

PORODIČNA (DIS)FUNKCIONALNOST I MENTALNO ZDRAVLJE – PRIKAZ ATMOSFERE, EMOCIONALNIH ODNOSA I KOMUNIKACIJSKIH OBRAZACA U PORODICAMA SHIZOFRENIH BOLESNIKA

Family (Dis)functionality and Mental Health – Review of Atmosphere, Emotional Relationships and Communicational Schemes in Schizophrenic Patients' Families

ABSTRACT This review summarizes research findings on socio-pathological aspects of life of schizophrenic patients' families. Instigated on a system theory, and socio-dynamic notion that links the commencement of the schizophrenia to economical circumstance of individual hence: inadequate function of this component is a product of personal pathology of individual. System therapy perceives family as a system as its members play particular roles and form multiple relations. Therapy observes family as a system: their members play certain roles and form multiple interactions. This disorder of the family system can be manifested through mental disturbance of one of its members: however, it is never a reflection of individual's personal pathology but troubled family relations. System theory on commencement of schizophrenia emphasizes emotional relationship, atmosphere and communication between family members. Therefore, system theory underlines the importance of troubled emotional relationships, atmosphere bearing negative notion and inadequate communication between family members. Negative family surroundings, emotional and communicational character of the schizophrenic patients' families' relations were confirmed by the research.

KEY WORDS family, family members, parents, child, schizophrenic patient, emotional relations, atmosphere, communication, adequacy.

APSTRAKT U ovom prikazu smo sumirali rezultate istraživanja sociopatoloških aspekata porodica shizofrenih bolesnika. Pošli smo od pojma sistemske teorije, te sociodinamske koncepcije o nastanku shizofrenije, koja nastanak oboljenja vezuje za materijalne uslove egzistencije pojedinca. Sistemska terapija posmatra porodicu kao sistem: njeni članovi imaju određene uloge, i stupaju u mnoštvo relacija. Poremećaj porodičnog sistema se može manifestovati preko mentalnog oboljenja jednog člana, ali nikad nije izraz lične patologije oboljelog, već poremećenih porodičnih relacija. Kod sistemske teorije o nastanku

shizofrenije akcenat je stavljen na emocionalne odnose, atmosferu i komunikaciju među članovima. Naime, sistemska teorija akcentira značaj poremećenih emocionalnih odnosa, porodične atmosfere koja nosi negativna obilježja, te neadekvatne komunikacije između članova. Naše istraživanje je potvrdilo postojanje negativnih kvaliteta emocionalnih odnosa, porodične atmosfere, te neadekvatne komunikacije u porodicama shizofrenih bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI *porodica, roditelji, dijete, shizofreni bolesnik, emocionalni odnosi, atmosfera, komunikacija, adekvatnost*

U ovom članku prezentiraćemo rezultate istraživanja sociopatoloških aspekata u porodicama shizofrenih bolesnika. Istraživanje je izvršeno od januara do juna 2004. godine na uzorku roditelja shizofrenih bolesnika, liječenih na Institutu za mentalno zdravlje, u Beogradu. Uzorak se sastojao od 40 roditelja shizofreno oboljelih i isto toliko roditelja duševno zdrave djece. Polazna teza je pronađena u okviru sistemske porodične terapije – porodica je sistem, sastavljen od članova koji obavljaju određene uloge i ulaze u međusobne odnose. Sistem koji je nefunkcionalan proizvodi pojedince koji ne mogu adekvatno obavljati ni svoje porodične uloge, ni one vanporodične. U najmanju ruku, ovakvi pojedinci su nesocijalizovani¹.

Osnovna hipoteza je da je porodična (ne)funkcionalnost, sagledavana preko emocionalnih odnosa između članova, porodične atmosfere i komunikacije unutar porodice uticala na pojavu shizofrenog oboljenja kod djece. Stoga nam je cilj bio da utvrdimo emocionalne odnose između roditelja, te roditelja i oboljelog djeteta, porodičnu atmosferu i komunikaciju između članova. Pored toga, pažnju smo posvetili i materijalnom standardu porodica oboljelih, i pronašli zanimljiva odstupanja u odnosu na porodice zdrave djece. Ove rezultate smo posmatrali u svjetlu sociodinamskih teorija, međutim, distancirali smo se od iznošenja bilo kakvih zaključaka, s obzirom da je uzorak naših ispitanika bio mali, a instrument istraživanja nedovoljan za iznošenje ovakvih zaključaka.

