему оца (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$c^2=3.469$	$c^2=1.501$	Z= -.804	$c^2=1.385$
Адаптабилност	$c^2=.028$	$c^2=2.295$	Z= -.457	$c^2=.230$

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

Нису утврђене статистички значајне разлике у изражености породичних димензија с обзиром на стручну спрему мајке младих (Табела 4.3.3.4.).

Табела 4.5.3.4. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на стручну спрему мајке (Kruskal-Vallis test и Man-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Кохезивност	$c^2=2.226$	$c^2=2.727$	Z= -.144	$c^2=1.048$
Адаптабилност	$c^2=6.847$	$c^2=3.431$	Z= -1.078	$c^2=.505$

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Адаптабилности ($p=.05$), с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом (Табела 4.5.3.5.). Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чији су очеви незапослени, у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензији Адаптабилности.

Табела 4.5.3.5. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на радни однос очева младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Кохезивност	Z= -.114	Z= -.277	Z= -.539	Z= -1.586
Адаптабилност	Z= -.995	Z= -1.270	Z= -2.190*	Z= -.828

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

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензије Кохезивности ($p=.048$), с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом (Табела 4.5.3.6.). Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији Кохезивности.

Табела 4.5.3.6. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на радни однос мајки младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Кохезивност	Z= -.712	Z= -1.527	Z= -1.977*	Z= -.549
Адаптабилност	Z= -.242	Z= -.154	Z= -.829	Z= -.570

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

Добијени резултати показали су да постоје статистички значајне разлике у изражености димензије Кохезивности ($p=.042$), с обзиром на материјално стање родитеља младих из функционалних породица (Табела 4.5.3.7.). Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p=.001$) и Адаптабилности ($p=.000$), с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица, при чему млади из дисфункционалних породица који процењују материјално стање лошим, у поређењу са младима који га процењују просечним, имају више просечне рангове на димензији Адаптабилности. Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p=.006$) и Адаптабилности ($p=.000$) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, при чему млади из дисфункционалних породица

са леченим алкохолизмом, који процењују материјално стање лошим, имају више просечне рангове на димензији Адаптабилности.

Табела 4.5.3.7. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на материјално стање родитеља (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Кохезивност	$\chi^2=6.336^*$	$\chi^2=13.447^{**}$	$\chi^2=10.193^{**}$	$\chi^2=1.904$
Адаптабилност	$\chi^2=0.261$	$\chi^2=17.548^{**}$	$\chi^2=27.861^{**}$	$\chi^2=3.082$

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p=.003$) и Адаптабилности ($p=.003$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица, при чему прворођени млади, у поређењу са другорођенима из дисфункционалних породица, имају виши просечни ранг на димензији Кохезивности (Табела 4.5.3.8.). Резултати су показали да постоје статистички значајне разлике у изражености димензија Кохезивности ($p=.000$) и Адаптабилности ($p=.002$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са алкохолизмом, при чему прворођени млади, у поређењу са другорођенима из дисфункционалних породица са алкохолизмом, имају виши просечни ранг на димензији Кохезивности.

Табела 4.5.3.8. Разлике у степену изражености породичних димензија с обзиром на ред рођења (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Кохезивност	$\chi^2=3.257$	$\chi^2=16.322^{**}$	$\chi^2=20.485^{**}$	$\chi^2=4.691$
Адаптабилност	$\chi^2=5.235$	$\chi^2=15.800^{**}$	$\chi^2=17.391^{**}$	$\chi^2=.898$

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

4.6. УСПЕХ И ПРОБЛЕМИ У УЧЕЊУ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Млади из функционалних породица постижу значајно већи успех у школи, у односу на младе из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом ($p = .000$). Просечани успех младих из функционалних породица је јако врло добар, врло добар успех код младих из породица са леченим алкохолизмом и добар код младих из породица са насиљем. Најбољи, одлични, општи успех у школи, постигло је више од половине младих из функционалних породица, а најмање млади из породица са

насиљем. Највећи број недовољних ученика, једна петина, је из породица са леченим алкохолизмом.

Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, значајно ($p = .000$) више оправдано и неоправдано изостају из школе, у односу на младе из функционалних породица. Највише оправданих и неоправданих изостанака из школе имају млади из породица са насиљем, просечно више од десет дана. Велики број неоправданих изостанака младих из дисфункционалних породица представља основу за изрицање васпитно - дисциплинских мера (Табела 4.6.1., Табела 4.6.1.1., Табела 4.6.1.2.).

Табела 4.6.1. Школско постигнуће, оправдано и неоправдано изостајање младих из функционалних и дисфункционалних, породица са насиљем и алкохолизмом

Став према школи	AC±CD	Врста породице			
		Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ПА	Дис.п./Н
Школски успех	AC±CD	4.339±.826	3.46±1.346	3.25±1.458	3.26±.864
	F†			35.949	
	df			385	
	p			.000**	
Оправдани изостанци	AC±CD	16.04±11.516	52.24±36.200	51.39±31.218	54.91±37.517
	F			78.644	
	df			315	
	p			.000**	
Неоправдани изостанци	AC±CD	2.13±1.327	9.85±8.622	7.92±8.215	15.00±7.596
	F			83.365	
	df			265	
	p			.000**	
Укупно		240	147	113	34

† One-Way ANOVA, ** $p \leq 0.01$

Табела 4.6.1.1. Појединачне значајне разлике између група у школском постигнућу младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

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

<i>Дисфункционална – лечени алкохолизам</i>	<i>лечени алкохолизам Функционална п.</i>	5.789	.000**
---	---	-------	--------

One-Way ANOVA-Post Hoc Tests, ** p ≤ 0.01

Табела 4.6.1.2. Постигнути општи школски успех младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Успех ученика	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	<i>Фун. п.</i>	<i>Дисф. п.</i>	<i>Ди.п./ПА</i>	<i>Дис.п./Н</i>	
Недовољан	6 (2.5%)	23 (15.6%)	23 (20.4%)	0 (0.0%)	29 (7.5%)
Довољан	0 (0.0%)	6 (4.1%)	0 (0.0%)	6 (17.7%)	6 (1.6%)
Добар	17 (7.1%)	37 (25.2%)	21 (18.6%)	16 (47.1%)	54 (14.0%)
Врло добар	89 (37.1%)	42 (28.6%)	33 (29.2%)	9 (26.45%)	131 (33.9%)
Одличан	128 (53.3%)	39 (26.5%)	36 (31.9%)	3 (8.8%)	167 (43.2%)
Укупно	240	147	113	34	387

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

χ^2 Chi-square, ** p ≤ 0.01, \ddagger Contingency Coefficient

4.6.2. Проблеми у учењу младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, имају значајно више проблема у учењу, ($p = .000$), у односу на изражене тешкоће у савладавању градива младих из функционалних породица. Повезаност врсте породице и изражених проблема у учењу младих из дисфункционалних породица, средње вредности, је у проблемима запамћивања, тешкоћама у одржавању пажње и улагања већег напора да се савлада градиво. Највеће тешкоће у одржавању пажње су изражене код две трећине младих из породица са насиљем. Трећина младих из породица са насиљем и алкохолизмом има изражене страхове од школе и незаинтересованост за школу и школска постигнућа. Недостатак сигурности у савладавању градива има приближно половина младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом (Табела 4.6.2.).

Табела 4.6. 2. Проблеми у учењу младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

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

χ^2 Chi-square, ^{**} p ≤ 0.01. [‡]Contingency Coefficient

4.6.3. Разлике успеха у школи и проблема у учењу младих из функционалних и дисфункционалних породица с обзиром на социо-демографске варијабле

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста се види да дистрибуција скорова испитаника на скалама успеха у школи, оправданих изостанака и неоправданих изостанака, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 4.6.3.1.).

Табела 4.6.3.1. Нормалност дистрибуција скорова на скалама успеха у школи и проблемима у учењу

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

^{**} p ≤ 0.01

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија оправдани часови ($p=.028$) и неоправдани часови ($p=.000$), с обзиром на пол младих из функционалних породица, при чему младићи, у поређењу са девојкама, имају више оправданих и неоправданих часова у школи (Табела 4.6.3.2.). Нађене су статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($p=.028$), с обзиром на пол младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, при чему девојке у поређењу са младићима, имају више оправданих часова у школи. Добијени резултати показују статистички значајне разлике у изражености димензије неоправдани часови ($p=.030$), с обзиром на пол младих из дисфункционалних породица са насиљем, при чему младићи, у поређењу са девојкама, имају више неоправданих часова у школи.

Табела 4.6.3.2. Разлике у степену изражености успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на пол младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Успех у учењу	Z= -1.863	Z= -.923	Z= -1.543	Z= -1.737
Оправдани изостанци	Z= -2.191*	Z= -1.394	Z= -2.145*	Z= -1.451
Неоправдани изостанци	Z= -3.568**	Z= -1.384	Z= -.160	Z= -2.178*

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

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($p=.004$) и неоправдани часови ($p=.034$) с обзиром на стручну спрему оца младих из функционалних породица (Табела 4.6.3.3.). Млади из функционалних породица чији очеви имају завршену вишу и високу стручну спрему школу, у поређењу са младима чији очеви имају средњу школу, постижу веће рангове на димензији успех у школи.

Табела 4.6.3.3. Разлике у степену изражености успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на стручну спрему оца младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$\chi^2=11.226^{**}$	$\chi^2=1.759$	Z= -.038	$\chi^2=1.559$
Оправдани изостанци	$\chi^2=.749$	$\chi^2=1.578$	Z= -.521	$\chi^2=3.476$
Неоправдани изостанци	$\chi^2=6.740^*$	$\chi^2=4.256$	Z= -.897	$\chi^2=.150$

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије успех у школи ($p=.028$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 4.6.3.4.). Добијени резултати су показали су статистички значајне разлике у изражености димензије неоправдани часови ($p=.019$) с обзиром на стручну спрему

мајки младих из дисфункционалних породица. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($p=.019$) између младих из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије мајке имају завршену средњу школу и оних чије мајке имају вишу и високу стручну спрему, при чему млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије мајке имају вишу и високу школу, имају виши просечни ранг на димензији оправдани часови. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије успех у школи ($p=.005$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије мајке имају средњу школу, у поређењу са младима из дисфункционалних породица са насиљем, чије мајке имају завршену основну школу, имају виши просечни ранг на димензији успех у школи.

Табела 4.6.3.4. Разлике у степену изражености успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на стручну спрему мајке младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$\chi^2=9.102^*$	$\chi^2=4.132$	$Z= -.645$	$\chi^2=10.531^{**}$
Оправдани изостанци	$\chi^2=2.568$	$\chi^2=4.316$	$Z= -2.498^*$	$\chi^2=.304$
Неоправдани изостанци	$\chi^2=5.920$	$\chi^2=7.909^*$	$Z= -.505$	$\chi^2=4.081$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$, $^* p \leq 0.05$

Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($p=.000$) и оправдани часови ($p=.020$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица (Табела 4.6.3.5.). Млади из дисфункционалних породица чији су очеви незапослени, у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензији оправдани часови, док млади чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на димензији успех у школи. Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($p=.000$) и оправдани часови ($p=.000$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чији су очеви незапослени, у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензији оправдани часови, док млади чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на димензији успех у школи. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($p=.022$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са насиљем.

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

Табела 4.6.3.5. Разлике у степену изражености успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на радни однос оца младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	Z= -.571	Z= -3.536**	Z= -3.819**	Z= -.756
Оправдани изостанци	Z= -.265	Z= -2.320*	Z= -4.011**	Z= -2.294*
Неоправдани изостанци	Z= -1.111	Z= -1.844	Z= -1.939	Z= -1.640

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије неоправдани часови ($p=.000$) с обзиром на радни однос мајки младих из функционалних породица (Табела 4.6.3.6.). Млади из функционалних породица чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензији неоправдани часови. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи ($p=.013$) и оправдани часови ($p=.044$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензији оправдани часови, док млади из дисфункционалних породица чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији успех у школи. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($p=.005$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензији оправдани часови. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије успех у школи ($p=.003$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије су мајке запослене у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији успеха у школи.

Табела 4.6.3.6. Разлике у степену изражености Успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на радни однос мајке младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Успех у учењу	Z= -.205	Z= -2.480*	Z= -1.433	Z= -2.957**
Оправдани изостанци	Z= -.462	Z= -2.010*	Z= -2.798**	Z= -1.139
Неоправдани изостанци	Z= -4.307**	Z= -.547	Z= -.561	Z= -.712

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

Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије успех у школи (p=.003) с обзиром на материјално стање родитеља младих из функционалних породица (Табела 4.6.3.7.). Резултати су показали да статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи (p=.000), оправдани часови (p=.002) и неоправдани часови (p=.001) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица који процењују материјално стање лошим, имају више просечне рангове на димензијама оправданих и неоправданих часова, док млади који процењују материјално стање просечним, имају виши просечни ранг на димензији успех у школи. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи (p=.000), оправдани часови (p=.002) и неоправдани часови (p=.000) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом који процењују материјално стање лошим имају више просечне рангове на димензијама оправданих и неоправданих часова, док млади који процењују материјално стање просечним, имају виши просечни ранг на димензији успех у школи.

Табела 4.6.3.7. Разлике у степену изражености Успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на материјално стање родитеља младих (Kruskal-Vallis)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Успех у учењу	c ² =12.612**	c ² =33.586**	c ² =36.931**	c ² =1.252
Оправдани изостанци	c ² =3.437	c ² =12.716**	c ² =12.987**	c ² =.747
Неоправдани изостанци	c ² =4.022	c ² =13.363**	c ² =15.898**	c ² =3.538

c² - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, ** p ≤ 0.01;

Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи (p=.000), оправдани часови (p=.000) и неоправдани часови (p=.000) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица (Табела 4.6.3.8.). Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија успех у школи (p=.000), оправдани часови (p=.000) и неоправдани часови (p=.000) с

обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Другорођени млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, у поређењу са прворођенима имају више оправданих часова. Утврђене статистички значајне разлике у изражености димензије оправдани часови ($p=0.004$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са насиљем.

Табела 4.6.3.8. Разлике у степену изражености Успеха у школи и проблема у учењу с обзиром на ред рођења младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Успех у учењу	$\chi^2=5.101$	$\chi^2=31.185^{**}$	$\chi^2=30.262^{**}$	$\chi^2=0.497$
Оправдани изостанци	$\chi^2=4.376$	$\chi^2=33.694^{**}$	$\chi^2=33.370^{**}$	$\chi^2=13.148^{**}$
Неоправдани изостанци	$\chi^2=2.950$	$\chi^2=20.901^{**}$	$\chi^2=20.708^{**}$	$\chi^2=2.665$

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

4.7. ПСИХОСОЦИЈАЛНИ РАЗВОЈ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

4.7.1. КОНАТИВНЕ ДИМЕНЗИЈЕ ЛИЧНОСТИ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Млади из функционалних породица се значајно ($p = 0.000$) разликују у конативним димензијама: Регулатору органских функција (Хи-димензија-психосоматских реакција), Регулатору реакција одбране (Алфа-димензија-анксиозност), Регулатору реакција напада (Сигма-димензија-агресивност/неагресивност), Систему за координацију регулативних функција (Делта-дисоцијативне реакције), Систему за интеграцију регулативних функција (Ета-димензија-асоцијалност/социјална адаптација), осим у Регулатору активитета (Епсилон-димензија-екстраверзија/интроверзија, ($p=0.381$)). Највеће просечне вредности на свим конативним димензијама личности добијене су у функционисању младих из породица са насиљем, у поређењу са младима из породица са леченим алкохолизмом и функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица у којима је присутно насиље имају израженије испитиване димензије личности, осим у димензији активитета, у односу на младе из дисфункционалних породица које карактерише лечени алкохолизам и младих из функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом имају израженије конативне димензије од младих из функционалних породица (Табела 4.7.1., Табела 4.7.1.1.).

Табела 4.7.1. Израженост конативних димензија младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Врста породице		Епсилон	Хи	Алфа	Сигма	Делта	Ета
Функционална породица	АС	112.86	47.05	69.91	82.81	41.92	54.52
	СД	14.375	11.348	18.169	12.214	9.774	13.257
	минимум	64	31	33	49	30	33
	максимум	178	85	115	116	77	95
Дисфункционална породица	АС	112.816	65.020	87.748	99.054	58.986	68.462
	СД	15.528	22.702	25.888	17.006	22.445	19.737
	минимум	66	35	41	68	30	39
	максимум	142	128	141	135	140	140
Дисфункционална лечени алкохолизам	АС	111.88	62.90	85.73	98.78	55.47	65.75
	СД	14.966	21.265	26.187	16.733	19.901	17.713
	минимум	66	35	41	69	30	39
	максимум	138	107	130	134	100	111
Дисфункционална насиље	АС	115.91	72.06	94.44	99.97	70.68	77.47
	СД	17.140	26.058	24.036	18.118	26.487	23.452
	минимум	72	35	60	68	41	46
	максимум	142	128	141	135	140	140

Табела 4.7.1.1. Разлика у конативним димензијама младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

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

[†]One-Way ANOVA. ** p ≤ 0.01

Post Hoc анализа показује да се млади из породица са насиљем значајно (p = .000) разликују у димензији регулатора органских - психосоматских реакција, систему за координацију регулативних функција, дисоцијативним реакцијама и систему за интеграцију регулативних функција, социјалној не/адаптираности, у односу на младе из породица са алкохолизмом. У димензији реакција одбране, анксиозне реакције,

разлика између младих из породица са насиљем и алкохолизмом је значајна на нивоу $p \leq 0.05$, док значајних разлика између ових група младих нема у димензији реакција напада или агресивним реакцијама (Табела 4.7.1.2.).

Табела 4.7.1.2. Појединачне значајне разлике између група младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

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

One-Way ANOVA- Post Hoc Tests, * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

4.7.2. Категорије Регулатора активитета (Епсилон)-димензија: екстраверзија - интроверзија младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Патолошко функционисање димензије активитета значајно ($p = 0.000$) је највише присутно код младих из породица са насиљем, у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом и функционалних породица (Табела 4.7.2.).

Табела 4.7.2. Категорије Регулатора активитета (Епсилон)-димензија: екстраверзија - интроверзија младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Епсилон Регулатор активитета интроверзија- екстраверзија	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Супериорно функционисање	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.5%)
Надпросечно функционисање	4 (1.7%)	13 (8.8%)	10 (8.8%)	3 (8.8%)	17 (4.4%)
Просечно функционисање	133 (55.4%)	61 (41.5%)	50 (44.2%)	11 (32.4%)	194 (50.1%)
Испод просечно функционисање	97 (40.4%)	70 (47.6%)	53 (46.9%)	17 (50.0%)	167 (43.2%)
Патолошко функционисање	4 (1.7%)	3 (2.0%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)	7 (1.8%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 28.650, df = 8, p = 0.000^{**}, c = 0.263^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.7.3. Категорије органских функција (Chi)-димензија: психосоматских реакција младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Функционисање младих из дисфункционалних породица у димензији психосоматских реакција, приближно половина, је категорије испод просечно и патолошко. Највећи број младих из породица са насиљем има патолошко функционисање психосоматских реакција, који у одређеним условима води ка развоју симптома. Повезаност припадности породице и поремећаја органског функционисања је значајна, средње вредности ($p = 0.000$, $c = 0.463$) (Табела 4.7.3).

Табела 4.7.3. Категорије органских функција (Chi)-димензија: психосоматских реакција младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Chi Регулатор органских функција димензија: психосоматских реакција	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	

Супериорно функционисање	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.5%)
Надпросечно функционисање	85 (35.4%)	27 (18.4%)	10 (8.8%)	3 (0.8%)	112 (28.9%)
Просечно функционисање	132 (55.0%)	42 (28.6%)	50 (44.2%)	11 (32.4%)	174 (45.0%)
Испод просечно функционисање	19 (7.9%)	46 (31.3%)	53 (46.9%)	17 (50.0%)	65 (16.8%)
Патолошко функционисање	2 (0.8%)	3 (2.1%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)	5 (1.3%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 105.869, df = 8, p = 0.000^{**}, c = 0.463^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.7.4. Категорије Регулатора реакција одбране (Алфа) димензија анксиозност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Повезаност дисфункционалности породице, изазване насиљем и алкохолизмом, и димензија одбране је значајна, средње јачине ($p = 0.000$, $c = 0.435$). Половина младих из функционалних породица има просечно функционисање димензије реакција одбране или анксиозности. Патолошка анксиозност је изражена код четвртине младих из дисфункционалних породица, породица са алкохолизмом и насиљем (Табела 4.7.4.).