U ovom članku ćemo predstaviti neke od rezultata istraživanja, koji se prvenstveno tiču emocionalnih odnosa unutar porodice shizofrenih bolesnika, komunikacije i ukupne porodične atmosfere, te neke od, nesumnjivo zanimljivih nalaza koji se odnose na materijalni standard ovih porodica.

¹ Svakako, ovdje možemo postaviti pitanje da li je nesocijalizovani pojedinac ujedno i bolestan. Naime, ako je socijalizacija uvođenje pojedinaca u društveni život, pa samim time i inkorporacija normi društveno dopuštenog ponašanja, da li su oni pojedinci koji se ponašaju asocijalno ujedno i bolesni? Dejvid Kuper se ne slaže: duševna bolest se prema njegovom mišljenju, nalazi na korak od zdravlja, a samo zdravlje nije isto što i normalnost.

Neka sociodemografska obilježja porodica shizofrenih bolesnika

U ovom odjeljku prezentovaćemo najzanimljivije nalaze do kojih smo došli, a koji se tiču sociodemografskih obilježja porodica shizofrenih bolesnika. Neki od rezultata našeg istraživanja, koji se odnose na sociodemografske karakteristike porodica shizofrenih bolesnika odskaku od nalaza istraživanja Petra Milosavljevića (1974), koji se (doduše, iz ugla psihijatrije) takođe bavio porodicama shizofrenih bolesnika. Pokušaćemo ukazati na ove razlike, i ponuditi neka od mogućih tumačenja.

Starost roditelja-ispitanika

Roditelji-ispitanici shizofreno oboljele djece najviše su zastupljeni (u 37% slučajeva) u dobnoj skupini od 50–54 godine, dok su roditelji duševno zdrave djece nešto mlađi – procentualno su više zastupljeni u dobnom uzrastu od 45–49 godina (u 30% slučajeva). Takođe, isključivo majke oboljelih su zastupljene u najmlađoj predviđenoj dobnoj skupini 40-44 godine (5% slučajeva), kao i u onoj najstarijoj 60–64 godine (u 5% slučajeva). Uzev u cjelini, očevi obe grupe ispitanika su nešto stariji u odnosu na majke, dok su roditelji-ispitanici zdrave djece mlađi u odnosu na roditelje oboljelih. Ovaj nalaz je nesumnjivo zanimljiv, i različit od rezultata Milosavljevićeve studije. Naime, uzorak Milosavljevićevih ispitanika-roditelja shizofrenih bolesnika je bio stariji od uzorka roditelja zdrave djece, a ova razlika je bila statistički značajna².

Obrazovanje roditelja-ispitanika

Pokazalo se da najveći broj roditelja-ispitanika obiju grupa posjeduje srednjoškolsko obrazovanje, te da su majke kako zdrave tako i duševno bolesne djece niže obrazovane u odnosu na očeve. Ovaj nalaz se razlikuje od nalaza Milosavljevićevog istraživanja. Naime, rezultati njegove studije su pokazali da su roditelji duševno oboljele djece niže obrazovani u odnosu na roditelje zdrave, i da su ove razlike statistički značajne.

Pored toga, naša pretpostavka da su stariji roditelji-ispitanici niže obrazovani nije se pokazala, barem u slučaju roditelja shizofreno oboljelih, tačnom – roditelji, koji pripadaju najmlađoj predviđenoj dobnoj skupini (40–44 godine), osim u skupini sa osnovnim obrazovanjem, nisu zastupljeni u srednjoškolskom, višem i visokom

² Ovdje svakako, ne treba ispustiti iz vida činjenicu da je uzorak u studiji Petra Milosavljevića brojao 134 ispitanika, što značajno prevazilazi broj ispitanika u našem istraživanju.

obrazovanju (takvih je dvoje roditelja). S druge strane, među najmlađim roditeljima zdrave djece (40–44 godine), nema nijednog sa nižim obrazovanjem. Zaključak se nameće sam po sebi: zbog ranog ulaska u brak, roditelji bolesne djece (i to značajno češće majke), prekidali su dalje školovanje.