Табела 4.7.4. Категорије Регулатора реакција одбране (Алфа): димензија: анксиозност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Алфа Регулатор реакција одбране димензија: анксиозност	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. n.	Дисф. n.	Ди.н./ЛА	Дис.н./Н	
Супериорно функционисање	26 (10.8%)	4 (2.7%)	4 (3.5%)	0 (0.0%)	30 (7.8%)
Надпросечно функционисање	73 (30.4%)	34 (23.1%)	30 (26.5%)	4 (11.8%)	107 (27.6%)
Просечно функционисање	116 (48.3%)	39 (26.5%)	28 (24.8%)	11 (32.4%)	155 (40.1%)
Испод просечно функционисање	23 (9.6%)	33 (22.4%)	22 (19.5%)	11 (32.4%)	56 (14.5%)
Патолошко функционисање	2 (0.8%)	37 (25.2%)	29 (25.7%)	8 (23.5%)	39 (10.1%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 90.295, df = 8, p = 0.000^{**}, c = 0.435^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.7.5. Категорије Регулатора реакција напада (Сигма)-димензија: агресивност-неагресивност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом имају израженију димензију агресивност, у односу на младе из функционалних породица. Петина младих из породица са насиљем и алкохолизмом има патолошко функционисање димензије одбране или патолошку агресивност. Повезаност припадности породице и агресивности је значајна, средње вредности ($p = 0.000$, $c = 0.444$) (Табела 4.7.5.).

Табела 4.7.5. Категорије Регулатора реакција напада (Сигма) димензија: агресивност-неагресивност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Сигма Регулатор реакција напада: димензија агресивност- неагресивност	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Супериорно функционисање	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.5%)
Надпросечно функционисање	4 (1.7%)	13 (8.8%)	2 (1.8%)	1 (2.9%)	17 (4.4%)
Просечно функционисање	133 (55.4%)	61 (41.5%)	43 (38.1%)	10 (29.4%)	194 (50.1%)
Испод просечно функционисање	97 (40.4%)	70 (47.6%)	47 (41.6%)	16 (47.1%)	167 (43.2%)
Патолошко функционисање	4 (1.7%)	27 (18.4%)	21 (18.6%)	7 (20.6%)	7 (1.8%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 94.835, df = 8, p = 0.000^{**}, c = 0.444^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.7.6. Категорије Система за координацију регулативних функција (Делта)-дисоцијативне реакције младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Функционисање система за координацију регулативних функција младих из функционалних породица је у категоријама надпросечно и просечно, за разлику од младих из дисфункционалних породица, код којих су најприсутније категорије испод

просечно и просечно функционисање ове димензије. Патолошко функционисање система за координацију регулативних функција, дисоцијативно реаговање, присутно је код петине младих из дисфункционалних породица. Преко половине младих из породица са насиљем има исподпросечно и патолошко функционисање система за координацију регулативних функција. Дисоцијативно функционисање младих повезано је са врстом породице. Повезаност је значајна, средње вредности ($p = 0.000$, $c = 0.464$) (Табела 4.7.6.).

Табела 4.7.6. Категорије Система за координацију регулативних функција (Делта) - дисоцијативне реакције младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Делта Систем за координацију регулативних функција дисоцијативне реакције	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Супериорно функционисање	12 (5.0%)	2 (1.4%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	14 (3.6%)
Натпросечно функционисање	112 (46.7%)	28 (19.0%)	28 (24.8%)	0 (0.0%)	140 (36.2%)
Просечно функционисање	104 (43.3%)	54 (36.7%)	40 (35.4%)	14 (41.2%)	158 (40.8%)
Испод просечно функционисање	12 (5.0%)	36 (24.5%)	24 (21.2%)	12 (35.3%)	48 (12.4%)
Патолошко функционисање	0 (0.0%)	27 (18.4%)	19 (16.8%)	8 (23.5%)	27 (7.0%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 106.262, df = 8, p = 0.000^{**}, c = 0.464^{\ddagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.7.7. Категорије Система за интеграцију регулативних функција (Ета) димензија: асоцијалност-социјална адаптација младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Млади из породица са насиљем имају највише тешкоћа у функционисању система за интеграцију регулативних функција или проблеме са социјалном адаптацијом. Две трећине младих из породица са насиљем има патолошко или испод просечно функционисање система за интеграцију регулативних функција и половина младих из породица са алкохолизмом. Млади из функционалних породица највише има изражено просечно функционисање социјалне адаптације. Повезаност димензије система за

интеграцију регулативних функција и врсте породице је значајна, средње изражене вредности ($p = 0.000$, $c = 0.409$) (Табела 4.7.7.).

Табела 4.7.7. Систем за интеграцију регулативних функција Ета) димензија: димензија асоцијалност-социјална адаптација младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Ета Систем за интеграцију регулативних функција димензија асоцијалност- социјална адаптација	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Супериорно функционисање	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Напросечно функционисање	54 (22.5%)	10 (6.8%)	10 (8.8%)	0 (0.0%)	64 (16.5%)
Просечно функционисање	133 (55.4%)	53 (36.1%)	42 (37.2%)	11 (32.4%)	186 (48.1%)
Испод просечно функционисање	49 (20.4%)	59 (40.1%)	47 (41.6%)	12 (35.3%)	108 (27.9%)
Патолошко функционисање	4 (1.7%)	25 (17.0%)	14 (12.4%)	11 (32.4%)	29 (7.5%)
Укупно	240	147	113	34	387

$\chi^2 = 77.666$, $df = 6$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.409^{\ddagger}$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, ‡ Contingency Coefficient

4.7.8. Разлике у изражености конативних димензија код младих из функционалних и дисфункционалних породица с обзиром на социо-демографске варијабле

Резултати Колмогоров-Смирнов теста показали су да дистрибуција скорова испитаника на скалама Хи, Алфа, Сигма, Делта и Ета, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 4.7.8.1.).

Табела 4.7.8.1. Нормалност дистрибуција скорова на скалама конативних димензија личности

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

^{**} $p \leq 0.01$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p=.003$), Хи ($p=.000$), Алфа ($p=.000$) и Ета ($p=.000$) с обзиром на пол младих из функционалних породица, при чему младићи у поређењу са девојкама, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон, док девојке у поређењу са младићима, имају виши просечни ранг на димензијама Хи, Алфа и Ета (Табела 4.7.8.2.). Добијени резултати показали су статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p=.030$) и Делта ($p=.045$), с обзиром на пол младих из дисфункционалних породица, при чему девојке у поређењу са младићима, имају виши просечни ранг на димензијама Епсилон и Делта. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Епсилон ($p=.036$), с обзиром на пол младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, при чему девојке, у поређењу са младићима, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон.

Табела 4.7.8.2. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на пол младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	Z= -3.011**	Z= -2.173*	Z= -2.099*	Z= -.691
Хи	Z= -4.772**	Z= -1.884	Z= -4.546	Z= -.829
Алфа	Z= -4.223**	Z= -1.640	Z= -1.689	Z= -.138
Сигма	Z= -.665	Z= -.439	Z= -.363	Z= -.311
Делта	Z= -.828	Z= -2.005*	Z= -1.778	Z= -1.122
Ета	Z= -5.659**	Z= -1.644	Z= -1.921	Z= -.207

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Сигма ($p=.002$), с обзиром на стручну спрему очева младих из функционалних породица, при чему највиши просечни ранг на наведеној димензији имају млади чији очеви имају завршену средњу школу (Табела 4.7.8.3.). Млади из функционалних породица чији очеви имају завршену средњу школу, у поређењу са младима чији очеви имају вишу и високу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Сигма. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Алфа ($p=.006$) и Ета ($p=.030$) с обзиром на стручну спрему очева младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чији очеви имају завршену средњу школу, у поређењу са младима чији очеви имају вишу и високу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Алфа. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије Алфа ($p=.026$) између младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом чији очеви имају средњу, у поређењу са младима чији очеви имају вишу и високу стручну спрему. Млади из дисфункционалних породица са леченим

алкоголизмом, чији очеви имају завршену средњу школу, у поређењу са младима чији очеви имају вишу и високу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Алфа.

Табела 4.7.8.3. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на стручну спрему оца младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$\chi^2=1.654$	$\chi^2=1.081$	Z= -.420	$\chi^2=4.370$
Хи	$\chi^2=2.866$	$\chi^2=1.789$	Z= -.358	$\chi^2=2.763$
Алфа	$\chi^2=4.480$	$\chi^2=10.229^{**}$	Z= -2.220*	$\chi^2=5.308$
Сигма	$\chi^2=12.911^{**}$	$\chi^2=3.242$	Z= -1.666	$\chi^2=.746$
Делта	$\chi^2=5.447$	$\chi^2=2.237$	Z= -.735	$\chi^2=3.823$
Ета	$\chi^2=1.933$	$\chi^2=7.014^*$	Z= -1.185	$\chi^2=4.126$

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

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p=.016$), Хи ($p=.029$) и Делта ($p=.001$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 4.7.8.4.). Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Епсилон ($p=.000$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чије мајке имају средњу школу, у поређењу са младима чије мајке имају вишу и високу стручну спрему, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон. Нађене су статистички значајне разлике у изражености димензије Епсилон ($p=.000$) и Алфа ($p=.008$) између младих из дисфункционалних породица са леченим алкоголизмом, чије мајке имају завршену средњу школу и оних чије мајке имају вишу и високу стручну спрему, при чему млади из дисфункционалних породица са алкоголизмом, чије мајке имају средњу школу, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон, док млади из дисфункционалних породица са леченим алкоголизмом, чије мајке имају вишу и високу школу, имају виши просечни ранг на димензији Алфа.

Табела 4.7.8.4. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на стручну спрему мајке младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$\chi^2=10.311^*$	$\chi^2=19.113^{**}$	Z= -4.131**	$\chi^2=.722$
Хи	$\chi^2=9.058^*$	$\chi^2=.918$	Z= -1.889	$\chi^2=2.410$
Алфа	$\chi^2=6.343$	$\chi^2=4.730$	Z= -2.642**	$\chi^2=1.516$
Сигма	$\chi^2=16.930^{**}$	$\chi^2=1.375$	Z= -.867	$\chi^2=.344$
Делта	$\chi^2=2.840$	$\chi^2=.037$	Z= -1.280	$\chi^2=2.858$
Ета	$\chi^2=2.909$	$\chi^2=3.952$	Z= -.933	$\chi^2=3.019$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, Z - Mann-Whitney U test, ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Хи ($p=.032$), Алфа ($p=.000$), Делта ($p=.014$) и Ета ($p=.015$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица (Табела 4.7.8.5.). Млади из дисфункционалних породица чији су очеви незапослени, у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на наведеним конативним димензијама личности. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p=.024$), Хи ($p=.017$), Алфа ($p=.001$), Делта ($p=.031$) и Ета ($p=.050$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове димензији Епсилон, док млади чији су очеви незапослени у поређењу са младима чији су очеви запослени, постижу веће рангове на димензијама личности Хи, Алфа, Делта и Ета.

Табела 4.7.8.5. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на радни однос очева младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	Z= -1.693	Z= -.867	Z= -2.263*	Z= -.931
Хи	Z= -.283	Z= -2.140*	Z= -2.390**	Z= -.500
Алфа	Z= -.329	Z= -3.589**	Z= -3.309**	Z= -1.104
Сигма	Z= -.688	Z= -.906	Z= -1.842	Z= -1.069
Делта	Z= -.139	Z= -2.469*	Z= -2.159*	Z= -.345
Ета	Z= -.680	Z= -2.440*	Z= -1.961*	Z= -.638

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

Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије Делта ($p=.000$) с обзиром на радни однос мајки младих из функционалних породица (Табела 4.7.8.6.). Млади из функционалних породица чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на димензији Делта. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Хи ($p=.010$), Алфа ($p=.001$), Сигма ($p=.011$), Делта ($p=.000$) и Ета ($p=.001$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће рангове на наведеним конативним димензијама личности. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p=.040$), Хи ($p=.017$), Алфа ($p=.001$), Сигма ($p=.045$), Делта ($p=.000$) и Ета ($p=.002$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом чије су мајке незапослене, у поређењу са младима чије су мајке запослене, постижу веће

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

Табела 4.7.8.6. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на радни однос мајки младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	Z= -1.250	Z= -1.444	Z= -2.055*	Z= -.589
Хи	Z=-1.433	Z= -2.589*	Z= -2.380*	Z= -.975
Алфа	Z= -1.066	Z= -3.414**	Z= -3.458**	Z= -.752
Сигма	Z= -.130	Z= -2.529*	Z= -2.003*	Z= -1.504
Делта	Z= -3.977**	Z= -4.166**	Z= -3.794**	Z= -1.564
Ета	Z= -.791	Z= -3.354**	Z= -3.148**	Z= -1.098

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон (p=.020), Хи (p=.006), Алфа (p=.015), Сигма (p=.026), Делта (p=.000) и Ета (p=.032) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица (Табела 4.7.8.7.). Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон (p=.010), Хи (p=.031), Алфа (p=.027) и Сигма (p=.029) између младих из дисфункционалних породица који процењују материјално стање лошим и оних који га процењују просечним, при чему млади из дисфункционалних породица који процењују материјално стање лошим, имају више просечне рангове на димензијама Алфа, Хи и Делта, док млади из дисфункционалних породица који процењују материјално стање просечним, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон. Млади из дисфункционалних породица који процењују материјално стање лошим имају више просечне рангове на димензијама Алфа, Хи и Делта, док млади из дисфункционалних породица, који процењују материјално стање просечним, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон (p=.017), Хи (p=.001), Алфа (p=.001), Сигма (p=.004), Делта (p=.000) и Ета (p=.004) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом који процењују материјално стање лошим имају више просечне рангове на димензијама Алфа, Хи, Сигма и Делта, док млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, који процењују материјално стање просечним, имају виши просечни ранг на димензији Епсилон.

Табела 4.7.8.7. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на материјално стање родитеља младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$\chi^2=5.587$	$\chi^2=7.864^*$	$\chi^2=8.152^*$	$\chi^2=2.770$
Хи	$\chi^2=4.357$	$\chi^2=10.366^{**}$	$\chi^2=13.916^{**}$	$\chi^2=.440$
Алфа	$\chi^2=1.697$	$\chi^2=8.386^*$	$\chi^2=13.724^{**}$	$\chi^2=2.654$
Сигма	$\chi^2=.587$	$\chi^2=7.278^*$	$\chi^2=10.864^{**}$	$\chi^2=1.629$
Делта	$\chi^2=2.922$	$\chi^2=11.824^{**}$	$\chi^2=18.564^{**}$	$\chi^2=2.130$
Ета	$\chi^2=1.954$	$\chi^2=6.908^*$	$\chi^2=11.056^{**}$	$\chi^2=.391$

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

Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p=.000$), Хи ($p=.001$), Алфа ($p=.001$) и Сигма ($p=.000$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица (Табела 4.7.8.8.). Другорођени млади из дисфункционалних породица, у поређењу са прворођенима, имају виши просечни ранг на димензији Алфа. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Епсилон ($p=.000$), Хи ($p=.003$), Алфа ($p=.004$) и Сигма ($p=.000$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом.

Табела 4.7.8.8. Разлике у степену изражености конативних димензија личности с обзиром на редрођења младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Епсилон	$\chi^2=4.740$	$\chi^2=24.026^{**}$	$\chi^2=23.995^{**}$	$\chi^2=4.717$
Хи	$\chi^2=7.562$	$\chi^2=18.335^{**}$	$\chi^2=15.891^{**}$	$\chi^2=5.177$
Алфа	$\chi^2=1.696$	$\chi^2=19.029^{**}$	$\chi^2=15.516^{**}$	$\chi^2=7.179$
Сигма	$\chi^2=6.112$	$\chi^2=22.570^{**}$	$\chi^2=24.844^{**}$	$\chi^2=1.295$
Делта	$\chi^2=6.879$	$\chi^2=5.538$	$\chi^2=5.878$	$\chi^2=1.368$
Ета	$\chi^2=6.524$	$\chi^2=4.889$	$\chi^2=3.187$	$\chi^2=5.013$

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

4.8. ИНТЕЛЕКТУАЛНИ РАЗВОЈ МЛАДИХ У ФУНКЦИОНАЛНИМ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИМ ПОРОДИЦАМА, ПОРОДИЦАМА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Млади из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом се значајно ($p = .000$) разликују у степену развијености опште интелектуалне способности. Просечна вредност опште интелигенције младих из функционалних породица је $IQ=112$, нешто изнад просека, за разлику од просечне вредности младих из дисфункционалних породица, $IQ=103$, што представља горњу

границу просека. Највећи број младих из функционалних породица има изнад просечну интелигенцију, у односу на младе из дисфункционалних породица, код којих више од половине има просечну интелигенцију. Код петине младих из функционалних породица добијена је категорија високе интелигенције, која није регистрована у подзорку младих из дисфункционалних породица. *Post Hoc Tests*-ом утврђена је значајна разлика степена развијености опште интелигенције младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом. Значајне разлике у развоју опште интелигенције између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нису утврђене (Табела 4.8.1., Табела 4.8.2., Табела 4.8.3.).

Табела 4.8.1. Степен интелектуалних способности младих у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Варијабла		Врста породице				Укупно
		Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
	АС	112.775	105.506	106.778	104.235	110.273
	СД	7.307	7.851	7.664	8.038	8.142
Општа интелигенција	Минимум	95	91	91	90	90
	Максимум	125	125	119	116	125
	F [†]			70.310		
	df			356		
	p			.000**		
	Укупно		240	147	113	34

[†]One-way ANOVA, ** p<0.01

Табела 4.8.2. Категорије опште интелигенције младих у функционалним и дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом

Општа интелигенција категорија	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Испод просека	2 (8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.5%)
Просечна	75 (31.3%)	92 (62.6%)	68 (60.8%)	24 (70.6%)	259 (66.9%)
Изнад просека	114 (47.5%)	55 (38.2%)	45 (39.8%)	10 (29.4%)	224 (57.9%)
Висока	49 (20.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	49 (12.7%)
Укупно	240	147	113	34	387

$\chi^2 = 55.409$. df = 6. ** p<0.01. c =.354[‡]

χ^2 Chi-square, ** p ≤ 0.01, [‡] Contingency Coefficient

Табела 4.8.3. Поређење значајности разлика опште интелигенције младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Варијабла	(I) <i>Врста породице</i>	(J) <i>Врста породице</i>	Разлика AC (I-J)	SG	p
IQ Количник интелигенције	Функционална п.	Насиље у породици	8.5397 [†]	1.37030	.000**
		Лечени алкохолизам	5.9962 [†]	.85315	.000**
IQ Категорије опште интелигенције	Функционална п.	Насиље у породици	.5809 [†]	.11916	.000**
		Лечени алкохолизам	.4768 [†]	.07419	.000**

[†]One-Way ANOVA-Post Hoc Tests, ** p ≤ 0 .01

4.8.4. Разлике у изражености опште интелигенције код младих из функционалних и дисфункционалних породица с обзиром на социо-демографске варијабле

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста утврђено је да дистрибуција скорова испитаника на скали опште интелигенције, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 4.8.4.1.).

Табела 4.8.4.1. Нормалност дистрибуција скорова на скали опште интелигенције

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

** p ≤ 0.01

Резултати су показали да не постоје статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције с обзиром на пол младих из свих врста породица (Табела 4.8.4.2.).

Табела 4.8.4.2. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на пол младих (Mann-Whitney U)

Варијабла	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	Z= -1.948	Z= -.043	Z= -.832	Z= -1.261

Z - Mann-Whitney U test

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености опште интелигенције ($p=.000$) с обзиром на стручну спрему оца младих из функционалних породица (Табела 4.8.4.3.). Млади из функционалних породица чији очеви имају завршену вишу и високу школу, у поређењу са младима чији очеви имају средњу, постижу веће рангове на димензији опште интелигенције.