Zanimanje roditelja-ispitanika

U kategoriji zanimanja u obe grupe ispitanika najbrojniji su radnici (među roditeljima oboljelih ima 35%, ili 14, a među roditeljima zdrave djece 27,5% ili 11 radnika), dok je kategorija radno neaktivnih ispitanika (u koju smo uključili nezaposlene, penzionere i domaćice) dvostruko češće prisutna među roditeljima oboljele (u 30% slučajeva), u odnosu na roditelje zdrave djece. Zanimljivo je da su u kategoriji penzionera gotovo trostruko češće zastupljeni roditelji oboljele (u 17,5% slučajeva), u odnosu na roditelje duševno zdrave djece (u 5% slučajeva). Ovakav nalaz se daje dovesti u vezu sa nešto većom starošću roditelja oboljele djece, ali i sa njihovom potencijalnom radnom neefikasnošću, s obzirom da razlike u dobnoj uzrastu nisu značajne da bi opravdale ovaj nalaz. Očevi bolesne djece su više nego dvostruko češće nezaposleni u odnosu na majke (u uzorku postoje 3 nezaposlena oca i 1 majka), dok među očevima duševno zdrave djece nema nijednog nezaposlenog oca, već je nezaposlena samo jedna majka (da li su u pitanju veće radne sposobnosti i viša socijalna kompetencija?).

Materijalni standard porodica ispitanika

Materijalni standard u porodicama ispitanika pokušali smo procijeniti uzevši u obzir broj članova porodica ispitanika, broj članova sa stalnim prihodima (uključivši tu prihode od plate, aktivnog bavljenja poljoprivredom, penziju), (ne)mogućnost podmirivanja osnovnih potreba (ishrana, stanovanje, lijekovi) i percipiranje materijalnog standarda od strane samih ispitanika. Pošli smo od pretpostavke da će, pošto se među roditeljima shizofrenih bolesnika nalazi veći broj radno neaktivnih i nešto starijih ispitanika, koji uz sve to imaju jednog (ili više!) oboljelog člana porodice, koji ne može privređivati, materijalni standard ovih ispitanika biti daleko niži od istog, u odnosu na porodice duševno zdrave djece.

Pokazalo se da su među porodicama shizofrenih bolesnika najbrojnije one sa tri člana (takvih je 47,5%, ili 19 porodica). Uzorkom je obuhvaćena samo jedna dvočlana porodica, dok porodice sa šest članova nisu obuhvaćene uzorkom. Porodice zdrave djece su, u pogledu članstva, mnogo brojnije. Najbrojnije su porodice sa četiri člana, koje čine čak 77,5% (ili 31 porodicu od ukupno 40) porodica obuhvaćenih uzorkom. S druge strane, zanimljivo je da tročlane porodice uopšte nisu obuhvaćene uzorkom.

Pokazalo se da u najvećem broju porodica shizofrenih bolesnika, članovi imaju prihode, ali nije zanemariv ni broj onih porodica u kojima ne privređuje ni jedan član (takvih je ukupno 11 porodica, ili 27,5%, i to 9 porodica sa po tri člana!, i 2 sa po četiri). Situacija je bitno drugačija u porodicama duševno zdrave djece, među kojima nema niti jedne porodice čiji članovi nemaju lične prihode. Nešto manje od polovine roditelja oboljele djece ne uspijeva podmiriti osnovne potrebe bilo za ishranu, bilo za lijekove (u 37,5% slučajeva), dok je u takvom položaju čak 52,5% roditelja duševno zdrave djece. Ovakav zbudujući nalaz ne možemo objasniti visinom prihoda, pošto su obje grupe po strukturi zanimanja slične. Objasnjenje se ne može dobiti ni iz podataka o broju članova porodice koji imaju prihode – konačno, među porodicama duševno zdrave djece nema niti jedne čiji članovi ne privređuju, dok je takvih među porodicama duševno oboljele djece čak 11.