Табела 4.8.4.3. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на стручну спрему очева младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабла	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$\chi^2=27.787^{**}$	$\chi^2=3.779$	$Z=-1.094$	$\chi^2=2.366$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.000$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 4.8.4.4.). Млади из функционалних породица чије мајке имају вишу и високу школу, у поређењу са младима чије мајке имају средњу школу, имају виши просечни ранг на димензији опште интелигенције. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.001$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чије мајке имају вишу и високу школу, у поређењу са младима чије мајке имају средњу школу, имају виши просечни ранг на димензији опште интелигенције. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.010$) између младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом чије мајке имају завршену средњу школу и оних чије мајке имају вишу и високу стручну спрему, при чему млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије мајке имају вишу и високу школу, имају виши просечни ранг на димензији опште интелигенције. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.025$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем.

Табела 4.8.4.4. Разлике у степену изражености Опште интелигенције с обзиром на стручну спрему мајки младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабла	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$\chi^2=30.448^{**}$	$\chi^2=14.472^{**}$	$Z=-2.568^*$	$\chi^2=7.390^*$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, Z - Mann-Whitney U test, $^{**} p \leq 0.01$, $^* p \leq 0.05$

Добијени резултати нису утврдили статистички значајне разлике у изражености опште интелигенције с обзиром на радни однос очева младих из свих врста породица (Табела 4.8.4.5.).

Табела 4.8.4.5. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на радни однос оца младих (Mann-Whitney U)

Варијабла	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	Z= -.680	Z= -1.195	Z= -1.161	Z= -.017

Z - Mann-Whitney U test

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.036$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем (Табела 4.8.4.6.). Млади из дисфункционалних породица са насиљем чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензији опште интелигенције.

Табела 4.8.4.6. Разлике у степену изражености Опште интелигенције с обзиром на радни однос мајке младих (Mann-Whitney U)

Варијабла	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	Z= -1.509	Z= -.622	Z= -.673	Z= -2.094*

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

Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.004$) с обзиром на материјално стање родитеља младих из функционалних породица (Табела 4.8.4.7.). Млади из функционалних породица који процењују материјално стање изузетно добрим, у поређењу са младима који га процењују просечним, имају више просечне рангове на димензији опште интелигенције.

Табела 4.8.4.7. Разлике у степену изражености опште интелигенције с обзиром на материјално стање родитеља младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабла	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$\chi^2=10.818^{**}$	$\chi^2=2.110$	$\chi^2=3.248$	$\chi^2=0.133$

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

Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензије опште интелигенције ($p=.039$) с обзиром на ред рођења младих из функционалних породица (Табела 4.8.4.8.). Прворођени млади из функционалних породица, у поређењу са

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

Табела 4.8.4.8. Разлике у степену изражености Опште интелигенције с обзиром на редрођења младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабла	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Општа интелигенција	$\chi^2=8.365^*$	$\chi^2=32.654^{**}$	$\chi^2=40.151^{**}$	$\chi^2=1.210$

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

4.9. ПОРЕМЕЋАЈИ ПСИХОСОЦИЈАЛНОГ РАЗВОЈА МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, значајно ($p = .000$) је повезана са поремећајима психосоцијалног развоја младих, у поређењу са поремећајима младих из функционалних породица. Насиље у породици и лечени алкохолизам највише су повезани са појавом ноћних страхова, фобија, лагања и грицкања ноктију младих из тих породица. Одрастање у породицама са насиљем праћено је значајним присуством хиперактивног понашања, повлачења, лагања, фобија, пасивне агресивности – тврдоглавости, сукоба са вршњацима, тикова, муцања и ноћних страхова. У поузорку младих из породица са леченим алкохолизмом најбројнији поремећаји психосоцијалног развоја су: грицкање ноктију и стидљивост (Табела 4.9.).

Табела 4.9. Поремећаји психосоцијалног развоја младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Поремећаји психосоцијалног развоја	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. n.	Дисф. n.	Дис.н./ЛА	Дис.н./Н	
Грицање ноктију	32 (13.3%)	48 (32.4%)	38 (33.6%)	10 (29.4%)	80 (20.7%)
Енуреза	0(.0%)	8(5.4%)	4 (3.5%)	4 (11.76%)	8 (2.1%)
Хиперактивност	44 (5.8%)	73 (49.3%)	53 (46.9%)	20 (58.8%)	117 (30.2%)
Повученост	16 (6.7%)	41(27.7%)	28 (24.8%)	13(38.2%)	57 (14.7%)
Тикови	2 (.8%)	11 (7.4%)	8(.8%)	3(8.8%)	13 (3.4%)
Муцање	0 (.0%)	19 (12.8%)	14(12.4%)	5 (14.7%)	19 (4.9%)
Лагање	8 (3.3%)	62 (41.9%)	39 (34.5%)	23 (67.6%)	70 (18.1%)
Фобије	13 (5.4%)	73 (49.6%)	51 (45.1%)	22 (64.7%)	86 (22.2%)
Тврдоглавост	66(27.5%)	95 (64.6%)	73(64.6%)	23(67.6%)	162 (41.9%)
Сукоб са вршњацима	2 (.8%)	20 (13.6%)	10 (8.8%)	10(29.4%)	22(5.7%)
Стидљивост	29 (12.1%)	54 (36.7%)	43 (38.1%)	11(32.4%)	83(21.4%)
Ноћни страхови	12(5.0%)	65(44.2%)	37(32.7%)	28(82.4%)	77(19.9%)
Укупно	240	147	113	34	387

χ^2 Chi-square. ** p \leq 0.01, † Contingency Coefficient

4. 9.1. Поремећаји у понашању младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом имају значајно више (p = .000) поремећаја у понашању: кршење правила понашања и кажњавање у школи, бежање од куће и суицидално понашање, у односу на младе из функционалних породица. Повезаност породичне дисфункционалности и поремећаја у понашању младих је средње јачине и статистички значајна. Половина младих из породица са насиљем и четвртина младих из породица са алкохолизмом је због изражених лакших и тежих престапа у непоштовању школских правила кажњавана. Трећина младих из породица са насиљем је, једном или више пута, бежала од куће.

Десетина младих из дисфункционалних породица је једном или више пута покушало самоубиство (Табела 4.9.1., Табела 4.9.1.1., Табела 4.9.1.2.).

Табела 4.9.1. Поремећаји у понашању из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Поремећаји у понашању	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ПА	Дис.п./Н	
Кажњавање у школи	2 (.8%)	45 (30.6%)	30 (26.5%)	15 (44.1%)	47 (12.1%)
	$\chi^2 = 83.328, df = 2, p = .000^{**}, c = .421^{\dagger}$				
Бежање од куће	0 (.0%)	26 (17.7%)	14 (12.8%)	12 (35.3%)	26 (35.3%)
	$\chi^2 = 67.387, df = 2, p = .000^{**}, c = .385^{\dagger}$				
Покушај самоубиства	0 (.0%)	17 (11.6%)	14 (12.4%)	3 (8.8%)	17 (4.4%)
	$\chi^2 = 29.893, df = 2, p = .000^{**}, c = .268^{\dagger}$				
Укупно	240	147	113	34	387

χ^2 Chi-square. ^{**} $p \leq 0.01$, [†] Contingency Coefficient

Табела 4.9.1.1. Разлози кажњавања младих из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом

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

Табела 4.9.1.2. Дистрибуција броја бежања од куће младих из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом

Број бежања од куће	n (%)
једанпут	13 (3.4%)
два пута	4 (1.0%)
три пута	8 (2.1%)
пет пута	1 (.3%)
Укупно	26

4.10. ПСИХИЧКА ЗРЕЛОСТ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Млади из функционалних породица остварују значајно ($p = .000$) виши ниво психичке, латентне зрелости, у односу на постигнуту зрелост младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом. Најниже просечне вредности на

укупној Скали латентне зрелости (СЛЗ) добијене су код младих из породица са насиљем, у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом и младе из функционалних породица. Просечна вредност латентне зрелости младих из функционалних породица је у категорији 4 или преминација зрелог понашања. Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, имају просечну вредност на граници 2 и 3, што одговара преминацији незрелог понашања. Млади из породица са алкохолизмом имају просечну категорију латентне зрелости 3 или зрело понашање са повременим регресијама. Најниже просечне вредности на Скали латентне зрелости добијене су у поузorkу младих из породица са насиљем – 2 или преминацију незрелог понашања. Развој латентне зрелости младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, се разликује за две категорије остварене зрелости. Млади из дисфункционалних породица имају значајно ($p = .000$) ниже вредности на свим субскалама Скале латентне зрелости: Повеење у људе, Сарадња са људима, Фрустрациона толеранција, Несебичност и Оријентација ка будућности. Просечна вредност младих из функционалних породица на субскали Сарадња са људима је за једну категорију развијенија. оцена је 4, у односу на развијеност сарадње младих из породица са насиљем и алкохолизмом, код којих је добијена категорија 3. Развијеност фрустрационе толеранције код младих из функционалних и дисфункционалних породица је у категорији 3, иако млади из породица са насиљем имају најмање просечне вредности у овој димензији, у односу на младе из породица са алкохолизмом и функционалних породица. Несебичност младих из функционалних породица је за једну категорију развијенија (3), за разлику од младих из породица са насиљем и алкохолизмом који имају развијеност несебичности категорије 2. Најмање просечне вредности на субскали Несебичност имају млади из породица са насиљем. Димензија зрелости Оријентација ка будућности је просечно за категорију развијенија (4.89), од младих из дисфункционалних породица (3.63) и породица са алкохолизмом (3.77) и приближно две категорије виша од младих из породица са насиљем (3.8). Статистички значајних разлика у развијености сарадње, несебичности и поверења у људе између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нема. Резултати истраживања показују да је повезаност одрастања у породици са насиљем и развој психичке зрелости значајнија, у односу на повезаност породица са алкохолизмом и психичког сазревања. Млади из породица са насиљем имају значано ниже просечне вредности у димензијама зрелости: фрустрационој толеранцији ($p = .001$), оријентацији ка будућности ($p = .032$) и постигнутој психичкој,

латентној, зрелости ($p = .010$), у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом (Табела 4.10., Табела 4.10.1).

Табела 4.10. Психичка (латентна) зрелост младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са алкохолизмом и насиљем

Врста породице	Варијабле						
	Латентна зрелост	Поверење у људе	Сарадња са људима	Фрустрациона толеранција	Несебичност	Оријентација ка будућности	
Фун. п.	АС	17.65	121.46	160.47	99.88	71.21	4.89
	СД	2.215	12.368	16.279	10.225	9.102	.466
	Мин	10	94	104	66	52	2
	Макс	23	160	188	141	93	5
Дисф.	АС	12.95	110.05	127.93	89.46	60.12	3.63
	СД	2.769	15.812	22.325	15.656	11.935	1.331
	Мин	6	73	59	36	29	1
	Макс	19	148	174	127	92	5
Дис.п./ЛА	АС	13.230	111.203	128.026	91.283	60.168	3.778
	СД	2.521	15.861	21.339	14.918	10.830	1.265
	Мин	9	73	72	36	29	1
	Макс	19	148	174	127	93	5
Дис.п./Н	АС	12.000	106.205	127.588	83.382	59.941	3.088
	СД	3.339	15.245	25.958	16.720	15.233	1.422
	Мин	6	82	59	47	32	1
	Макс	19	142	171	114	86	5

Табела 4.10.1. Значајност разлика у димензијама зрелости младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Варијабла	Функционална / Дисфункционална породица			Дисфункционална породица Лечени алкохолизам/ Насиље		
	F [†]	df	p	F [†]	df	p
Сарадња	273.072	1.385	.000**	136.193	2.384	.905
Фрустрациона толеранција	51.331	1.385	.000**	31.602	2.384	.001**
Поверење у људе	62.549	1.385	.000**	33.206	2.384	.064
Несебичност	106.375	1.385	.000**	53.058	2.384	.910
Оријентација ка будућности	181.796	1.385	.000**	102.476	2.384	.032*
Латентна зрелост	338.879	1.385	.000**	175.337	2.384	.010*

[†]One-way ANOVA, * $p \leq 0.01$, ** $p \leq 0.05$

4.10.2. Категорије латентне зрелости младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Истраживањем је утврђена статистички значајна висока повезаност између одрастања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, и нивоа постигнуте психичке зрелости ($c = 0.610$, $p = .000$). Две трећина младих из функционалних породица у свом психичком развоју достижу ниво преминације зрелог понашања и изразито зрело понашање. Само 1.3% младих из функционалних породица има преминацију незрелог понашања. Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у највећем броју развија незрело и зрело понашање са повременим регресијама. У подзорку младих из дисфункционалних породица није регистрован развој изразито зрелог понашања. Највећи број младих са изразито незрелим понашањем је из породица са насиљем. Половина младих из породица са насиљем има преминацију незрело понашање и само 8.8% њих постиже преминацију зрело понашање. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија зрело понашање са повременим регресијама и преминацију незрелог понашања. У подзорку младих из алкохоличарских породица само 8.8% развија преминацију зрелог понашања (Табела 4.10.2.).

Табела 4.10.2. Категорије латентне зрелости младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Варијабла	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Категорије Латентне зрелости					
Изразита незрелост	0 (.0%)	4 (2.7%)	0 (.0%)	4 (11.8%)	4 (1.0%)
Преминација незрелог понашања	3 (1.3%)	64 (43.5%)	48 (42.5%)	16 (47.1%)	67 (17.3%)
Зрело понашање са повременим регресијама	59 (24.6%)	66 (44.9%)	55 (48.7%)	11 (32.4%)	125 (32.3%)
Преминација зрелог понашања	156 (65.0%)	13 (8.8%)	10 (8.8%)	3 (8.8%)	169 (43.7%)
Изразито зрело понашање	22 (9.2%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	22 (5.7%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 229.119, df = 8, p = 0.000^{***}, c = 0.610^{\dagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{***} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.10.3. Сарадња са људима младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Повезаност одрастања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, степена развијености сарадње је значајна и средње јачине ($p = 0.000$, $c = 0.557$). У функционалним породицама више од половине младих развија натпросечну и изражену сарадњу са људима. Млади из дисфункционалних породица највише развијају просечну и испод просечну сарадњу са људима. Најмање развијена сарадња са људима, једна четвртина, присутна је код младих из породица са насиљем, за разлику од младих из породица са алкохолизмом код којих ова категорија сарадње није регистрована. Млади из породица са алкохолизмом највише имају сарадњу просечне и испод просечне категорије. У подзорку младих из дисфункционалних породица није развијена категорија изражене сарадње са људима (Табела 4.10.3.).

Табела 4.10.3. Сарадња са људима младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Сарадња са људима	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. П.	Дисф. П.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Мала	3 (1.25%)	9 (2.7%)	0 (.0%)	9 (26.5%)	12 (3.1%)
Испод просечна	4 (1.7%)	58 (43.5%)	48 (42.5%)	10 (29.4%)	62 (16.1%)
Просечна	81 (33.8%)	68 (44.9%)	55 (48.7%)	13 (38.2%)	149 (38.5%)
Натпросечна	94 (39.2%)	12 (8.8%)	10 (8.8%)	2 (5.9%)	106 (27.4%)
Изражена	48 (20.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	48 (12.4%)
Укупно	240	147	113	34	387

$\chi^2 = 174.322$, $df = 8$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.557^{\dagger}$
 χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.10.4. Фрустрациона толеранција младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Повезаност развоја фрустрационе толеранције и одрастања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, је значајна, средње јачине ($p = 0.000$, $c = 0.373$). Млади из функционалних породица развијају испод просечну и просечну фрустрациону толеранцију. У подзорку дисфункционалних породица, половина младих развија малу и трећина испод просечну фрустрациону толеранцију. Млади из породица са насиљем и алкохолизмом немају развијену натпросечну и изражену фрустрациону толеранцију. Најнижу фрустрациону

толеранцију развијају млади из породица са насиљем, нешто више од половине подузорка (Табела 4.10.4.).

Табела 4.10.4. Фрустрациона толеранција младих из функционалних и дисфункционалних породица. породица са насиљем и алкохолизмом

Фрустрациона толеранција	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Мала	0 (.0%)	8 (5.4%)	4 (3.5%)	4 (11.8%)	8 (2.1%)
Испод просечна	4 (1.7%)	10 (6.8%)	4 (3.5%)	6 (17.6%)	14 (3.6%)
Просечна	126 (52.5%)	97 (66.0%)	78 (69.0%)	19 (55.9%)	223 (57.6%)
Надпросечна	92 (38.3%)	29 (19.7%)	25 (22.1%)	4 (11.8%)	121 (31.3%)
Изражена	18 (7.5%)	3 (2.0%)	2 (1.8%)	1 (2.9%)	21 (5.4%)
Укупно	240	147	113	34	387

$\chi^2 = 62.364$, $cc = 8$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.373^{\dagger}$
 χ^2 Chi-square, ** $p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.10.5. Поверење у људе младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Повезаност одрастања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом и степен развијености поверења у људе је значајна и средње јачине ($p = 0.000$, $c = 0.425$). Највећи број младих из функционалних породица имају развијену испод просечно и просечно развијено поверење у људе. Млади из дисфункционалних породица, приближно половина, имају мало поверења у људе. Најмање поверења у људе развијају млади из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкохолизмом и функционалних породица. Значајни податак је да изражено поверење у људе није регистровано у укупном узорку младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом (Табела 4.10.5.).

Табела 4.10.5. Поверење у људе младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Поверење у људе	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Мала	18 (7.5%)	67 (45.6%)	48 (42.5%)	19 (55.9%)	85 (22.0%)

Испод просечна	111 (46.3%)	48 (32.7%)	39 (34.5%)	9 (26.5%)	159 (41.1%)
Просечна	97 (40.4%)	32 (21.8%)	26 (23.0%)	6 (17.6%)	129 (33.3%)
Надпросечна	14 (5.8%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	14 (3.6%)
Изражена	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)
Укупно	240	147	113	34	387

$\chi^2 = 85.144$, $df = 6$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.425^\dagger$
 χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.10.6. Несебичност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Повезаност степена развоја несебичности и одрастања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, је значајна, средње јачине ($p = 0.000$, $c = 0.478$). Млади из функционалних породица имају најчешће просечно развијену несебичност, у односу на младе из дисфункционалних породица код којих је присутна мала, испод просечна и просечна несебичност. Најмања несебичност према људима присутна је код младих из породица са насиљем, где је трећина младих са неразвијеном потребом да помаже људима. У подузорку младих из породица са насиљем није регистрована категорија високо развијене несебичности. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија просечну и испод просечну несебичност (Табела 4.10.6.).

Табела 4.10.6. Несебичност младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н	
Мала	0 (.0%)	36 (24.5%)	25 (22.1%)	11 (32.4%)	36 (9.3%)
Испод просечна	32 (13.3%)	46 (31.3%)	42 (37.2%)	4 (11.8%)	78 (20.2%)
Просечна	154 (64.2%)	58 (39.5%)	42 (37.2%)	16 (47.0%)	212 (54.8%)
Надпросечна	40 (16.7%)	5 (3.4%)	2 (1.8%)	3 (8.8%)	45 (11.6%)
Изражена	14 (5.8%)	2 (1.4%)	2 (1.8%)	0 (.0%)	16 (4.1%)
Укупно	240	147	113	34	387

$\chi^2 = 114.824$, $df = 8$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.478$
 χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.10.7. Оријентација ка будућности младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Између степена развијене оријентисаности ка будућности и одрастања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, постоји значајна повезаност средње јачине ($p = 0.000$, $c = 0.533$). Преко деведесет посто младих из функционалних породица окренуто је ка будућности, јер има изражену потребу за личним развојем, усавршавањем и напредовањем. У подзорку младих из функционалних породица није регистрована потпуна незаинтересованост и страх од размислања о будућности. Млади из дисфункционалних породица имају изражену просечну усмереност ка планирању и напредовању у будућности. Највећи број младих са ниском поребом да планира будућност и развојем личности, регистрован је у породицама са алкохолизмом, али је у овом поузорку приближно половина младих са израженом оријентацијом ка будућности. Млади из породица са насиљем имају највише просечну и изражену поребу за личним развојем и планирањем будућности. У поузорку младих из породица са насиљем је мањи број неразвијене потребе за планирањем, у односу на младе из породица са алкохолизмом (Табела 4.10.7.).

Табела 4.10.7. Оријентација ка будућности младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Оријентација ка будућности	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н	
Мала	0 (.0%)	14 (9.5%)	8 (7.1%)	6 (1.8%)	14 (3.6%)
Испод просечна	2 (.8%)	11 (7.5%)	6 (5.3%)	5 (1.4%)	13 (3.4%)
Просечна	8 (3.3%)	51 (34.7%)	39 (34.5%)	12 (35.3%)	59 (15.2%)
Надпросечна	5 (2.1%)	12 (8.2%)	10 (8.8%)	2 (5.9%)	17 (4.4%)
Изражена	225 (93.8%)	59 (40.1%)	50 (44.2%)	9 (26.5%)	284 (73.4%)
Укупно	240	147	113	34	387

χ^2 Chi-square, ** $p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.10.8. Разлике у изражености димензија психичке зрелости код младих из функционалних и дисфункционалних породица с обзиром на социо-демографске варијабле

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста утврђено је да дистрибуција скорова испитаника на скалама Латентне зрелости, Сарадње са људима, Фрустрационе

толеранције, Несебичности и Оријентације ка будућности, статистички значајно одступа од нормалне (Табела 4.10.8.1.).

Табела 4.10.8.1. Нормалност дистрибуција скорова на скалама психичке зрелости

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

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Поверење у људе ($p=.040$) с обзиром на пол младих из функционалних породица, при чему младићи у поређењу са девојкама, имају виши просечни ранг на димензији Поверења у људе (Табела 4.10.8.2.). Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензије Поверење у људе ($p=.035$) с обзиром на пол младих из дисфункционалних породица са насиљем, при чему девојке у поређењу са младићима имају виши просечни ранг на димензији Поверења у људе.

Табела 4.10.8.2. Разлике у степену изражености димензија психичке зрелости с обзиром на пол младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	Z= -.543	Z= -.452	Z= -.978	Z= -.503
Поверење у људе	Z= -2.055*	Z= -.397	Z= -1.662	Z= -2.106*
Сарадња са људима	Z= -.193	Z= -.597	Z= -.907	Z= -.328
Фрустрациона толеранција	Z= -.847	Z= -.581	Z= -.568	Z= -.449
Несебичност	Z= -.043	Z= -1.124	Z= -1.804	Z= -.397
Оријентација ка будућности	Z= -.915	Z= -.624	Z= -1.046	Z= -1.127

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Сарадње са људима ($p=.012$) с обзиром на стручну спрему очева младих из функционалних породица, при чему највиши просечни ранг на наведеној димензији имају млади чији очеви имају завршене последипломске студије (Табела 4.10.8.3.). Млади из функционалних породица чији очеви имају вишу и високу школу, у поређењу са младима чији очеви имају средњу школу, постижу веће рангове на димензији Сарадње

са људима. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензије Фрустрационе толеранције ($p=.029$) с обзиром на стручну спрему очева младих из дисфункционалних породица, при чему највиши просечни ранг на наведеној димензији имају млади чији очеви имају завршену средњу школу.

Табела 4.10.8.3. Разлике у степену изражености димензија латентне зрелости с обзиром на стручну спрему очева младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$\chi^2=4.220$	$\chi^2=4.467$	$Z= -.478$	$\chi^2=2.960$
Поверење у људе	$\chi^2=1.029$	$\chi^2=1.766$	$Z= -1.871$	$\chi^2=2.236$
Сарадња са људима	$\chi^2=8.821^*$	$\chi^2=1.350$	$Z= -1.236$	$\chi^2=2.498$
Фрустрациона толеранција	$\chi^2=.338$	$\chi^2=7.077^*$	$Z= -.321$	$\chi^2=5.751$
Несебичност	$\chi^2=.931$	$\chi^2=4.953$	$Z= -.019$	$\chi^2=5.217$
Оријентација ка будућности	$\chi^2=2.152$	$\chi^2=3.673$	$Z= -1.152$	$\chi^2=1.113$

χ^2 - Chi-square статистик из Kruskal-Wallis-овог теста, Z - Mann-Whitney U test, * $p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.020$) и Несебичности ($p=.006$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из функционалних породица (Табела 4.10.8.4.). Млади из функционалних породица чије мајке имају завршену вишу и високу стручну спрему, у поређењу са младима чије мајке имају средњу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Несебичности. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентна зрелост ($p=.007$), Поверења у људе ($p=.002$), Фрустрационе толеранције ($p=.042$), Несебичности ($p=.031$) и Оријентације ка будућности ($p=.014$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чије мајке имају завршену вишу и високу стручну спрему, у поређењу са младима чије мајке имају средњу школу, постижу веће рангове на димензији Поверење у људе. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.011$), Поверења у људе ($p=.006$) и Оријентације ка будућности ($p=.004$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са алкохолизмом, чије мајке имају завршену средњу школу, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости и Оријентације ка будућности, док млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије мајке имају завршену вишу и високу стручну спрему, постижу веће рангове на димензији Поверења у људе. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.011$), Сарадње са људима ($p=.039$) и

Несебичности ($p=.031$) с обзиром на стручну спрему мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије мајке имају завршену средњу школу, у поређењу са младима чије мајке имају завршену основну школу, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости и Несебичности.

Табела 4.10.8.4. Разлике у степену изражености димензија латентне зрелости с обзиром на стручну спрему мајки младих (Kruskal-Vallis test и Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$\chi^2=9.841^*$	$\chi^2=9.851^{**}$	$Z=-2.548^*$	$\chi^2=8.941^*$
Поверење у људе	$\chi^2=7.275$	$\chi^2=12.881^{**}$	$Z=-2.728^{**}$	$\chi^2=2.302$
Сарадња са људима	$\chi^2=2.938$	$\chi^2=4.582$	$Z=-1.185$	$\chi^2=6.506^*$
Фрустрациона толеранција	$\chi^2=.956$	$\chi^2=6.648^*$	$Z=-1.005$	$\chi^2=3.523$
Несебичност	$\chi^2=12.612^{**}$	$\chi^2=6.962^*$	$Z=-.856$	$\chi^2=6.925^*$
Оријентација ка будућности	$\chi^2=2.296$	$\chi^2=8.531^*$	$Z=-2.915^{**}$	$\chi^2=3.773$

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

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

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености Несебичности ($p=.020$) с обзиром на радни однос очева младих из функционалних породица (Табела 4.10.8.5.). Млади из функционалних породица чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на димензији Несебичности. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.049$), Поверења у људе ($p=.009$), Фрустрационе толеранције ($p=.004$) и Несебичности ($p=.009$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица. Млади из дисфункционалних породица чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на наведеним димензијама психичке зрелости. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Поверења у људе ($p=.003$), Фрустрационе толеранције ($p=.005$) и Несебичности ($p=.007$) с обзиром на радни однос очева младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чији су очеви запослени, у поређењу са младима чији су очеви незапослени, постижу веће рангове на наведеним димензијама психичке зрелости.

Табела 4.10.8.5. Разлике у степену изражености димензија психичке, латентне, зрелости с обзиром на радни однос оца младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	Z= -1.453	Z= -1.970*	Z= -1.779	Z= -.398
Поверење у људе	Z= -.688	Z= -2.603**	Z= -2.954**	Z= -.483
Сарадња са људима	Z= -1.254	Z= -1.103	Z= -.950	Z= -.456
Фрустрациона толеранција	Z= -.747	Z= -2.882**	Z= -2.802**	Z= -.569
Несебичност	Z= -2.319*	Z= -2.608**	Z= -2.683**	Z= -1.327
Оријентација ка будућности	Z= -.451	Z= -.568	Z= -.097	Z= -.018

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

Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.002$), Поверења у људе ($p=.033$), Фрустрационе толеранције ($p=.000$) и Несебичности ($p=.015$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица (Табела 4.10.8.6.). Млади из дисфункционалних породица чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости, Поверења у људе, Фрустрационе толеранције и Несебичности. Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.025$), Поверења у људе ($p=.037$) и Фрустрационе толеранције ($p=.000$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости, Поверења у људе и Фрустрационе толеранције. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.032$), Фрустрационе толеранције ($p=.042$) и Несебичности ($p=.035$) с обзиром на радни однос мајки младих из дисфункционалних породица са насиљем. Млади из дисфункционалних породица са насиљем, чије су мајке запослене, у поређењу са младима чије су мајке незапослене, постижу веће рангове на димензијама Латентне зрелости, Поверења у људе и Фрустрационе толеранције.

Табела 4.10.8.6. Разлике у степену изражености димензија психичке, латентне, зрелости с обзиром на радни однос мајке младих (Mann-Whitney U)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	Z= -1.126	Z= -3.026**	Z= -2.239*	Z= -2.142*
Поверење у људе	Z= -.766	Z= -2.137*	Z= -2.085*	Z= -.081
Сарадња са људима	Z= -.124	Z= -1.509	Z= -.533	Z= -1.889
Фрустрациона толеранција	Z= -.267	Z= -4.380**	Z= -4.140**	Z= -2.031*
Несебичност	Z= -1.173	Z= -2.427*	Z= -1.420	Z= -2.113*
Оријентација ка будућности	Z= -1.330	Z= -1.708	Z= -1.254	Z= -1.242

Z - Mann-Whitney U statistik, ** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Утврђене су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.005$), Поверења у људе ($p=.000$) и Фрустрационе толеранције ($p=.002$) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица, при чему највише просечне рангове на наведеним димензијама имају млади који своје материјално стање процењују просечним (Табела 4.10.8.7.). Млади из дисфункционалних породица који процењују материјално стање просечним, у поређењу са младима који га процењују лошим, имају више просечне рангове на димензијама Латентне зрелости, Поверења у људе и Фрустрационе толеранције. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.001$), Поверења у људе ($p=.000$), Фрустрационе толеранције ($p=.004$) и Оријентације ка будућности ($p=.028$) с обзиром на материјално стање родитеља младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом, при чему највише просечне рангове на наведеним димензијама имају млади који своје материјално стање процењују просечним.

Табела 4.10.8.7. Разлике у степену изражености димензија, психичке, латентне, зрелости с обзиром на материјално стање родитеља младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$\chi^2=.085$	$\chi^2=10.767^{**}$	$\chi^2=13.299^{**}$	$\chi^2=2.770$
Поверење у људе	$\chi^2=.011$	$\chi^2=27.717^{**}$	$\chi^2=32.900^{**}$	$\chi^2=.423$
Сарадња са људима	$\chi^2=.455$	$\chi^2=1.983$	$\chi^2=.908$	$\chi^2=2.648$
Фрустрациона толеранција	$\chi^2=2.651$	$\chi^2=12.540^{**}$	$\chi^2=11.177^{**}$	$\chi^2=3.930$
Несебичност	$\chi^2=1.153$	$\chi^2=2.441$	$\chi^2=3.515$	$\chi^2=.851$
Оријентација ка будућности	$\chi^2=3.573$	$\chi^2=3.645$	$\chi^2=3.515^*$	$\chi^2=1.191$

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

Добијене су статистички значајне разлике у изражености димензија Латентне зрелости ($p=.037$), Поверења у људе ($p=.037$), Сарадње са људима ($p=.006$) и Несебичности ($p=.018$) с обзиром на ред рођења младих из функционалних породица (Табела 4.10.8.8.). Другорођени млади из функционалних породица, у поређењу са прворођенима, имају виши просечни ранг на димензији Поверења у људе. Резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Психичке зрелости ($p=.039$), Поверења у људе ($p=.002$), Сарадње са људима ($p=.004$) и Оријентације ка будућности ($p=.005$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица. Добијени резултати су показали статистички значајне разлике у изражености димензија Психичке зрелости ($p=.001$), Поверења у људе ($p=.005$), Сарадње са људима

($p=.003$), Фрустрационе толеранције ($p=.028$) и Оријентације ка будућности ($p=.001$) с обзиром на ред рођења младих из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом. Прворођени млади из дисфункционалних породица и дисфункционалних породица са алкохолизмом, у поређењу са другорођеним имају виши просечни ранг на димензији Сарадње са људима.

Табела 4.10.8.8. Разлике у степену изражености димензија психичке, латентне, зрелости с обзиром на ред рођења младих (Kruskal-Vallis test)

Варијабле	Врста породице			
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ПА	Дис.п./Н
Латентна зрелост	$\chi^2=8.504^*$	$\chi^2=10.085^*$	$\chi^2=19.539^{**}$	$\chi^2=4.133$
Поверење у људе	$\chi^2=8.491^*$	$\chi^2=16.436^{**}$	$\chi^2=14.997^{**}$	$\chi^2=6.778$
Сарадња са људима	$\chi^2=12.473^{**}$	$\chi^2=15.285^{**}$	$\chi^2=16.248^{**}$	$\chi^2=3.564$
Фрустрациона толеранција	$\chi^2=3.162$	$\chi^2=8.066$	$\chi^2=10.839^*$	$\chi^2=2.921$
Несебичност	$\chi^2=10.074^*$	$\chi^2=1.697$	$\chi^2=8.689$	$\chi^2=5.266$
Оријентација ка будућности	$\chi^2=7.347$	$\chi^2=14.732^{**}$	$\chi^2=19.236^{**}$	$\chi^2=.795$

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

4. 11. ПОВЕЗАНОСТ РАЗВИЈЕНОСТИ ИНТЕЛЕКТУАЛНИХ СПОСОБНОСТИ И СТЕПЕНА ПОСТИГНУТЕ ЛАТЕНТНЕ ЗРЕЛОСТИ МЛАДИХ ИЗ ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Анализа је рађена на узорку младих из дисфункционалних породица.

Млади из дисфункционалних породица са вишим нивоом интелектуалних способности имају виши ниво развијене зрелости, у односу на младе са нижим интелектуалним способностима из истих породица. Повезаност развоја опште способности и постигнуте латентне зрелости је значајна и висока ($p = .000$, $\eta^2 = .610$). Млади из породица са насиљем и алкохолизмом, са категоријом просечне интелигенције, развијају просечну вредност на Скали латентне зрелости 12.15, што одговара категорији 2 или преминацији незрелог понашања, за разлику од младих из истог узорка са изнад просечном интелигенцијом, који развијају латентну зрелост 14.27 или категорију 3 – зрело понашање са повременим регресијама. У категорији просечне опште интелигенције, млади из породица са насиљем и алкохолизмом, развијају у просеку преминацију незрелог понашања, за разлику од младих са изнад просечном интелигенцијом, који развијају зрело понашање са повременим регресијама. Највећи број младих из породица са насиљем који развијају незрело понашање има просечну интелигенцију, за разлику од младих са изнад просечним способностима,

који развијају преминацију зрелог понашања. У подзорку младих из породица са алкохолизмом, зрело понашање развијају млади са просечном и изнад просечном интелигенцијом (Табела 4.11., Табела 4.11. 1.).

Табела 4.11. Разлика у зрелости младих из дисфункционалних породица. породица са насиљем и алкохолизмом. с обзиром на интелектуалне способности

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

[†]Student-ов t-тест, ** p ≤ 0.01

Табела 4.11.1. Повезаност развоја латентне зрелости и интелектуалних способности младих из дисфункционалних породица. породица са насиљем и алкохолизмом

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

$\chi^2 = 229.119$, $df = 8$, $p = 0.000^{**}$, $c = 0.610^{\dagger}$

χ^2 Chi-square, ** p ≤ 0.01, [†] Contingency Coefficient

4.12. СТАВ ПРЕМА УПОТРЕБИ АЛКОХОЛА МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

Повезаност става према употреби алкохола младих и припадности функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, је значајна, средње јачине ($p = .000$, $c = 0.31$). Млади из функционалних породица имају значајно негативнији став према употреби алкохола, у односу на став младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, код којих две трећине понекад или често употребљава алкохол. Често коришћење алкохола (2-3%) присутно је код младих из дисфункционалних породица. У поузорку младих из породица са алкохолом трећина младих има изразито негативан став према употреби алкохола, али и две трећине позитиван став. Две трећине младих из породица са насиљем имају позитиван став и петина изразито негативан став према употреби алкохола (Табела 4.12.).

Табела 4.12. Став према употреби алкохола младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Став према употреби алкохола	Врста породице n(%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./Л	Дис.п./Н	
Никад	150 (62.5%)	45 (30.6%)	38 (33.61%)	7 (20.6%)	195 (50.4%)
Често	0 (.0%)	3 (2.1%)	2 (1.8%)	1 (2.9%)	3 (.8%)
Понекад	90 (37.5%)	99 (67.7%)	73 (64.6%)	26 (76.5%)	189 (48.3%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 42.022, df = 4, p = 0.000^{**}, c = 0.31^{\dagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

Став младих према опијању из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, се значајно разликује ($p = 0.000$, $c = 0.31$). Половина младих из дисфункционалних породица пије до опијања. Најпозитивнији став према опијању имају млади из породица са насиљем. Половина младих из породица са алкохолизмом има позитиван став према опијању (Табела 4.12.1).

Табела 4.12.1. Опијање младих из функционалних и дисфункционалних породица. породица са насиљем и алкохолизмом

Опијање	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
алкохолом					
Никад	205 (85.4%)	65 (44.2%)	54 (47.8%)	11 (32.4%)	270 (69.8%)
Често	35 (14.6%)	82 (55.8%)	59 (52.2%)	23 (67.6%)	117 (30.2%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 76.313, df = 2, p = 0.000^{**}, c = 0.41^{\dagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

Разлика између младих из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, у броју опијања је значајна. Млади из функционалних породица су се у просеку опили од 1-2 пута, за разлику од младих из породица са насиљем, који су се у просеку опили 4-5 пута. Највећи број опијања је присутан код младих из породица са леченим алкохолизмом, просечно 4-7 пута. *Post Hoc Tests*-ом је утврђено да се млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, значајно више опијају, у односу на младе из функционалних породица (Табела 4.12.2., Табела 4.12.3.).

Табела 4.12.2. Број опијања младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Варијабла	Врста породице	АС±СД	F [†]	df	p
Број опијања	Функционална	1.57±.558	16.390	2.114	.000 ^{**}
	Дисфункционална - насиље	4.61±4.076			
	Дисфункционална – лечени алкохолизам	4.86±2.974			

† One-way ANOVA, $^{**} p \leq 0.01$

Табела 4.12.3. Појединачне разлике у броју опијања младих из функционалних и дисфункционалних породица. са насиљем и алкохолизмом

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

† Post Hoc Test, $^{**} p \leq 0.01$

Најнегативнији став према пијењу у будућности имају млади из функционалних породица, у односу на младе из породица са насиљем и алкохолизмом. Највећи број младих који нема одређени став према пијењу у животу је из породица са насиљем,

приближно трећина. Повезаност припадности породице и става према пијењу у будућности је значајна, средње јачине ($p = 0.000$, $c = 0.31$) (Табела 4.12.4.).

Табела 4.12.4. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према употреби алкохола у будућности

Став према употреби алкохола у будућности	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Ди.п./ЛА	Дис.п./Н	
Не	133 (55.4%)	60 (40.8%)	51 (45.1%)	9 (26.5%)	193 (49.9%)
Да	0 (.0%)	1 (.7%)	0 (.0%)	1 (2.9%)	1 (.3%)
Можда	10 (4.2%)	28 (19.1%)	18 (15.9%)	10 (29.4%)	38 (9.8%)
Да, али нећу бити алкохоличар	97 (40.4%)	58 (39.4%)	44 (38.9%)	14 (41.2%)	155 (40.1%)
Укупно	240	147	113	34	387

$$\chi^2 = 41.556, df = 6, p = 0.000^{**}, c = 0.31^{\dagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.13. СТАВ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА. ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ, ПРЕМА УПОТРЕБИ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

4.13. 1. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, према употреби дрога

Млади из дисфункционалних породица имају значајно позитивнији став према употреби дрога, у односу на младе из породица са насиљем и алкохолизмом ($p = 0.005$, $c = 0.16$), иако је повезаност ниска. Највећи број младих са позитивним ставом према употреби дрога је из породица са насиљем, приближно 3%, од којих је до сада 11% пробало неку врсту дрога, или је у првој фази настанка наркоманије, експериментисање са дрогама (Табела 4.13.1.1., Табела 4.13.1.2).