Materijalni standard svoje porodice najveći broj roditelja oboljele djece ocjenjuje kao loš i vrlo loš (u 60% slučajeva), dok procentualno najveći broj roditelja duševno zdrave djece svoj materijalni standard ocjenjuje kao osrednji (u 70% slučajeva). Obe grupe roditelja-ispitanika ocjenjuju da je materijalni standard njihovih porodica značajno opao u odnosu na period prije 1991. godine (takvih je 85% roditelja oboljele, i 70% roditelja duševno zdrave djece). Ovo drastično pogoršanje materijalnog standarda, koje je jače ispoljeno u porodicama sa duševno oboljelim djetetom, možemo pripisati ukupnoj teškoj materijalnoj situaciji, kojoj doprinosi i nastup bolesti djeteta.

S druge strane, ovakvi nalazi, posmatrani u svjetlu sociodinamskih teorija, mogu govoriti o uticaju roditeljske (ne)kompetitivnosti na sveukupan materijalni položaj porodica sa duševnim bolesnikom. Teorija strujanja smatra da je pad na socijalnoj ljestvici uslovljen samim oboljenjem, usljed kojeg oboljeli ne mogu uspješno vršiti socijalne uloge. Mi ćemo naše rezultate pokušati interpretirati u okviru ove teorije, bez pretenzije da iznosimo zaključke (za iznošenje ovakvih zaključaka morali bismo raspolagati podacima o procjeni ličnosti roditelja): sveukupna društveno-ekonomska situacija je dovoljno teška da bi se materijalni položaj porodica sa duševnim bolesnikom mogao njome opravdati.

Ranije smo istakli da se roditelji oboljele djece značajno ne razlikuju ni po obrazovnoj, ni po profesionalnoj strukturi od roditelja zdrave djece, a ipak je njihov materijalni standard ne samo gori nego je i veliki broj porodica u kojima prihode nema ni jedan član. Ne treba zaboraviti ni činjenicu da su očevi, češće nego majke, nezaposleni: ovakav nalaz, svakako, proturječi još doskora (ili još uvijek?) uvriježenoj patrijarhalnoj predstavi o privređivačkoj ulozi muškarca. Ne svjedoči li ovo o nekom vidu personalnog deficita, koji, doduše, možemo sagledati kako iz ugla nezaposlenih očeva shizofrenih bolesnika, tako i iz perspektive nas (socijalizovanih)

posmatrača?³ Svakako, začudio nas je nalaz da među najmlađim roditeljima oboljelih (svi rođeni u gradu) nema ni jednog sa završenim srednjoškolskim, višim ili visokim obrazovanjem. Upravo su nas ove činjenice stavile pred dilemu mogu li se ovakvi nalazi interpretirati u svijetlu teorije strujanja (svakako da, uvažavajući nedostatak potrebnih informacija, i mali obim uzorka ne možemo donositi eksplicitne zaključke): da li individualna psihopatologija prethodi materijalnoj ugroženosti? Milosavljević je u svojoj studiji (1974) došao do zaključka da je psihičko (ne)zdravlje roditelja shizofrenih bolesnika uslovalo visoku socijalnu ugroženost ovih porodica.

S druge strane, date podatke bismo mogli posmatrati i na drugačiji način. Uvažavajući zaključke čitavog niza istraživanja (Ruk, 1992, Ivanović, 1989, samo su neka od njih), porodicu shizofrenog bolesnika možemo opisati kao nefunkcionalnu⁴, ili porodicu u krizi: takva porodica ne uspijeva zadovoljiti potrebe svojih članova, niti se adaptirati na promjenu koja je krizu izazvala. U događaje koji izrazito negativno djeluju na porodični sistem, izazivajući stanje porodičnog stresa, po rezultatima istraživanja grupe autora (1992) spadaju, između ostalih, i gubitak posla, teška bolest člana porodice, kao i teška materijalna situacija.

Sistem pod stresom se teško adekvatno prilagođava novonastaloj promjeni, te se može očekivati dalje opadanje njegove funkcionalnosti. Izgleda da se odgovor na pitanje: da li je stresna situacija uticala na pojavu porodične nefunkcionalnosti, ili je potonja izazvana patološki oblikovanim ličnostima roditelja, kreće u domenu tautologije.