Табела 4.13.1.1. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом. према употреби дрога

Став према коришћењу дрога	Врста породице				Укупно
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Не	240 (100.0%)	146 (99.3%)	113 (100.0%)	33 (97.1%)	387 (99.7%)
Повремено	0 (.0%)	1 (.7%)	0 (.0%)	1 (2.9%)	1 (.3%)
Укупно	240	142	113	34	387

$$\chi^2 = 10.409, df = 2, p = 0.005^{***}, c = 0.16^{\dagger}$$

χ^2 Chi-square, $^{***} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

Табела 4.13.1.2. Искуство са дрогама младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Искуство са дрогама	Врста породице				Укупно
	n (%)				
	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Пробање дроге	2 (.8%)	10 (6.8%)	6 (5.3%)	4 (11.8%)	12 (3.1%)
Укупно	240	147	113	34	387

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

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

Добијени подаци показују да млади експериментишу, пробају више различитих супстанци. Дрога коју су највише пробали млади из дисфункционалних и функционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом је марихуана, потом екстази, хероин и друге дроге. Од укупно дванаесторо младих који су пробали дрогу, њих једанаест је пробало марихуану (Табела 4.13.1.3.).

Табела 4.13.1.3. Врста дроге коју су пробали млади из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

Варијабла	Врста породице				Укупно
	n				
Врста дроге	Фун. п.	Дисф. п.	Дис.п./ЛА	Дис.п./Н	
Марихуана	2	9	6	3	11
Остале дроге	0	1	0	1	1
Укупно	2	10	6	4	12

$\chi^2 = 2.182$, $df = 2$, $p = 0.336^{**}$, $c = 0.382^{\dagger}$

χ^2 Chi-square, $^{**} p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.13.2. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом према пушењу цигарета (никотинизам)

Између става према редовном пушењу дувана младих и припадности функционалној или дисфункционалној породици, породици са насиљем и алкохолизмом, постоји статистички значајна повезаност, средње јачине ($p = .000$, $c = .387$). Приближно трећина младих из породица са насиљем и алкохолизмом зависна је од употребе цигарета, у поређењу са незнатним бројем редовних пушача младих из функционалних породица. Број младих који повремено пуше цигарете је значајно већи код младих из дисфункционалних породица ($p = .000$, $c = .441$) (Табела 4.13.2.1.).

Табела 4.13.2.1. Став младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом према пушењу цигарета (никотинизам)

Став према пушењу цигарета	Врста породице n (%)				Укупно
	Фун. n.	Дисф. n.	Дис.н./ЛА	Дис.н./Н	
Повремено пушење	16 (6.7%)	22 (15.0%)	17 (15.1%)	5 (14.7%)	60 (389.8%)
Редовно пушење	2 (.8%)	40 (27.2%)	30 (26.5%)	10 (29.4%)	42 (10.9%)
Укупно	240	147	113	34	387

χ^2 Chi-square, ** $p \leq 0.01$, † Contingency Coefficient

4.14. СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

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

Резултати показују да се групе у истраживању статистички значајно разликују у погледу свих испитиваних особина личности, осим у односу на димензију Епсилон из теста КОН-а 6 (Табела 4.14.1., Табела 4.14.2. налазе се у Прилогу 1 и 2.).

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

У Табели 4.14.3. приказане су својствене вредности. проценат од међугрупне варијансе који отпада на дату својствену вредност, тј. проценат укупне дискриминационе моћи скупа варијабли који отпада на дате дискриминационе функције, каноничке корелације и резултати тестирања значајности дискриминационих функција, каноничких корелација, помоћу *Bartlett-овог Chi-square* теста.

Табела 4.14.3. Каноничке дискриминационе функције

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

** $p \leq 0.01$

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

нкционалних породица статистички значајно разликују. Између субпопулацијске припадности, млади из функционалних породица, млади из дисфункционалних породица са присутним насиљем и лечени алкохолизам, са једне стране и скупа особина личности узетих заједно са друге стране постоји повезаност у популацији.

У Табели 4.14.4. приказане су дискриминантне функције настале на основу стандардизованих резултата на изворним особинама.

Табела 4.14.4. Стандардизовани коефицијенти каноничких дискриминационих функција

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

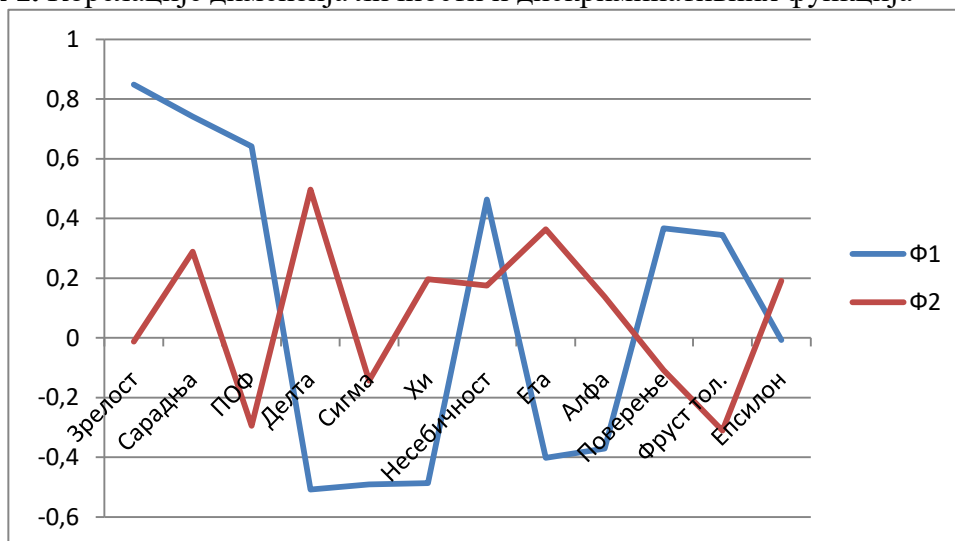
У Табели 4.14.5. су приказане унутар групне корелације између дискриминационих варијабли и стандардизованих каноничких дискриминационих функција поређаних по величини. Звездицом су обележени апсолутне највеће корелације између сваке варијабле и било које дискриминационе функције.

Табела 4.14.5. Матрица структуре дискриминативних функција

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

** $p \leq 0.01$

График 1. Корелације димензија личности и дискриминативних функција



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

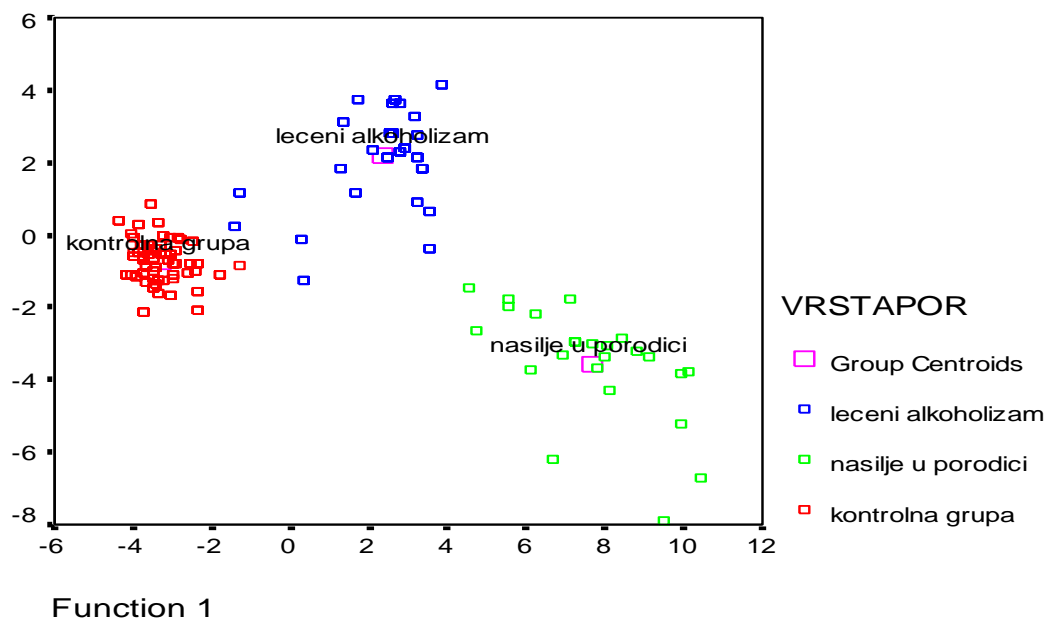
Другу дискриминациону функцију граде висока делта, средње изражена ета, ниска фрустрациона толеранција и ниска оријентација ка будућности.

Графички приказ дискриминативних група (*График 1*), показује да је структура личности младих из функционалних породица и породица са насиљем ближа функцији један, односно два, док је структура младих из породица са алкохолизмом између тих центроида.

У *Табели 4.14.6.* приказани су групни центроиди. Просек контролне групе на првој добијеној функцији позитиван, већи, тако да можемо закључити да младе из функционалних породица генерално одликују: високо развијена латентна зрелост, изграђени лични идентитет, прихватање себе и других реално, сарадња са људима и оријентација ка будућности, потреба за личним и каријерним развојем у успехом; ниска делта (дисоцијативне реакције), сигма (агресивност), хи (психосоматске реакције), несебичност, ета (социјална незрелост) и алфа (анксиозне реакције). Овај сложај особина граде и средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција, способност подношења лишавања материјалних и психолошких потреба.

На другој добијеној функцији највећи просек имају млади из продица са насиљем, што указује да њих одликују висока делта, неразвијеност Система за координацију регулативних функција, која се изражава дисоцијативним и дезорганизационим реакцијама; средње изражена ета, способност адаптације, прихватање социјалних норми понашања; ниска фрустрациона толеранција и ниска оријентација ка будућности, непланирање и страх од будућности.

Графикон 2. Групни центроиди поузорака у односу на добијене функције



Табела 4.14.6. Групни центроиди

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

У Табели 4.14.3. приказани су резултати каноничке корелације. Квалитет прве дискриминативне функције је, судећи по висини каноничке корелације (0.748) и по резултатима класификације, је веома добар. Квалитет друге дискриминативне функције са коефицијентом каноничке корелације од 0.347 је лошији.

На основу добијених резултата класификације (Табела 4.14.7.) може се закључити да 92.5% младих из функционалних породица, 61.8% младих из породица са присутним

насиљем и 60.2% младих из породица лечених алкохоличара је класификовано тачно. Добијени резултати нам сугеришу да постоје специфични профил личности младих у породицама са насиљем и породицама лечених алкохоличара.

Табела 4.14.7. Резултати класификације

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

Применом једнофакторске униваријантне анализе варијансе са дискриминативним функцијама као зависнима варијаблама, добијена је статистички значајна разлика ($p \leq 0.01$) између подузорака у односу на обе дискриминативне функције (Табела 4.14.8.).

Табела 4.14.8. Резултати *One-way ANOVA*

Функција	F	df	p
1	243.812 [†]	2.384	.000 ^{**}
2	26.224 [†]	2.384	.000 ^{**}

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

Фишеров тест најмањих квадрираних разлика показује да млади из функционалних породица имају виши просек на првој функцији, од обе групе младих из дисфункционалних породица. Такође, млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом имају израженији профил са прве дискриминативне функције, у односу на младе из породица где је присутно насиље. На другој функцији група младих из функционалних породица се значајно разликује од младих из породица лечених алкохоличара, док млади из породица са насиљем се статистички значајно ($p \leq 0.01$) разликују од младих из функционалних породица и младих из породица лечених алкохоличара (Табела 4.14.9.).

Табела 4.14.9. Резултати Фишеровог ЛСД теста

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

** $p \leq 0.01$

4.15. ПОВЕЗАНОСТ ПОРОДИЧНОГ ФУНКЦИОНИСАЊА И ПСИХОСОЦИЈАЛНОГ РАЗВОЈА МЛАДИХ ИЗ ФУНКЦИОНАЛНИХ И ДИСФУНКЦИОНАЛНИХ ПОРОДИЦА, ПОРОДИЦА СА НАСИЉЕМ И АЛКОХОЛИЗМОМ

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

0 = функционална и 1 = дисфункционална са леченим алкохолизмом и

0 = функционална и 1 = дисфункционална са насиљем.

4.15. 1. Породични алкохолизам као предиктор у психосоцијалном развоју младих

С обзиром да насиље и алкохолизам имају одређене значајне разлике у функционисању, резултати линеарне регресивне анализе су приказани у одвојеним табелама.

Подаци добијени линеарном регресивном анализом показују да је породични алкохолизам значајни предиктор за поремећаје у функционисању породичног система, где је највиша, значајна повезаност ($\beta=.771$, $p = .000$), са поремећајима у брачној дијади и бригом младих за породичне односе ($\beta=.863$, $p = .000$). Поремећаји у субсистему родитеља и изражени страх за односе у породици високо су повезани са развојем: латентне зрелости ($\beta=.664$), сарадње са људима ($\beta=.622$), оправданим изостајањем са наставе ($\beta=-.622$) и потребом за стручном помоћи психолога или психијатра ($\beta=-.578$).

Значајна ($p = .000$), средње јачине, је добијена повезаност између породичног алкохолизма и породичног функционисања: материјалног стања породице, кажњавања младих од стране мајке, психичких сметњи оца и затворености породичног система, који утичу на психичко функционисање младих: интелектуални развој, проблеме пажње и памћења, школско постигнуће, неоправдано изостајање са часова, ноћне страхове, зависност од алкохола и дувана (Табела 4.15.1., Прилог 3, Слика 1).

Слика 1. Утицај породичног алкохолизма на психосоцијални развој младих



4.15.2. *Породично насиље као предиктор у психосоцијалном развоју младих*

Породично насиље је значајни предиктор за поремећаје у функционисању породице и: поремећаја у брачној дијади ($\beta = -.958$, $p = .000$), кохезивности ($\beta = .605$, $p = .000$) и не/запослености оца ($\beta = .618$, $p = .000$). Поремећаји породичног функционисања изазвани насиљем су значајно и високо повезани са психичним функционисањем младих: бригом за породичне односе ($\beta = -.968$), ноћним страховима ($\beta = -.873$), потребом за стручном помоћи ($\beta = -.8739$), сарадњом са људима ($\beta = .523$), оријентацијом ка будућности ($\beta = .669$), латентном зрелошћу ($\beta = .618$), психосоматским реакцијама ($\beta = -.509$), дисоцијативним реакцијама ($\beta = -.591$), оправданим изостајањем из школе ($\beta = .618$), неоправданим изостајањем ($\beta = -.824$), поремећајима памћења ($\beta = -.541$), ноћним страховима ($\beta = -.722$), бежањем од куће ($\beta = -.569$), кршењем правила и кажњавањем у школи ($\beta = -.569$), сукобима са вршњацима ($\beta = -.460$). Средња, значајна, повезаност породичног насиља је добијена са: психичким сметњама оца, фрустрационом толеранцијом, поверењем у људе, несебичношћу, анксиозним реакцијама, агресивношћу, социјалном адаптацијом, интелектуалним развојем, проблемима пажње, енурезом и зависношћу од алкохола (*Табела 4.15.2.*, налази се у *Прилогу 4, Слика 2*).

Слика 2. Утицај породичног насиља на психосоцијални развој младих



4.15.3. Утицај функционалне породице на психосоцијални развој младих

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

Млади из функционалних породица ће развити вишу латентну зрелост, сарадњу, са људима, фрустрациону толеранцију, поверење, несебичност, оријентацију ка будућности, интелектуално функционисање и бољи успех у школи. Дисфункционална породица ће код младих развити више вредности на Регулатору органских реакција (психосоматске реакције), Регулатору реакција одбране (анксиозност), Регулатору реакција напада (агресивност), Систему за координацију регулативних функција (дисоцијативне реакције), Систему за интеграцију регулативних функција (социјабилност), као особина личности и утицаће на оправдано и неоправдано изостање из школе, као понашање (Табела 4.15.3. налази се у Прилогу 5).

4.16. Приказ нормалности дистрибуције и поређење социо-демографских параметара између врста породица

Пре анализе података, у складу са планом истраживања, проверена је нормалност дистрибуције социодемографских параметара, преко Колмогоров-Смирновог теста за тестирање нормалности дистрибуције.

На основу резултата Колмогоров-Смирнов теста, примећује се да дистрибуција скорова испитаника на свим социо-демографским варијаблама статистички значајно одступа од нормалне (Табела 4.16.1.). Због утврђеног одступања од нормалне расподеле скорова на свим варијаблама коришћен је непараметријски χ^2 тест за испитивање разлика.

Табела 4.16.1. Приказ нормалност дистрибуција социо-демографских варијабли

Варијабле	Kolmogorov-Smirnov Z	p	N
Пол	7.037	.000**	387
Стручна спрема оца	6.320	.000**	387
Стручна спрема мајке	6.983	.000**	387
Радни однос оца	10.317	.000**	387
Радни однос мајке	10.184	.000**	387
Материјално стање родитеља	8.469	.000**	387
Ред рођености	4.745	.000**	267

** $p \leq 0.01$

Није нађена статистички значајна разлика између врста породица у односу на пол, али је утврђена у односу на стручну спрему родитеља, радни однос родитеља, материјално стање родитеља и ред рођености (Табела 4.16.2.). Код испитаника из функционалних

породица је највећи број очева са вишом школом и високим образовањем, док је у обе врсте дисфункционалних породица највећи број очева са средњом стручном спремом. У свим врстама породице, највећи број мајки је са средњом стручном спремом. Већина родитеља из свих врста породице је запослено и процењује своје материјално стање просечним. Највећи број испитаника из функционалних породица и дисфункционалних породица са насиљем је другорођено дете, док је највећи број испитаника из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом прворођено дете.

Табела 4.16.2. Поређење социо-демографских варијабли између функционалних породица, дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом и дисфункционалних породица са насиљем

Социо-демографски параметри	Статистика: χ^2 test
Пол	p=.098 <i>Cramer's V</i> =.109
Стручна спрема оца	p=.000** <i>Cramer's V</i> =.321
Стручна спрема мајке	p=.000** <i>Cramer's V</i> =.247
Радни однос оца	p=.000** <i>Cramer's V</i> =.470
Радни однос мајке	p=.020* <i>Cramer's V</i> =.142
Материјално стање родитеља	p=.000** <i>Cramer's V</i> =.357
Ред рођености	p=.000** <i>Cramer's V</i> =.219

χ^2 Chi-square. ** p ≤ 0.01, * p ≤ 0.05

5. ДИСКУСИЈА

Карактеристике функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом

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

Испитивањем социодемографских одлика породица утврђено је да дисфункционалне породице одликује значајно нижи ниво образовног статуса родитеља, код којих преовлађује средња стручна спрема, нарочито код мајки из породица са насиљем, за разлику од функционалних, где више од половине родитеља има високу и вишу стручну спрему. Нижи образовни статус родитеља из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, значајно је повезан са већом незапосленošћу родитеља и лошим материјалним стањем породица. Неиспуњавање материјалне улоге породице у обезбеђивању задовољавања органских и психолошких потреба њених чланова повезано је са незадовољавањем мотива за материјалном и психолошком сигурношћу њених субсистема. Значајна неспособност задовољавања мотива сигурности, материјалне и психолошке чланова породице, пронађена је у породицама са насиљем у којима је код приближно једне половине присутана незапосленост родитеља и лоше материјално стање. Изузетно добро материјално стање је двоструко више присутно у функционалним породицама, у односу на дисфункционалне породице, породицама са насиљем и алкохолизмом. Бројна истраживања указују да проблеми одрастања у раном детињству изазивају проблеме у адолесценцији или зрелом добу. Фактори ризика за дечји развој су мултифакторски, имају кумулативно дејство и индивидуалне одлике. Аутори наглашавају значај социодемографских одлика породице (14%), породичну дисфункционалност (12%) и више истовремених узрока (9%). Највише негативних утицаја на развој младих имају емоционалне тешкоће у породичном функционисању и проблеми ауторитета (170).