Atmosfera u porodicama shizofrenih bolesnika

Atmosferu u porodicama shizofrenih bolesnika posmatrali smo preko postojanja toplih i prisnih porodičnih odnosa (pozitivni kvalitet porodičnih odnosa), hladne atmosfere (negativni kvalitet) i napetosti (tabela 1), koja je manje-više očekivana s obzirom na tešku materijalnu situaciju ovih porodica (čime je veliki broj

3 Ukoliko pođemo od definicije socijalizacije kao osposobljavanja jedinke za društveni život (Rot, 1994), onda je nesumnjivo da se (ukoliko smo uspješno socijalizovani) rukovodimo vrijednostima koje smo usvojili: stoga bi bilo normalno ono što je društveno prihvatljivo. S druge strane, jedan od teoretičara etiketiranja, Lemert (Kecmanović, 1986) smatra da se početak duševnog poremećaja nalazi u svijesti pojedinca da je njegovo ponašanje različito od (normalnog) ponašanja drugih ljudi. Reakcija okoline na primarnu devijaciju je osnov, odnosno uvod u duševni poremećaj. Ovdje se možemo nadovezati na Kupera (1980), i zapitati se šta je to "normalno?"

4 Kao glavne odlike porodične krize navode se: neadekvatna porodična komunikacija i emocionalno distanciranje između članova. Obje odlike porodične krize jasno smo uočili u našem istraživanju.

roditelja-ispitanika opravdava), te bolest djeteta. Zanimljivo je da niko od ispitanika nije dovodio u vezu napetost i bolest djeteta. Nešto više od polovine roditelja oboljele djece je atmosferu u svojoj porodici identifikovao kao toplu. Međutim, ne mali broj ispitanika je smatrao da prisnost kao kvalitet emocionalne atmosfere u porodici ne postoji. Takvim su emocionalne odnose češće vidjele majke nego očevi. Hladnu atmosferu u svojim porodicama prepoznala je tek nekolicina roditelja oboljele djece, i to češće majke nego očevi.

Napetost, kao (negativnu) odliku atmosfere, u svojim porodicama je uočilo 65% ispitanika (26 roditelja). Majke su opet bile kritičnije: od 26 roditelja koji su smatrali da u porodičnim odnosima vlada napetost, 15 čine majke. Ovaj nalaz ne odudara od rezultata drugih istraživanja. Grupa autora (1989) je, ispitujući mogućnosti upitničkog istraživanja porodičnog funkcionisanja, došla do zaključka da su majke kritičnije u odnosu na očeve u procjeni porodične stabilnosti, te da su manje zadovoljne porodičnim odnosima.

Takođe, uočeno je da između odgovora nekih roditelja i podataka iz istorija bolesti njihove djece, postoji nepodudarnost: majka, čiji je sin (ponovno) hospitalizovan nakon što je fizički nasrnuo na nju, kaže da je atmosfera u porodici topla i da nema konflikata između članova. Uvidom u (neke) istorije bolesti došli smo do zaključka (koji naravno, nije eksplicitan i zasnovan na validnim statističkim metodama, već ga iznosimo kao subjektivni stav) da agresivno ponašanje i nije tako rijetka pojava u porodicama shizofrenih bolesnika. Najčešće očevi teroriziraju svoje ukućane (nekoliko majki je svoje muževe opisalo kao grube, netolerantne, a njihove iskaze su potvrdili podaci iz istorije bolesti njihove djece), ali i neki od oboljelih su skloni takvom ponašanju. Pored toga, primijetili smo da su neki od očeva alkoholičari, a prisutan je i određen broj (4 oca i 1 majka) roditelja kod kojih je dijagnosticiran duševni poremećaj⁵. Mi pitanje herediteta nismo doticali, smatrajući da ono prevazilazi okvir teme našeg istraživanja. Uzimajući u obzir navedeno (koje nema statističku validnost) i rezultate drugih studija koje su se više posvetile proučavanju ovog problema (Milosavljević, 1974, Ivanović, 1989, i drugi), moramo se zapitati nije li hostilnost usko povezana sa psihičkom izmijenjenošću ličnosti samih roditelja?