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

Поремећаји емоционалних односа су значајно израженији у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне

породице. Највеће незадовољство због неизражавања љубави родитеља према деци је присутно код младих из породица са насиљем. Квалитет емоционалних односа мајке и деце се значајно не разликује у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом. Дисфункционалност породице, изазване насиљем и алкохолизмом, не оштећује емоционалну повезаност мајке и деце, јер је највећи број младих из ових породица задовољан изражавањем љубави мајке у њиховом детињству (171). Измењени емоционални односи у дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, повезани су са структуралним променама породице. Дисфункционалност породица, изазвана насиљем и алкохолизмом, значајно ремети емоционалне односе у субсистему деце (sibling-односи), који су оптерећени негативним емоцијама, нарочито љубомором, у поређењу са функционалним породицама. Најприсутнији поремећаји емоционалних односа између браће и сестара су у породицама са насиљем. Поремећаји емоционалних односа у субсистему деце значајно су повезани са доживљајем неједнаког изражавања љубави мајке према деци (171, 172). Половина младих из дисфункционалних породица са насиљем изражава незадовољство због неједнаког емоционалног односа са децом, што указује на промену породичне структуре дисфункционалних породица настанком троуглава. Код петине дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, присутан је процес триангулације, савез мајке са неким од детета и неједнаки емоционални однос са сваким дететом, у поређењу са двоструко мањим бројем породичних троуглова код функционалних породица. Најизраженија промена структуре породичних односа, стварањем породичних троуглова, присутна је код породицама са насиљем. Триангулација може искључити оца из савеза мајке и деце или укључивањем детета у родитељску дијаду, чиме она прераста у тријаду (20, 21). Поремећаји емоционалних односа у дисфункционалним породицама изражавају се и значајно већим кажњавањем деце од стране родитеља у породицама са насиљем и алкохолизмом. Велики број младих из породица са насиљем има изражени страх од оца (173). Различитост у испољавању емоционалне тоpline, као стила родитељског понашања, повезано је са интернализованим и екстернализованим проблемима код деце и младих (174). Квалитет емоционалних односа у дисфункционалним породицама, са алкохолизмом и насиљем, највише је оштећен у односима између супружника или брачној дијади. Односе у брачној дијади дисфункционалних породица одликује присуство различитих облика насиља и проблема комуникације, у поређењу са односима у брачној дијади функционалних породица (175). Више од половине дисфункционалних породица, са насиљем и

алкохолизмом, одликује поре-мећај емоционалних односа између супружника у облику вербалног (57.1%), физичког насиља (23.8%) и прекида комуникације (8.2%). Код две трећине породица са насиљем изражено је и физичко и вербално насиље, док је вербално насиље најприсутније у породицама са леченим алкохолизмом (66, 176).

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

Структуралне и динамичке промене породичних дисфункционалних система, са насиљем и алкохолизмом, значајно утичу на већу забринутост младих за породичне односе, у односу на забринутост младих у функционалним породицама. Сви млади из породица са насиљем имају изражену бригу за породичне односе и преко осамдесет посто младих из породица са алкохолизмом. Повећана анксиозност и породична оријентација на одржавање целовитости породичног система, упркос поремећеним односима у субсистемима, праћена је триангулацијом, умрежавањем мајке и деце или супрасистема ради остваривања породичних улога (22, 177). Дисфункционалност очеве у обављању родитељских улога у породицама са насиљем и алкохолизмом, повезана је са укључивањем других система у њено функционисање. Породице са насиљем и алкохолизмом одликује и недовољно испуњавање очеве улоге у образовању своје деце (178). У дисфункционалним породицама, отац препушта улогу образовања деце супруги или другим члановима уже и шире породице. Половина мајки има искључиву улогу у образовању деце у дисфункционалним породицама. Старији брат или сестра највише преузимају улогу образовања деце и младих од родитеља у породицама са насиљем. Незаинтересованост родитеља за образовање своје деце је најприсутније у породицама са насиљем. Истраживањем је установљена и значајна разлика у дистрибуцији ауторитета функционалних и дисфункционалних породица. Улога одлучивања у функционалним и дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом се значајно различито остварује. У функционалним породицама је доминантно заједничко одлучивање оба родитеља. Улогу одлучивања у

дисфункционалним породицама, преузима мајка, у петини породица. У породицама са леченим алкохолизмом, је поред заједничког одлучивања, најприсутније одлучивање мајке и деце, што указује да је и промена улоге одлучивања узрок појаве триангулације у дисфункционалним породицама. У породицама са насиљем најприсутнији облик одлучивања је искључиво улога мајке. Приближно код једне десетине дисфункционалних породица са алкохолизмом изражен је потпуни прекид комуникације и договора у одлучивању између чланова породице. Поремећаји у комуникацији дисфункционалних система повезани су са немогућношћу учења комуникационих вештина и вештина решавања проблема младих (179). Дисфункционалност породица са насиљем и алкохолизмом праћена је поремећајима комуникације са другим системима затварањем својих граница. Затвореност граница породичног система је значајно присутнија у дисфункционалним, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице. У функционалним породицама две трећине породица има отворене границе свог система за дружење са другим породицама, за разлику од дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, код којих се две трећине породица затвара за комуникацију са другим системима. Социјална изолација породице и недостатак друштвене подршке појачава негативне утицаје породичне дисфункционалности, отежану диференцијацију личности и утиче на трансгенерацијско преношење дисфункционалних облика понашања (180).

Изражени проблеми у брачној дијади, присуство насиља и неостваривање родитељских улога повезани су са напуштањем породице од стране мајке у породицама са насиљем и алкохолизмом. Дисконтинуирана одвојеност деце од мајке је значајно присутнија у дисфункционалним породицама, породицама са насиљем и алкохолизмом, у односу на функционалне породице. Дисфункционалност породичног система је повезана са повременим напуштањем деце од стране мајке код трећине породица са насиљем и алкохолизмом. У породицама са алкохолизмом је најприсутније одвајање деце од мајке, у временском периоду од неколико недеља, а у породицама са насиљем од неколико дана до неколико месеци. Најчешћи разлози за повремено одвајање деце од мајке у дисфункционалним породицама су економске природе и органска болест. У породицама са насиљем, код трећине жена/супруга, због физичког и вербалног насиља, телесног повређивања и изложености хроничном, негативном стресу, најчешћи разлог одвајања од деце је њена органска болест. Одвајање деце или младих од родитеља је повезано са сепарационом анксиозношћу, ниским самопоштовањем, депресијом,

моторном инхибицијом, хиперактивношћу, недостатком пажње и импулсивношћу. Недостатак емоционалне везаности и објекталног односа са родитељима доводи до: психопатолошких проблема, агресије, соматоформних поремећаја, проблема у комуникацији и ниског школског постигнућа младих (181). Дисконтинуирана одвојеност деце од родитеља води ка емоционалним проблемима, анксиозности, селективном мутизму, проблемима пажње и инхибиционом понашању (182). Одрастање младих у породицама са насиљем и алкохолизмом значајно је повезано са тешкоћама у психосоцијалном функционисању, због чега је код њих повећана потреба за пружањем стручне помоћи психолога и психијатра. Приближно код деведесет посто младих из породица са насиљем утврђена је потреба за саветодавним и психотерапијским радом психолога ради успостављања хомеостазе у сопственом систему или остваривања саморегулације и нормалног функционисања личности (183). Функционалне и дисфункционалне породице, породице са насиљем и алкохолизмом, се значајно разликују у присуству породичне патологије. У породицама са алкохолизмом и насиљем, четвртина очева има неку врсту психичких сметњи, знатно више од присуства психопатологије мајки (6%). Породични криминалитет, као облик породичне социјалне патологије, најприсутнији је у породицама са насиљем (9%), што указује на присуство асоцијалног или антисоцијалног поремећаја личности родитеља (46, 90).

Породичне димензије кохезивност и адаптабилност

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, праћена је променама у породичним димензијама: кохезивности, адаптабилности и комуникацији. Истраживањем је утврђена значајна разлика у породичној димензији кохезивност дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у односу на кохезивност функционалних породица. У породицама са насиљем и алкохолизмом смањује се блискост, топлина, осећање заједништва, у поређењу са вредностима димензије кохезивности у функционалним породицама. Добијена просечна вредност димензије кохезивности у функционалним породицама је за категорију виша (висока), у поређењу са нивоом развоја кохезивности у дисфункционалним породицама (развијена). Најмања кохезивност између чланова породице утврђена је у породицама са насиљем, у односу на породице са алкохолизмом и функционалним породицама. Високо развијена кохезивност је најприсутнија у функционалним породицама, а најмање у породицама са насиљем. У породицама са леченим алкохолизмом је високо

развијена кохезивност двоструко већа у односу на породице са насиљем. Изражена фрустрираност младих из дисфункционалних породица, због недовољне или неједнко изражене љубави према деци, поремећени односи у брачној дијади и између деце, утичу на перцепцију младих о породичној блискости, заједништву или кохезивности. Породичну кохезивност различито процењују родитељи, у односу на своју децу. За процену кохезивности породице важна комуникација и степен љубави који дете прима у породици (184).

Функционалне и дисфункционалне породице, породице са насиљем и алкохолизмом, значајно се разликују у димензији адаптабилност, способностима породице за: структурирањем и извршавањем породичних улога, променама, решавањем проблема, прилагођавањем, постављањем норми понашања (185). Димензија адаптабилност је најмање изражена у породицама са насиљем. У функционалним породицама је најприсутнија адаптабилност категорије развијена - структурирана, а најмање висока. Код приближно половине породица са насиљем је присутна најмање развијена категорија адаптабилности - умерена (186). Бројна истраживања доказују да је једна од значајних одлика дисфункционалних породица њена неспособност да задовољи потребе својих чланова, шире друштвене заједнице, решава конфликти и стресне ситуације кроз отворену комуникацију, флексибилност и способност за промене и повезаност са другим породицама и социјалним системима (11-14).

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

Успех и проблеми у учењу

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

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, повезана је са значајно нижим школским постигнућем младих, у односу на школско постигнуће младих из функционалних породица. Просечани успех младих из функционалних породица је јако врло добар; врло добар успех код младих из породица са леченим алкохолизмом и добар код младих из породица са насиљем. Најбољи, одлични, општи успех у школи, постигло је више од половине младих из функционалних породица, а најмање млади из породица са насиљем. Највећи број недовољних ученика, једна

петина, је присутна у породицама са леченим алкохолизмом. Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, значајно више оправдано и неоправдано изостају из школе, у односу на младе из функционалних породица. Највише оправданих и неоправданих изостанака из школе имају млади из породица са насиљем, просечно више од десет дана. Велики број неоправданих изостанака младих из дисфункционалних породица представља основу за изрицање васпитно-дисциплинских мера. Добијени подаци о значајно нижем школском постигнућу младих из дисфункционалних породица представљају последицу недостатка когнитивних подстицаја коју добијају у својој породици због: незаинтересованости очева за остваривање улоге образовања код своје деце, честих одвајања од мајке, препуштања улоге одлучивања другим породичним субсистемима или супрасистемима, лоше материјалне ситуације, изражене психопатологије родитеља, смањене кохезивности, отежане комуникације и недовољне адаптабилности/флексибилности породичног система. Породична дисфункционалност доводи до сиромашних школских постигнућа, због ниже опште друштвене и интелектуалне стимулације, недостатка утицаја медија: ТВ, интернета, музике, ниже физичке активности, зависности од супстанци и емоционалних проблема младих (90,134).

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

Висока будност нервног система (arousal) и дугогодишња изложеност стресу води ка смањеној будности, проблемима у учењу и екстернализованим симптомима (187).

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

Истраживањем је утврђена значајна разлика конативног функционисања младих из дисфункционалних породица, са алкохолизмом и насиљем, у односу на конативно функционисање младих из функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, имају израженије вредности у испитиваним конативним димензијама: Регулатору органских функција (Хи-димензија - психосоматских реакција), Регулатору реакција одбране (димензија-анксиозност), Регулатору реакција напада (димензија- агресивност-неагресивност), Систему за координацију регулативних функција (дисоцијативне реакције) и Систему за интеграцију регулативних функција (димензија-асоцијалност-социјална адаптација), осим у Регулатору активитета (димензија-екстраверзија-интроверзија), поређењу са конативним функционисањем младих из функционалних породица. Највеће промене у конативном функционисању младих добијене су у подзорку младих из породица са насиљем, у поређењу са конативним функционисањем младих из породица са леченим алкохолизмом и функционалних породица. Млади из дисфункционалних породица са леченим алкохолизмом имају израженије конативне димензије, у поређењу са конативним димензијама младих из функционалних породица. У конативним димензијама регулатора органских, психосоматских реакција, систему за координацију регулативних функција, дисоцијативним реакцијама и систему за интеграцију регулативних функција, социјалној не/адаптираности, млади из породица са насиљем имају израженије промене, у односу на младе из породица са алкохолизмом. Димензија реакција одбране, анксиозне реакције, је израженија код младих из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкохолизмом, док значајних разлика између ових група младих нема у димензији реакција напада или агресивним реакцијама (188).

Према Кибернетичком моделу димензија личности, целокупно психолошко функционисање одређују шест хијерархијских конативних димензија личности, когнитивни и моторни систем. Поремећаји нижих регулативних функција, регулатора реакција органских, одбрамбених и регулатора напада, утичу на отежано функционисање виших система за координацију и интеграцију регулативних функција (17, 167). Конативно функционисање младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и

алкоголизмом, значајно се разликује у хијерархијски нижим и вишим димензијама: регулатору одбране, напада, органских реакција, системима за координацију и интеграцију регулативних функција, осим у најниже постављеном енергетском регулатору активитета.

Иако истраживање није установило значајне разлике у функционисању регулатора активитета, најниже хијерархијски лоцираног система који регулише енергетски ниво свих осталих система, укључујући когнитивне и моторичке процесоре, категорија патолошког функционисања ове димензије је израженија код младих из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкохолизмом и функционалних породица. Патолошко функционисање регулатора активитета води ка абуличним, депресивним и хипоманичним реакцијама (87, 93, 189, 190). С обзиром да ниво активитета одређује брзину протока информација у централном нервном систему, ти поремећаји утичу на ефикасност когнитивних и моторичких процеса. Изражени проблеми у когнитивном функционисању младих из породица са насиљем су повезани са значајно најнижим школским постигнућима и израженим проблемима у учењу. Добијени подаци су у складу са резултатима других студија у којима млади из породица са насиљем имају последице у менталном здрављу: психолошке, социјалне и академске тешкоће у остваривању школских задатака (98). Поремећаји породичне кохезије, преко проблема самоконтроле и саморегулације, повезани су са статистички значајним разликама у функционисању хијерархијски виших конативних димензија, регулаторима одбране/анксиозне и напада/агресивне и органских/психосоматским реакцијама, младих из дисфункционалних породица, у односу на младе из функционалних породица (191). Више од половине младих из породица са насиљем и алкохолизмом има испод просечно и патолошко функционисање регулатора органских функција (хи), одговорног за центре органских функција. У неповољним условима код ове групе испитаника из дисфункционалних породица, нарочито код младих из породица са насиљем, поремећаји овог регулатора могу изазвати функционалне поремећаје основних органских система (кардиоваскуларни, респираторни, урогенитални, сензорни, моторни) и контроле биолошких процеса, и тиме секундарно формирати хипохондријски реакциони систем и настанак психосоматских болести (18, 96, 192). Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом имају значајније изражене реакције одбране, анксиозне и трауматске симптоме, у односу на младе из функционалних породица (72). Категорија патолошког функционисања конативне димензије одбране, патолошка анксиозност, присутна је код четвртине младих из

породица са алкохолизмом и насиљем. Поремећаји функционисања регулатора одбрамбених реакција/алфа доводе до симптома анксиозности, која ствара основу за патолошке реакције као што су: фобичност, опсесивност, компулсивност, сензорна и емоционална преосетљивост, пострауматски стресни поремећај (122, 193). Дисфункција димензије регулатора одбрамбених реакција, у спрези са дисфункцијом регулатора активитета, може изазвати појаву психопатологије у будућности, депресивне модалитете и психастеничност (194). У спрези са дисфункцијама система за координацију регулативних функција, дисоцијативне реакције, дисфункција регулатора реакција одбране изазива теже депресивне, опсесивне и компулсивне реакције, док је неуротицизам последица дисфункција регулатора одбране и органских реакција (195, 196). Карактеристике дисфункционалне комуникације у породицама са насиљем укључује ниже степене вербалне експресије и емоционалних реакција, нижу толеранцију на критику и њихово интимно тумачење, које повећава анксиозност и повећавање разлога за насиље (197). Реакције регулатора напада (сигма) или агресивне реакције значајно су израженије код младих из дисфункционалних породица, у односу на агресивност младих из функционалних породица. Због енергетског потенцијала нужног за реализацију агресије, Кибернетички модел предпоставља значајну везу између регулатора напада и регулатора активитета. Поремећаји регулатора напада огледају се у различито моделираним агресивним реакцијама и слабој контроли непосредних импулса. Патолошке вредности на конативној димензији агресивних реакција утврђене су код петине младих изложених породичном насиљу и алкохолизму. У неповољном развоју, код ове групе младих повећане агресивне реакције могу изазвати низ екстернализованих симптома: импулсивност, деструктивност, поремећаје у понашању, делинквентност (110, 198). Агресивне реакције младих из дисфункционалних породица повезују се са менталним здрављем мајке, недостатком мајчине љубави, топлине, физичким кажњавањем деце. Опажање и искуство физичког насиља и злостављања у породичним односима између њених чланова утиче на појаву агресије, копирање агресије у будућности и ризик за трансгенерацијско преношење дисфункционалног понашања, екстернализованих поремећаја у понашању, односно насиља (199, 200, 201).

Дисфункција нижих конативних регулатора младих из породица са насиљем и алкохолизмом, психосоматских, анксиозних и агресивних реакција, повезана је са значајним поремећајима функционисања надређеног система за координацију регулативних функција (делта), у односу на младе из функционалних породица (202).

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

Поремећаји хијерархијски нижих конативних димензија младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, доводе до значајних разлика у функционисању највишег система за интеграцију регулативних функција, ета, у односу на младе из функционалних породица. Систем за интеграцију регулативних функција интегрише конативне промене под видом структуре психолошког поља, а посебно под видом социјалног поља и промена у том пољу. Због тога се скуп програма који одређује функције овог система претежно формира у току васпитног процеса, условљавањем и идентификацијом. Патолошко функционисање система за интеграцију регулативних функција израженије је код младих из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом. Трећина младих из породица са насиљем има патолошко функционисање система за интеграцију регулативних функција. Неповољни развој патолошког функционисања система за интеграцију повезан је са социјалном дезадаптацијом, нижим нивоом социјалне зрелости и екстернализованим симптомима. Изложеност породичној дисфункционалности изазваној насиљем и алкохолизмом, у спрези са родитељском психопатологијом и ниском саморегулацијом младих, утиче на антисоцијално понашање, алкохолну зависност, агресију, непријатељске реакције и трансгенерацијско преношење насиља и алкохолизма, (81, 110, 197, 204, 205).

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

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, значајно утиче на интелектуални развој младих. Истраживањем је утврђена значајна разлика у степену развијености опште интелигенције младих из функционалних и дисфункционалних породица. Просечна вредност опште интелигенције је $IQ=112$, изражено категоријама, нешто изнад просека, за разлику од просечне вредности младих из дисфункционалних

породица, IQ=103, што представља горњу границу просека. Највећи број младих из функционалних породица има изнад просечну интелигенцију, у односу на младе из дисфункционалних породица, код којих више од половине има просечну интелигенцију. Код петине младих из функционалних породица добијена је категорија високе интелигенције, која није регистрована у подзорку младих из дисфункционалних породица. Значајне разлике у развоју опште интелигенције између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нису потврђене (133). Добијени подаци су у складу са истраживањима у којима млади из дисфункционалних породица постижу ниже резултате на тестовима који мере когнитивне и вербалне вештине, способности апстраховања, концептуалног резоновања и решавања проблема. Ниже интелектуалне способности младих из дисфункционалних породица повезују се са недостатком срединске стимулације, незаинтересованошћу родитеља за образовање деце и смањеним когнитивним способностима родитеља. Сиромашни речник, недостатак способности да искажу своје мисли, стални неуспеси у постизању академских циљева, страх од не-успеха и школе, потреба за додатном помоћи у учењу представљају најзначајније одлике младих из дисфункционалних породица (134, 206).

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

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

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

флеш епизоде, отежана комуникација и недостатак блискости са родитељима повезани су са појавом поремећаја психосоцијалног развоја (208).

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

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, повезана је већим бројем поремећаја у понашању младих. Млади изложени породичном насиљу и алкохолизму значајно више напуштају своје породице, имају већи број покушаја самоубиства, више крше правила у школи и друштву, због чега су чешће кажњавани.