Atmosferu u porodici 35 ispitanika-roditelja zdrave djece (87,5%) je ocijenilo kao toplu. Takođe, roditelji zdrave djece su rijede smatrali, u odnosu na roditelje oboljele, da u njihovim porodicama vlada napetost. Toplu porodičnu atmosferu i napetost su češće konstatovale majke zdrave djece, u odnosu na očeve, dok je hladnoća u porodičnim odnosima češće uočavana od strane očeva (tabela 1).

⁵ Milosavljević je u svojoj studiji (1974) pronašao da je od ukupnog broja roditelja-ispitanika shizofrenih pacijenata (n=134) duševno zdravo 14% očeva i 24% majki.

Atmosfera u porodicama shizofrenih bolesnika je ocijenjena kao manje prisna i napetija, u odnosu na istu u porodicama sa zdravom djecom. Ovaj nalaz, svakako, ne iznenađuje: Kaputo (Pejović, 1982) i čitav niz drugih autora, koji su se bavili proučavanjem porodica sa shizofrenim bolesnikom, konstatovali su da je atmosfera u ovim porodicama tvrda, napeta, na rubu agresivnosti.

Zanimalo nas je da li se roditelji zdrave i roditelji oboljele djece statistički značajno međusobno razlikuju po atmosferi (topla, ili hladna) koja prati njihov (ne)funkcionalni brak. Stoga smo ukrstili obilježja atmosfere (topla, hladna i napeta) i funkcionalnost braka. Pokazalo se da postoji statistički značajna povezanost između funkcionalnosti braka i tople, te hladne porodične atmosfere za obje grupe ispitanika, dok veza između napetosti i funkcionalnosti braka nije potvrđena (tabela 2). Možemo konstatovati da (ne)funkcionalan brak roditelja kako bolesne, tako i zdrave djece prati određena, i to nesumnjivo, ista porodična atmosfera. S druge strane, čini se da napetost nije statistički značajno povezana sa (ne)funkcionalnošću braka.

Milosavljević (1974) je takođe došao do zaključka da je brak roditelja shizofrenih bolesnika bremenit emocionalnom neusklađenošću. I on je, kao uostalom i čitav niz drugih autora (Ivanović, 1989, Milojković, Srna, Mićović, 1997, Pejović, 1982, Lidz, prema Milosavljević, 1974, i drugi), konstatovao da se brak roditelja shizofrenih pacijenata može opisati kao rascijepljena i izvitoperena bračna zajednica. Za obje je karakteristično postojanje konflikta, bilo da je prikriven, bilo da je otvoren, kao i nedostatak autonomije članova – pogotovo oboljele djece. Stoga, posmatrajući upravo brak roditelja oboljelog od shizofrenije, bilo da se radi o izvitoperenim (koje prati prisustvo lažnog zajedništva, te povlađivanje dominantnom partneru radi "mira u kući", kao, uostalom, i latentni sukob, te "emocionalni razvod" roditelja) ili shizmatičnim bračnim zajednicama (otvoren sukob i nepovjerenje između članova, te oskudna komunikacija), uočavamo nesumnjivu odgovornost roditelja za duševno (ne)zdravlje svoje djece. Mogu li djeca koja rastu u uslovima pseudozajedništva, ili pak otvorenog konflikta između svojih roditelja (ne zaboravimo da djeca nisu tek posmatrači, nego aktivni i višegodišnji učesnici ovakvih "igara" svojih roditelja) odrasti mentalno zdrava, ili, ako hoćete, normalna? Sami roditelji, koji se ponašaju na ovakav način, nisu, prema riječima Milosavljevića (1974), duševno zdravi. Milosavljević iznosi zanimljiv zaključak: "Tipovi porodične organizacije i porodični odnosi u porodicama shizofrenih potiču iz strukture mentalnog zdravlja članova porodice, a pečat porodične organizacije i porodičnih odnosa daje prvenstveno struktura mentalnog zdravlja roditelja. Majka ne bi insistirala na privrženosti deteta samo zbog svoje karakterom i prirodom određene protektivnosti da nije i sama ugrožena muževljevom nezainteresovanošću, a otac se ne bi impulsivno i agresivno borio za vlast iz čiste potrebe za potčinjavanjem porodice da usled svoje psihičke izmenjenosti nije izgubio svoj autoritet u porodici" (1974: 223).

Tabela 1. Porodična atmosfera i emocionalni odnosi između roditelja shizofreno oboljele (E grupa) i roditelja duševno zdrave djece (K grupa)

Porodična atmosfera i emocionalni odnosi			Ispitanici E grupe		Ispitanici K grupe	
			f	%	f	%
Toplina i prisnost u porodici	otac	da	13	32,5	16	40,0
	majka	da	10	25,0	19	47,5
		ukupno	23	57,5	35	87,5
Hladna porodična atmosfera	otac	da	1	2,5	3	7,5
	majka	da	5	12,5	1	2,5
		ukupno	6	15,0	4	10,0
Napetost u porodici	otac	da	11	27,5	6	15,0
	majka	da	15	37,5	9	22,5
		ukupno	26	65,0	15	37,5
Funkcionalnost braka	otac	da	14	35,0	17	42,5
	majka	da	10	25,0	17	42,5
		ukupno	24	60,0	34	85,0
Emocionalna bliskost između partnera	otac	da	13	32,5	18	45,0
	majka	da	11	27,5	15	37,5
		ukupno	24	60,0	33	82,5
Ravnodušnost između partnera	otac	da	2	5,0	1	2,5
	majka	da	6	15,0	3	7,5
		ukupno	8	20,0	4	10,0
		nedostaje odgovor	1	2,5		
		ukupno	9	22,5		
Povjerenje u partnera	otac	da	17	42,5	17	42,5
	majka	da	16	40,0	17	42,5
		ukupno	33	82,5	34	85,0
Nefleksibilnost partnera	otac	da	8	20,0	9	22,5
	majka	da	18	45,0	11	27,5
		ukupno	26	65,0	20	50,0
Nejasni zahtjevi partnera	otac	da	7	17,5	5	12,5
	majka	da	10	25,0	6	15,0
		ukupno	17	42,5	11	27,5
Povlađivanje partneru	otac	da	3	7,5	6	15,0
	majka	da	12	30,0	11	27,5
		ukupno	15	37,5	17	42,5
Omalovažavanje pred djecom	otac	da	4	10,0	4	10,0
	majka	da	9	22,5	3	7,5
		ukupno	13	32,5	7	17,5
Nerazumijevanje od strane partnera		stalno prisutno	3	7,5	1	2,5
		ponekad	13	32,5	12	30,0
		potpuno razumijevanje	2	5,0	7	17,5
		stalno prisutno	5	12,5	2	5,0
		ponekad	15	37,5	11	27,5
		potpuno razumijevanje	2	5,0	7	17,5
	ukupno	40	100,0	40	100,0	
Uvažavanje od strane ukućana		da	14	35,0	16	40,0
		ignorišu me	2	5,0	1	2,5
		stavljaju se na stranu partnera	2	5,0	3	7,5
		da	15	37,5	18	45,0
		ignorišu me	4	10,0	2	5,0

	stavljaju se na stranu partnera	1	2,5	6	15,0
	ukupno	38	95,0	40	100,0
	nedostaje odgovor	2	5,0		
	ukupno	40	100,0	40	100,0

Emocionalni odnosi između roditelja-ispitanika

Emocionalni odnosi između roditelja su posmatrani preko njihove procjene o funkcionalnosti vlastitog braka, emocionalne bliskosti sa partnerom, svekolikog uvažavanja od strane supružnika – procjene međusobnog razumijevanja i povjerenja, tolerancije i fleksibilnosti partnera (tabela 1). Funkcionalnost braka je posmatrana u korelaciji sa kvalitetima emocionalnih odnosa (tabela 2).