Половина младих из породица са насиљем и четвртина младих из породица са алкохолизмом је због изражених лакших и тежих престапа у непоштовању школских правила кажњавана. Трећина младих из породица са насиљем је, једном или више пута, бегала од куће. Десетина младих из дисфункционалних породица је једном или више пута покушало самоубиство (209). Поремећени односи између родитеља и деце, нижа кохезивност, емоционална усамљеност, несигурност у социјалним вештинама изазивају општу неадекватност, бежање од проблема и реалности напуштањем сопствених домова или покушајима самоубиства (47, 97, 98). Лоше материјално стање у дисфункционалним породицама, склоност да се у комуникацији испољава неконтролисана, појачавају самоубиства младих у тим породицама (210).

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

Породична дисфункционалност, изазвана насиљем и алкохолизмом, је значајно повезана са успореним развојем психичке зрелости младих из тих породица, у односу на степен развоја психичке зрелости младих из функционалних породица. Ниво оствареног развоја психичке зрелости младих из функционалних породица је за једну категорију виши, у односу на постигнуту зрелост младих из дисфункционалних породица и породица са алкохолизмом, и за две категорије развијенији од зрелости младих из породица са насиљем. Највећи број младих из функционалних породица остварују, у просеку, преминацију зрелог понашања, или категорију 4, за разлику од просечне зрелости младих из дисфункционалних породица који остварују психичку зрелост категорије између 2 и 3, што одговара преминацији незрелог понашања. Млади из породица са алкохолизмом имају просечну категорију латентне зрелости 3 или зрело понашање са повременим регресијама. Најниже просечне вредности на Скали латентне зрелости добијене су у поузorkу младих из породица са насиљем – 2 или преминацију незрелог понашања. Две трећина младих из функционалних

породица у свом психичком развоју достижу ниво преминације зрелог понашања и изразито зрело понашање. Само 1.3% младих из функционалних породица има преминацију незрелог понашања. Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, у највећем броју развија незрело и зрело понашање са повременим регресијама. У подзорку младих из дисфункционалних породица није регистрован развој изразито зрелог понашања. Изразито незрело понашање је најприсутније у подзорку младих из породица са насиљем. Половина младих из породица са насиљем има преминацију незрело понашање и само 8.8% њих постиже преминацију зрелог понашања. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија зрело понашање са повременим регресијама и преминацију незрелог понашања. У подзорку младих из алкохоличарских породица само 8.8% развија преминацију зрелог понашања.

Млади из дисфункционалних породица са вишим нивоом интелектуалних способности имају виши ниво развијене зрелости, у односу на младе са нижим интелектуалним способностима из истих породица. Повезаност развоја опште интелектуалне способности и постигнуте латентне зрелости је значајна и висока. У подзорку младих из породица са насиљем и алкохолизмом, у категорији просечне интелигенције, развијају просечну вредност на Скали латентне зрелости преминацију незрелог понашања, за разлику од младих из истог узорка са изнад просечном интелигенцијом, који развијају зрело понашање са повременим регресијама. Највећи број младих из породица са насиљем који развијају незрело понашање има просечну интелигенцију, за разлику од младих са изнад просечним способностима који развијају преминацију зрелог понашања. У подзорку младих из породица са алкохолизмом зрело понашање развијају млади са просечном и изнад просечном интелигенцијом. Изражене сметње у димензијама конативног функционисања младих из дисфункционалних породица ометају развој особина зрелости. Добијени подаци указују да 46% младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, није успело да постигне одређени степен равнотеже између идентитета и интегритета, у односу на своје вршњаке који нису одрастали уз очеве алкохоличаре и насилнике. Породични алкохолизам и насиље успоравају развојне процесе, који успостављају својства идентитета, скуп свих особина које одликују једну особу и омета уједињујуће тенденције, претежно социјалног порекла, које имају за циљ да разуђени идентитет сведу у друштвено прихватљиве оквире. Претерано разуђени идентитет младих из породица са насиљем и алкохолизмом води ка

социјалној изолацији и настанку проблема у социјализацији личности. Породични алкохолизам и насиље доводе до стварања незреле личности, врсту незрелости коју *Хрњица* (167) назива „незрелост неразвијене личности“. Осећање невољености, непостојање блискости са родитељима ствара несигурност, емоционалну нестабилност, поремећај идентификационих и интеграционих процеса. Овај тип незрелости има своје појавне облике у антисоцијалном понашању (алкохолизам, делинквенција, скитња, психопатије) и неуротско понашање (бекство од реалности).

Повезаност интелектуалног, емоционалног и социјалног аспекта зрелости се изражава значајном везом између интелектуалних способности и латентне зрелости. Укупна зрелост личности се састоји из три дела: интелектуалне (развијеност нижих и виших сазнајних процеса, критичност, самокритичност, развијеност интересовања), социјалне (поштовање и уважавање мишљења других људи, спремност за помагање и прихватање радних обавеза) и емоционалне: прилагођавање групи, сигурност у односима са другима и способност за самоконтролу. Што је интелектуални развој младе особе већи он изазива и већи емоционални и социјални развој. Повећане анксиозне, агресивне и дисоцијативне реакције младих из дисфункционалних породица стварају ирационалне импулсе који отежавају стицање искуства кроз реалистичну комуникацију са средином и онемогућавају учење из свог и туђег искуства, предвиђање понашања, формирање идеала. На овај начин анксиозне, агресивне и дисоцијативне реакције ометају изражавање когнитивних способности у анализи постојећег искуства и развој особине зрелости - симболизације искуства. Виши степен интелектуалне зрелости младих из дисфункционалних породица доводи до развијеније психичке зрелости (89, 211).

Централна особина, значајна за стварање слике о себи или идентитет личности и најпоузданија мера за разликовање личног и социјалног идентитета, представља алоцентризам. Изражава се тачном проценом других људи, њихових потреба, особина, правилном комуникацијом и емоционалном топлином. Млади из породица са насиљем и алкохолизмом имају сметње у системима за координацију и интеграцију регулативних функција, тако да се уместо алоцентризма развија њена супротност егоцентризам, где се у когнитивним, емоционалним и социјалним реакцијама узима сопствена личност као мерило и изражава према људима кроз нетолеранцију, себичност и непоштовање. Трећа особина зрелости степен интеграције личности младих из алкохоличарских и породица са насиљем снижен је због изражених сметњи у свим димензијама конативног функцио-нусања, осим активитета које ова особина повезује.

Ова особина означава унутрашњу организацију вредности, особина, мотива, слику о себи и њихову контролу. Степен инегрисаности личности садржи диференцијацију између делова личности и контролу над постигнутом диференцијацијом тј. интеграционе процесе (212). У Кибернетичком моделу димензија личности ова особина се налази на највишем месту у хијерархији као систем за интеграцију регулативних функција. Ниски степен инегрисаности не омогућава успешно коришћење когнитивних способности, стварање реалне слике о себи и добре односе са људима. Проблеми социјализације младих из дисфункционалних поро-дица, са насиљем и алкохолизмом, израженији су у прихватању правила понашања у школи у друштвеним односима. Изражене когнитивне сметње у функционисању пажње, учења и памћења младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, снижавају способности мишљења и интелигенције у тачној процени ситуације које пре-дстављају основу особине зрелости - повећана стабилност. Развој аутономије, особине зрелости, зависи од развијености когнитивних способности, слике о себи, стабилног система вредности и позитивног искуства са другима. Изражава се кроз могућност при-мене стеченог знања у новим ситуацијама и отпор према притиску других према којима се има наклоност или ненаклоност. Млади из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, немају изражену сарадњу са другим људима, поверење у људе, несеби-чност, имају негативно искуство у породици због испољавања веће агресивности између чланова породице, што негативно утиче на развој аутономије (213).

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

Млади из дисфункционалних породица имају значајно ниже вредности на свим суб-скалама Скале латентне зрелости: Повеење у људе, Сарадња са људима, Фрустрациона толеранција, Несеби-чност и Оријентација ка будућности. Статистички значајних разлика у развијености сарадње, несеби-чности и поверења у људе између младих из породица са насиљем и алкохолизмом нема. Резултати истраживања показују да је повезаност одрастања у породици са насиљем и развој психичке зрелости значајнија, у

односу на повезаност породица са алкохолизмом и психичког сазревања. Млади из породица са насиљем имају значано ниже просечне вредности у димензијама зрелости: фрустрационој толеранцији, оријентацији ка будућности и постигнутој психичкој, латентној, зрелости, у односу на младе из породица са леченим алкохолизмом (215). Породично насиље активно утиче на бихевиоралне и когнитивне одговоре и психосоцијалну прилагођеност. Симптоми стреса, одвајање од родитеља, квалитет односа дете-родитељ, појава екстернализованих и интернализованих симптома условљавају дечји одговор и способности социјалног прилагођавања деце или младих (81, 216).

Зрелост се изражава кроз димензију сарадње са људима, могућностима одговарајућих реакција у остваривању заједничких активности и помагању другим људима. У функционалним породицама више од половине младих развија натпросечну и изражену сарадњу са људима. Млади из дисфункционалних породица највише развијају просечну и испод просечну сарадњу са људима. У подузорку младих из дисфункционалних породица није развијена категорија изражене сарадње са људима. Најмање развијена сарадња са људима, једна четвртина, је код младих из породица са насиљем. Смањена сарадња са људима младих из породица са насиљем и алкохолизмом је последица смањеног интегритета личности. Нижи степен повезаности између вредности, особина, појмова о себи и мотива смањује контролу над постигнутом диференцијацијом и број контаката са другима (167). Млади из дисфункционалних породица имају снижену фрустрациону толеранцију или повећану осетљивост на губитке материјалне и психолошке, у односу на младе из дисфункционалних породица. Млади из породица са насиљем и алкохолизмом немају развијену натпросечну и изражену фрустрациону толеранцију. Најнижу фрустрациону толеранцију развијају млади из породица са насиљем, нешто више од половине подузорка. Млади из породица алкохоличара имају изражене депресивне симптоме, ниско самопоштовање и ниску отпорност на стрес, што све заједно води ка емоционалним и психичким проблемима (217). Одрастање у дисфункционалним породицама, са насиљем и алкохолизмом, смањује поверење у људе и могућност да се тражи помоћ или заједничко планирање активности, у поређењу са младима из функционалних породица. Највећи број младих из функционалних породица имају исподпросечно и просечно развијено поверење у људе. Млади из дисфункционалних породица, приближно половина, имају мало поверења у људе. Најмање поверења у људе развијају млади из породица са насиљем, у односу на младе из породица са алкохолизмом и функционалних породица. Љутња и негативне емоције младих из дисфункционалних породица, са насиљем, изазивају неповерење и сарадњу

са другим људима (218). Снижена сарадња и поверење у људе праћено је смањеном потребом за помагањем другим људима код младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, у поређењу са особинама и потребама младих из функционалних породица. Најмања несебичност према људима присутна је код младих из породица са насиљем, где је трећина младих са ниско развијеном потребом за пружањем помоћи другима. Највећи број младих из породица са алкохолизмом развија просечну и испод просечну несебичност. Однос према будућности младих из функционалних породица се разликује од односа младих из дисфункционалних породица. У породицама са насиљем и алкохолизмом млади имају мање планова за будућност, више песимизма и страха, него млади из функционалних породица. Преко деведесет посто младих из функционалних породица окренуто је ка будућности, јер има изражену потребу за личним развојем, усавршавањем и напредовањем. Зрелост омогућава младима да планирају свој напредак у послу, породици и развијају своју личност и потенцијале. Однос према будућности, нада и вера да може бити боље у породичном и пословном животу, значајно зависи од добрих односа са људима и сарадње, подношења неуспеха, поверења у људе и несебичности. Млади из дисфункционалних породица имају изражену просечну усмереност ка планирању и напредовањем у будућности. У поузорку младих из породица са насиљем је мањи број неразвијене потребе за планирањем, у односу на младе из породица са алкохолизмом. Отежани емоционални, конативни и интелектуални развој младих из дисфункционалних породица, заједно са проблемима у учењу и нижим школским постигнућима и оствареном психичком зрелошћу, изазивају незаинтересованост и страх од будућности (47, 167, 214). Депресивни симптоми, проблеми спавања, немогућност контроле понашања младих из породица са алкохолизмом утичу на лошу способност предвиђања и планирања будућности (119, 219, 220).

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

Истраживањем је утврђена значајна повезаност између дисфункционалности породице, изазване насиљем и алкохолизмом, и позитивног става младих према употреби алкохола. Млади из функционалних породица имају значајно негативнији став према употреби алкохола, у односу на став младих из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, код којих две трећине понекад или често употребљава алкохол. Често коришћење алкохола (2-3%) присутно је код младих из дисфункционалних породица. У поузорку младих из породица са алкохомом трећина

младих има изразито негативан став према употреби алкохола, али и две трећине позитиван став, што указује на трансгенерацијско преношење алкохолизма, као модела понашања. Највећи број младих из породица са насиљем има позитиван став према употреби алкохола, приближно 80%, и петина изразито негативан став према употреби алкохола. Породична дисфункционалност, изазвана алкохолизмом, изложеност дуготрајном дистресу, праћена је повећаном преосетљивошћу, љутњом, ниским самопоштовањем и стварањем позитивног става према употреби алкохола (221). Ставови младих према опијању и броју досадашњег опијања из функционалних и дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом, се значајно разликују. Половина младих из дисфункционалних породица пије до опијања. Најпозитивнији став према опијању имају млади из породица са насиљем, код којих се 67% често опија. Половина младих из породица са алкохолизмом има позитиван став према опијању.

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

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

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

стање у дисфункционалним породицама, формира код младих дисфункционалне ставове, неразвијене социјалне вештине и зависност од супстанци (227).

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

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

Дисфункционални породични системи, изазвани насиљем и алкохолизмом, повезани су са специфичним начином прилагођавања младих у психосоцијалном развоју и настанком особина личности које граде субтип, значајно различит, у односу на скуп особина младих из функционалних породица.

Упоређивањем специфичних особина младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом, утврђене су две статистички значајне функције које разликују два субтипа личности. Добијени резултати сугеришу структуралне разлике младих из функционалних и дисфункционалних породица, породица са насиљем и алкохолизмом. На првој дискриминативној функцији тачно је класификовано 92.5% младих из функционалних породица, док 61.8% младих из породица са присутним насиљем и 60.2% младих из породица лечених алкохоличара одликују димензије из друге дискриминативне функције. Младе из функционалних породица одликују: високо развијена латентна зрелост, изграђени лични идентитет и интегритет, прихватање себе и других реално, сарадња са људима и оријентација ка будућности или потреба за личним и каријерним развојем и успехом; средње изражено поверење у људе и фрустрациона толеранција, способност подношења лишавања материјалних и психолошких потреба и ниско изражене дисоцијативне, агресивне, анксиозне и психосоматске реакције, несебичност и социјална незрелост. Специфичне одлике младих из породица са насиљем и алкохолизмом су: високо изражене дисоцијативне и дезорганизационе реакције, као последице неразвијеног Система за координацију регулативних функција, средње развијени хијерархијски највише постављени Систем за интеграцију регулативних функција или степен остварене социјализације личности, способности адаптације, прихватања социјалних норми понашања, ниска

фрустрациона толеранција, непланирање, незаинтересованост и страх од будућности. Особине друге дискриминативне функције значајно су најизраженије код младих из породица са насиљем. По овој дискриминативној функцији млади из породица са насиљем се значајно разликују од младих из породица са алкохолизмом. Млади из функционалних породица се значајно разликују по особинама друге дискриминативне функције од младих из породица са алкохолизмом. Добијени подаци су у складу са досадашњим истраживањима, која највеће развојне тешкоће младих из дисфункционалних породица одређују као склоп емоционалних и бихевиоралних тешкоћа у постизању самоконтроле, развоја самосвести, идеалног ја и личног идентитета, у оквиру опште психичке зрелости (155, 156). Ова студија потврђује налазе аутора да је структура личности младих из породица са алкохолизмом између структуре младих из функционалних и породица са насиљем, код којих су добијене најизраженије сметње и психосоцијалном развоју личности. У поређењу са клиничким сликама депресије и граничним поремећајем личности (borderline), према *Shapiro* (229), деца алкохоличара се налазе на средини између клиничке и нормативне групе. Исти аутор истиче да деца алкохоличара, због наглашеног доживљаја стреса, имају тешкоће у стварању селф-концепта, самосвести, успостављању односа са значајним особама и мање контролишу тежину (89.5%). Изложеност дуготрајном јаком стресу младих из породица са насиљем изазива дечју трауму, пострауматски поремећај и дисоцијативне реакције. Међутим, постоји и реверзибилна спрега, дисоцијативне реакције доводе до насиља и преношења насиља на следеће генерације (230). Развојна психопатологија младих из породица са насиљем представља другачији начин прилагођавања на дисфункционалност породице и њених субсистема. Унутрашња и социјална дисфункционалност, дисхронизација, воде ка стварању хаотичног понашања у школском животу, ниско академско самопоштовање и постигнуће. С друге стране, дисхронизација води ка стварању психопатолошких, интернализованих и екстернализованих симптома. Антисоцијално понашање повећава ризик за настанак алкохолне и других облика зависности (231, 232, 233). Вишеструко поремећени емоционални односи у дисфункционалним породицама у брачној дијади и слабљење кохезивности између свих субсистема доводи до високог степена алекситимије, тешкоће у идентификовању емоција. Алекситимија је, према *de Haan*-у (233), медијатор између породичне дисфункционалности и зависности од супстанци. Свеобухватност испитивања психосоцијалног развоја младих из породица са насиљем и алкохолизмом и добијени специфични профили младих из функционалних и дисфу-

нкционалних породица потврђују потребу неких истраживача за стварањем концепта „деце ризика“, на основу кога је могуће предвидети и спречити емоционалне, интелектуалне и социјалне проблеме и развој психопатолошких симптома у младалачком и зрелом добу (159).

ОГРАНИЧЕЊА

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

Иако је истраживање обухватило велики број породичних и психичких варијабли, остале су неке неукључене варијабле (психичка или психијатријска процена родитеља из дисфункционалних породица са насиљем и алкохолизмом, дужина и јачина изложености породичној дисфункционалности, изазваној насиљем и алкохолизмом, дужина лечења алкохолизма или пријављеног насиља), које могу бити предмет других студија.

6. ЗАКЉУЧАК

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

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

Породично насиље у развоју младих предвиђа: изражену бригу за породичне односе, ноћне страхове, енурезу, потребу за стручном помоћи, нижу сарадњу са људима, смањену оријентацију ка будућности и постигнуту латентну зрелост, изражене

психосоматске, анксиозне, агресивне и дисоцијативне реакције, веће изостајање из школе, наглашене поремећаје пажње и памћења, бежање од куће, кршење правила и кажњавање у школи, сукобе са вршњацима, снижену фрустрациону толеранцију, неповерење у људе, себичност, социјалну неадаптацију, отежани интелектуални развој и зависност од алкохола. Медијатори између функционисања породичног система са насиљем и психосоцијалног развоја личности младих су: психичке сметње оца, поремећени односи у брачној дијади, снижена кохезивност и незапосленост оца.

Функционална породица је предиктор за развијенију: психичку зрелост младих, сарадњу са људима, фрустрациону толеранцију, поверење у људе, несебичност, оријентацију ка будућности, интелектуално функционисање и бољи успех у школи.

Одрастање у дисфункционалним породицама са насиљем и алкохолизмом праћено, непрестаним излагањима негативним, стресним и трауматским искуствима, повезано је са појачаним дисоцијативним, психосоматским, реакцијама напада и одбране, смањеним способностима интегративних функција, отежаном социјализацијом и проблемима у понашању.

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

Предлог ментално-хигијенских мера

- ✓ *Изборити се са родитељском психопатологијом, нарочито депресијом, анксиозношћу и посттрауматским поремећајима мајке која утиче на саморегулацију, интернализоване, екстернализоване симптоме и неадаптирано понашање;*
- ✓ *Обезбедити социјалну подршку, нарочито вршњака и школе;*
- ✓ *Саветодавни и психотерапијски рад требали би бити мултиmodalни и комбиновани (индивидуални, групни, породични, интервентни и континуирани);*





✓ *Циљеви саветодавног и терапијског рада са младима из породица са насиљем морају укључити:*

- 1. прихватање сопствених реакција на дисфункционалност породице,*
- 2. учење препознавања или именовања негативних емоција,*
- 3. вентилацију љутње, агресије, осећања кривице, стида,*
- 4. учење социјалних вештина да се верује и сарађује са људима изван породице,*
- 5. учење интроспективних вештина-научити да се брину о себи,*
- 6. прихватање породице, остварити комуникацију са члановима породице кроз сопствену промену,*
- 7. учење неконфликтних начина решавања проблема,*
- 8. повећати интелектуалну стимулацију ученика у школи, кроз додатни, креативни рад, ради повећања диференцијације и интегративних функција личности.*

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

Закључци

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

-  Образовни статус родитеља из породица са насиљем и алкохолизмом је значајно нижи, најчешће са средњом сручном спремом (68.0%),
-  Незапосленост очева је већа у породицама са насиљем (50.0%), и алкохолизмом (21.2%),
-  Незапосленост мајки је већа у породицама са насиљем (23.5%) и алкохолизмом (18.6%),
-  Лоше материјално стање је израженије у породицама са насиљем (44.2%) и алкохолизмом (38.1%),

- ✚ Млади из породица са насиљем нису задовољни степеном изражене родитељске љубави (5.9%),
- ✚ У породицама са насиљем (38.2%) и алкохолизмом (21.2%) су израженији проблеми у субсистему браће и сестара (sibling-односи),
- ✚ Промене породичне структуре, настанак триангулације, су израженије у породицама са насиљем (47.1%) и алкохолизмом (28.3%),
- ✚ Мајке више кажњавају децу у породицама са насиљем (17.6%) и алкохолизмом (19.5%),
- ✚ Очеви више кажњавају своју децу у породицама са насиљем (17.6%) и алкохолизмом (15.9%),
- ✚ Поремећени односи у брачној дијади су израженији у породицама са насиљем (вербално насиље 32.4%, вербално и физичко 67.6%) и алкохолизмом (вербално 64.6%, вербално и физичко 10.6%, прекид комуникације 10.6%),
- ✚ Последице породичне дисфункционалности, изазване насиљем и алкохолизмом, су бројне: лоши породични односи (29.2%), лоше материјално стање (16.1%), проблеми у учењу (10.9%), психички проблеми (2.9%) и вишеструке (40.9%),
- ✚ Млади из породица са насиљем (100%) и алкохолизмом (83.2%) имају изражену бригу за породичне односе,
- ✚ Улогу образовања младих остварује: искључиво мајка у породицама са насиљем (32.4%) и алкохолизмом (45.1%), брат или сестра (11.8% и 5.3%) или сама особа у породици са насиљем (5.9%),
- ✚ Дистрибуција ауторитета у доношењу одлука у дисфункционалним породицама помера се ка преузимању одговорности са оца на мајку у породицама са насиљем (29.4%) и алкохолизмом (15.9%),
- ✚ Затрореност граница породичног система је већа код породица са насиљем (61.8%) и алкохолизмом (61.9%),
- ✚ Дисконтинуирана одвојеност мајке од деце/младих је израженија у породицама са насиљем (41.2%) и алкохолизмом (37.2%),
- ✚ Најчешћи разлози напуштања деце/младих је органска болест мајки у породицама са насиљем (35.3%) и алкохолизмом (23.0%),
- ✚ Стручну помоћ психолога и психијатра ради побољшања психичког функционисања више траже млади из породица са насиљем (88.2%) и алкохолизмом (10.6%),
- ✚ Психичке сметње мајки из дисфункционалних породица су изражене, у породицама са насиљем (5.9%) и алкохолизмом (5.3%),
- ✚ Психичке сметње очева у дисфункционалним породицама су присутније у породицама са насиљем (25.5%) и алкохолизмом (23.0%),
- ✚ Породични криминалитет је најизраженији код очева из породица са насиљем (8.8%),
- ✚ Кохезивност породице је најнижа у породицама са насиљем (АС=29.088), потом у породицама са алкохолизмом (АС=38.115) и функционалним (АС=41.050),
- ✚ Адаптабилност функционалних и дисфункционалних породица је значајно различита.

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

- ✚ Млади из дисфункционалних породица, постижу значајно нижи школски успех, породица са насиљем (АС=3.23) и алкохолизмом (3.46), у односу на младе из функционалних породица (4.33),
- ✚ Млади из дисфункционалних породица значајно више одсуствују из школе, оправдано (АС=52 часа) и неоправдано (АС=10),
- ✚ Одличних ученика је најмање у породицама са насиљем (8.8%),
- ✚ Проблеме пажње има 64,6% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Проблеми памћења су изражени код 46.9% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Незаинтересованост за школу је присутна код 34% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,
- ✚ Тешкоће у савладавању градива има 44.9% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,
- ✚ Школске страхове има 27.2% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,
- ✚ Забринутост за школске обавезе присутна је код 38.8% младих из породица са насиљем и алкохолизмом,
- ✚ Више напора (32.0%) у савладавању градива улажу млади из породица са насиљем и алкохолизмом,
- ✚ Конативно функционисање младих из дисфункционалних породица је значајно различито у свим димензијама, осим у регулатору активитета, у односу на конативно функционисање младих из функционалних породица,
- ✚ У димензији активитета, екстраверзија/интроверзија, 8,8% младих из породица са насиљем има патолошке вредности и ризик за настанак: депресивних, абучличних или хипоманичних реакција,
- ✚ 58,8% младих из породица са насиљем имају патолошко и испод просечно функционисање Регулатора органских функција или повећане психосоматске реакције и 46.9% из породица са алкохолизмом,
- ✚ Патолошко функционисање Регулатора реакција одбране, или патолошке вредности анксиозних реакција, присутно је код 23.5% младих из породица са насиљем и 25.7% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Патолошко функционисање Регулатора напада или агреивне реакције и ризик за антисоцијално понашање има 20,6% младих из породица са насиљем и 18.6% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Патолошко функционисање Система за координацију регулативних функција, или патолошке вредности дисоцијативних реакција присутне су код 23.5% младих из породица са насиљем и 16.8% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Патолошко функционисање Система за интеграцију регулативних функција и проблеми социјализације присутни су код 32.4% младих из породица са насиљем и 12.4% младих из породица са алкохолизмом,

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

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

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

- ✚ Аутодеструктивне радње, грицкање ноктију, присутно је код 32,4% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Ноћно мокрење, енуреза, присутна је код 11.76% младих из породица са насиљем и 3.5% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Хиперактивно понашање је присутно код 58.8% младих из породица са насиљем и 46.9% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Повученост је присутна код 27.7% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Муцање је присутно код 12.8% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Лагање је присутно код 67.6% младих из породица са насиљем и 34.5% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Фобије су присутне код 49.6% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Тврдоглавост је присутна код 64.6% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Сукоб са вршњацима је присутан код 29.4% младих из породица са насиљем и 8.8% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Стидљивост је присутна код 36.7% младих из дисфункционалних породица,
- ✚ Ноћни страхови су изражени код 82.4% младих из породица са насиљем и 32.7% младих из породица са алкохолизмом.

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

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

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

- ✚ Млади из дисфункционалних породица, породица са насиљем развијају психичку зрелост за две категорије нижу (предоминанција незрелог понашања) и млади из породица са алкохолизмом за једну категорију (зрело понашање са повременим регресијама), у односу на предоминанцију зрелог понашања код младих из функционалних породица,
- ✚ Млади из породица са насиљем и алкохолизмом са развијенијом интелектуалном способношћу развијају вишу психичку зрелост (изнад просечна интелигенција развија зрело понашање са повременим регресијама), у односу на младе из истих породица са нижом интелигенцијом (просечна интелигенција развија предоминанцију незрелог понашања),

- ✚ Најниже развијене димензије зрелости: сарадњу са људима, фрустрациону толеранцију, оријентацију ка будућности и несебичност имају млади из породица са насиљем,

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

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

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

- ✚ 11.8% младих из породица са насиљем и 5.3% младих из породица са алкохолизмом је пробало је неку дрогу, најчешће марихуану и екстази,
- ✚ 2.9% младих из породица са насиљем има позитиван став према упореби дрога,
- ✚ Редовно пуши цигарете 29.4% младих из породица са насиљем и 26.5% младих из породица са алкохолизмом,
- ✚ Млади из функционалних и дисфункционалних породица се значајно разликују у структури личности
- ✚ Младе из функционалних породица одликују: високо развијена латентна зрелост, сарадња са људима, оријентација ка будућности, развијен Систем за координацију регулативних функција и Систем за интеграцију регулативних функција, ниска анксиозност, агресивност и психосоматске реакције.
- ✚ Младе из дисфункционалних породица, са насиљем и алкохолизмом одликују: високо изражене дисоцијативне реакције, средња развијеност Система за интеграцију регулативних функција, ниска фрустрациона толеранција и усмереност ка будућности.

6. ЛИТЕРАТУРА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Clin Child Fam Psychol Rev 2015; 18(4): 328-45.doi: 10.1007/s10567-015-0193-7.
99. Jun HJ, Corliss HL, Boynton-Jarrett R, Spiegelman D, Austin SB, Wright RJ. Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(7): 629-35. doi: 10.1136/jech.2010.110932.
 100. Spilsbury JC, Babineau DC, Frame J, Juhas K, Rork K. Association between children's exposure to a violent event and objectively and subjectively measured sleep characteristics: a pilot longitudinal study. *J Sleep Res* 2014; 23(5): 585-94. doi: 10.1111/jsr.12162.
 101. Tairi T, Milojev P, Zilikis N. Clinical Profiles Among Greek Adolescent Suicide Attempters. *Crisis* 2018; 23:1-9. doi: 10.1027/0227-5910/a.000506.
 102. Espelage DL, Holt MK. Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. *J Adolesc Health*. 2013; 53(1 Suppl): S27-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.017.
 103. Akyazi S, Tabo A, Guveli H, İlnem MC, Oflaz S. Domestic Violence Victims in Shelters: What Do We Know About Their Mental Health? *Community Ment Health J* 2018; 54(3):361-369. doi: 10.1007/s10597-018-0240-1.
 104. De Bellis MD. The intergenerational transmission of family violence: the neurobiology of the relationship between child victimization, parental mental health and addiction. In *Trauma, Psychopathology and Violence: Causes, Correlates or Consequences?* Widom, CS, (eds.), American Psychiatric Press, Inc 2012; 79-108.
 105. Pinchevsky GM, Fagan AA, Wright EM. Victimization experiences and adolescent substance use: does the type and degree of victimization matter? 2014; 29(2): 299-319. doi: 10.1177/0886260513505150.
 106. Winstok Z. Effects of Childhood Experience of Violence Between Parents and/or Parent to Child Violence on Young Israeli Adults' Global Self Esteem. *Violence Vict* 2015; 30(4): 699-713.doi:10.1891/0886-6708.VV-D-13-00126.
 107. Bonfim CB, Dos Santos DN, Barreto ML. The association of intrafamilial violence against children with symptoms of atopic and non-atopic asthma: A cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Child Abuse Negl* 2015; 50: 244–253. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.021

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

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

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

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

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

159. Waters FC, Twaite JA. Adult children of alcoholics: personality profil. An empirical test. Washington: National Couvic on Alc; 1985.
160. Schofield TJ, Conger RD, Neppl TK. Positive parenting, beliefs about parental efficacy, and active coping: three sources of intergenerational resilience. *J Fam Psychol* 2014; 28(6): 973-8. doi: 10.1037/fam0000024
161. Melchior M, Choquet M, Le Strat Y, Hassler C, Gorwood, P. Parental alcohol dependence, socioeconomic disadvantage and alcohol and cannabis dependence among young adults in the community. *European Psychiatry* 2011; (26): 13-17.
162. Rossow I, Keating P, Felix L, Mccambridge J. Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*. 2015; 204–17.
163. Feingold A, Tiberio SS, Capaldi DM. New approaches for examining associations with latent categorical variables: applications to substance abuse and aggression. *Psychol Addict Behav* 2014; 28(1): 257–67. doi: 10.1037/a0031487
164. Gage SH, Hickman M, Heron J, Munafò MR, Lewis G, Macleod J, et al. Associations of cannabis and cigarette use with psychotic experiences at age 18: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Psychol Med* 2014; 44(16): 3435-3444. doi: 10.1017/S0033291714 000531
165. Conners K, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein J. The Revised Conners, Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998; 26(4): 257-668.
166. Olson D. Outcome Study of Alcoholic Families Polish FACES. *J Fam Ther* 2014.
167. Hrnjica S. Zrelost ličnosti. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva; 1992; 8: 145-92.
168. Potočnik-Bele Ž, Hruševar B, Tušak M. Test rezonovanja likova-TRL. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela; 1984.
169. Momirović K, Wolf B, Đžamonja Z. KON-6 Kibernetički model ličnosti. Beograd: SDPS-Centar za prmenjenu psihologiju; 2002-2015.
170. Oliver BR, Kretschmer T, Maughan B. Configurations of early risk and their association with academic, cognitive, emotional and behavioural outcomes in middle childhood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49(5): 723-32.

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

181. Bénony H, Van Der Elst D, Chahraoui K, Bénony C, Marnier JP. Link between depression and academic self-esteem in gifted children. *Encephale* 2007; 33(1): 11-20.
182. Carpenter AL, Puliafico AC, Kurtz SM, Pincus DB, Comer JS. Extending parent-child interaction therapy for early childhood internalizing problems: new advances for an overlooked population. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014; 17(4): 340-56. doi: 10.1007/s10567-014-0172-4.
183. Rounsaville D, O'Farrell TJ, Andreas JB, Murphy CM, Murphy MM. Children's exposure to parental conflict after father's treatment for alcoholism. *Addict Behav* 2014; 39(7): 1168-71. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.03.017.
184. Pye RE, Simpson LK. Family Functioning Differences Across the Deployment Cycle in British Army Families: The Perceptions of Wives and Children. *Mil Med* 2017; 182(9): e1856-e1863. doi: 10.7205/MILMED-D-16-00317.
185. Koutra K, Simos P, Triliva S, Lionis C, Vgontzas AN. Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry Res* 2016; 240: 66-75. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.017.
186. Everri M, Mancini T, Fruggeri L. The Role of Rigidity in Adaptive and Maladaptive Families Assessed by FACES IV: The Points of View of Adolescents. *J Child Fam Stud* 2016; 25(10): 2987-2997.
187. Vandewater EA, Park SE, Carey FR, Wilkinson AV. Intergenerational transfer of smoking across three generations and forty-five years. *Nicotine Tob Res* 2014; 16(1): 11-7. doi: 10.1093/ntr/ntt112.
188. Zimmerman GM, Posick C. Risk Factors for and Behavioral Consequences of Direct Versus Indirect Exposure to Violence. *Am J Public Health* 2016; 106(1): 178-88. doi: 10.2105/AJPH.2015.302920.
189. Simonović Grujić Lj. The association between conative functioning of adolescents exposed to intimate partner violence and family dimensions of cohesion and adaptability. *Vojnosanitetski pregled* 2018; 9 doi.org/ 10.2298/VSP170514009S
190. Guček NK, Selič P. Depression in Intimate Partner Violence Victims in Slovenia: A Crippling Pattern of Factors Identified in Family Practice Attendees. *nt J Environ Res Public Health* 2018; 15(2). pii: E210. doi: 10.3390/ijerph 15020210.

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

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

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

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

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

7. ПРИЛОЗИ

Прилог 1.

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

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

Прилог 2.

Табела 4.14.2. Тест једнакости групних просека

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

[†] Wilks' Lambda, ^{**} p ≤ 0.01

Прилог 3.

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

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

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

**
p ≤ 0.01

Прилог 4.

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

Варијабла	R	R ²	Прилагођени R ²	F	p	β	t -тест	p
Латентна зрелост	.618	.382	.379	167.808	.000**	.608	12.956	.000**
Сарадња	.523	.273	.271	102.327	.000**	.523	10.116	.000**
Фрустрациона толеранција	.416	.173	.170	56.890	.000**	.416	7.543	.000**
Поверење	.368	.135	.132	42.607	.000**	.368	6.527	.000**
Несебичност	.348	.121	.118	37.449	.000**	.348	6.120	.000**
Оријентација ка будућности	.669	.448	.446	220.931	.000**	.669	14.864	.000**
Хи	.509	.259	.257	95.262	.000**	-.509	-9.760	.000**
Алфа	.393	.155	.152	49.753	.000**	-.393	-7.054	.000**
Сигма	.398	.159	.156	51.299	.000**	-.359	-7.162	.000**
Делта	.591	.349	.346	148.705	.000**	-.591	-12.071	.000**
Ета	.455	.207	.204	70.922	.000**	-.455	-8.422	.000**
Кохезивност	.605	.366	.364	157.049	.000**	.605	12.532	.000**
Адаптибилност	.188	.035	.032	10.010	.002**	.188	3.164	.091
IQ количик	.357	.127	.124	39.663	.000**	.357	6.298	.000**
Успех и школи	.408	.167	.164	54.440	.000**	.408	7.378	.000**
Оправдано одеуствовање	.608	.389	.379	129.060	.000**	-.618	-11.360	.000**
Неоправдано изостајање	.824	.678	.677	367.088	.000**	-.824	-19.160	.000**
Радни однос оца	.618	.381	.379	166.484	.000**	.618	12.902	.000**
Кажњавање мајке	.360	.130	.126	40.507	.000**	-.360	-6.365	.000**

Очево кажњавање	.445	.198	.195	67.060	.000**	-.445	-8.189	.000**
Брачни проблеми	.905	.918	.918	3059.559	.000**	-.958	-55.313	.000**
Психичке сметње оца	.489	.240	.237	85.050	.000**	-.489	-9.222	.000**
Пијење алкохола	.428	.180	.180	61.089	.000**	-.428	-7.806	.000**
Проблеми пажње	.338	.114	.111	35.095	.000**	-.338	-5.924	.000**
Проблеми памћења	.541	.293	.290	112.536	.000**	-.541	-10.608	.000**
Ноћни страхови	.722	.522	.520	296.605	.000**	-.722	-17.222	.000**
Енуреза	.323	.105	.101	31.766	.000**	-.323	-5.636	.000**
Фобије	.586	.343	.340	141.944	.000**	-.586	-11.914	.000**
Брига за породичне односе	.968	.937	.936	4016.467	.000**	-.968	-63.376	.000**
Сукоб са вршњацима	.460	.212	.209	73.167	.000**	-.460	-8.554	.000**
Кажњавање због прекршаја	.592	.350	.348	146.410	.000**	-.592	-12.100	.000**
Бежање од куће	.569	.325	.321	129.954	.000**	-.569	-11.400	.000**
Помоћ стручњака	.873	.762	.762	871.847	.000**	-.873	-29.527	.000**

p ≤ 0.01

Прилог 5.

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

Варијабла	R	R ²	Прилагођени R ²	F	p	β	t-тест	p
Латентна зрелост	.684	.468	.467	338.879	.000**	-.684	18.409	.000**
Сарадња са људима	.644	.415	.413	273.072	.000**	-.644	16.525	.000**
Фрустрац. толеранција	.343	.118	.115	51.331	.000**	-.343	7.165	.000**
Поверење	.374	.140	.138	62.549	.000**	-.374	7.909	.000**
Несебичност	.465	.216	.214	106.375	.000**	-.465	10.314	.000**
Оријентација ка будућности	.566	.321	.319	181.796	.000**	-.566	13.483	.000**
Епсилон	.002	.000	-.003	.001	.976	-.002	.030	.976
Хи	.466	.217	.215	106.905	.000**	.466	10.339	.000**
Алфа	.375	.141	.139	63.171	.000**	.375	7.948	.000**
Сигма	.486	.236	.234	118.882	.000**	.486	10.903	.000**

Делта	.465	.216	.214	106.102	.000**	.465	10.301	.000**
Ета	.390	.152	.150	68.990	.000**	.390	8.306	.000**
Кохезивност	.372	.139	.136	61.975	.000**	-.372	7.872	.000**
Адаптибилност	.012	.000	-.002	.052	.820	.012	.228	.820
IQ количник интелигенције	.393	.154	.152	70.310	.000**	-.393	8.385	.000**
Успех у школи	.393	.154	.152	70.233	.000**	-.393	8.380	.000**
Оправдани изостанци	.577	.333	.331	157.052	.000**	.577	12.532	.000**
Неоправд. изостанци	.543	.295	.292	110.744	.000**	.543	10.524	.000**

**
p ≤ 0.01