Nešto više od polovine roditelja oboljele djece smatra svoj brak funkcionalnim. Takvim ga češće ocjenjuju očevi u odnosu na majke: pokazalo se da između pola roditelja i ocjene funkcionalnosti braka postoji izrazita statistička povezanost ($c=0,312$, $x^2=4,314$, $p=0,00$). Majke su, kao uostalom i u procjeni atmosfere u porodici, tako i u ocjeni emocionalnih odnosa između sebe i partnera, bile kritičnije u odnosu na očeve. Pitanje, zbog čega su upravo majke češće od očeva nezadovoljne svojim brakom, ostaje otvoreno. Emocionalno je blisko nešto više roditelja, s tim da majke oboljelih daleko češće nego očevi konstatuju međusobnu emocionalnu distanciranost. Ipak, nije pronađena značajna statistička povezanost između pola i emocionalne distanciranosti između partnera. Ravnodušnost, kao (negativni) kvalitet odnosa, u svom braku je prepoznalo 8 ispitanika, od čega čak 6 majki.

Povjerenje u partnera ima najveći broj ispitanika, roditelja shizofrenih bolesnika, s tim da su majke bile daleko nepovjerljivije prema očevima nego obrnuto.

Partnera je kao krutog i nefleksibilnog (netolerantnog) ocijenilo 26 ispitanika. Zanimljivo je da smo pronašli statistički značajnu povezanost između pola roditelja i ocjene partnera kao netolerantnog ($c=0,363$, $x^2=6,078$, $p<0,05$). Gotovo polovina ispitanika smatra da su njihovi partneri skloni postavljati pred njih nejasne zahtjeve i očekivanja, s tim da majke oboljelih češće takvima vide svoje muževe nego obrnuto. Četrnaest ispitanika (40%) povlađuje svojim partnerima radi izbjegavanja sukoba. Pokazalo se da postoji statistički značajna povezanost između pola roditelja i sklonosti ka povlađivanju partneru ($c=0,316$, $x^2=7,424$, $p<0,05$).

Majke oboljelih češće od očeva bivaju omalovažavane u prisustvu djece. Od 13 roditelja (32,5%) koji izjavljuju da ih partner omalovažava pred djecom, 9 čine majke, a 4 oca.

Najveći broj ispitanika-roditelja oboljele djece izjavljuje da je između njih i partnera povremeno prisutno nerazumijevanje. Četiri ispitanika (10%) smatraju da je razumijevanje između njih i partnera potpuno, dok je kod dvostruko većeg broja roditelja oboljelih nerazumijevanje stalno prisutno. Najveći broj ovih roditelja izjavljuje da ih ukućani dovoljno uvažavaju. Ipak, nije zanemariv broj onih roditelja koje ukućani ili ignorišu, ili se stavljaju na stranu drugog roditelja (tabela 1).

Pokazalo se da postoji izrazita statistička povezanost između (ne)funkcionalnog braka i nerazumijevanja i omalovažavanja od strane partnera, te doživljaja supružnika kao netolerantnog. Takođe, pokazalo se da postoji izrazita statistička povezanost između (ne)funkcionalnosti braka i emocionalne bliskosti, te ravnodušnosti između ispitanika i njegovog partnera. Funkcionalnost braka je statistički značajno povezana sa sljedećim obilježjima emocionalnih odnosa: omalovažavanjem i nerazumijevanjem od strane partnera, zatim, krutošću i nefleksibilnošću partnera, te emocionalnom distanciranošću i ravnodušnošću između partnera. Pored toga, (ne)funkcionalnost braka je statistički značajno povezana sa povjerenjem u partnera, uvažavanjem od strane ukućana, povlađivanjem partneru radi "mira u kući", te sa sklonošću partnera da postavlja pred ispitanika nejasne zahtjeve i očekivanja. Ovakva povezanost između navedenih obilježja je pronađena samo među roditeljima zdrave djece (tabela 2). Ukoliko pođemo od toga da funkcionalan brak karakteriše: emocionalna bliskost partnera, komplementarnost uloga, te fleksibilnost u konfliktu (Vitaker, prema: Pejović, 1982), postaje jasno da je dobar dio brakova roditelja oboljele djece nefunkcionalan. Mada ne raspolažemo podacima koji bi govorili u prilog tezi da se za brakove roditelja-ispitanika iz našeg istraživanja može reći da su bilo shizmatični, bilo izvitopereni, uočili smo neke od karakteristika ovih brakova i kod naših ispitanika: pseudouzajamnost, podjelu na zaraćene tabore, postojanje kako otvorenog, tako i latentnog sukoba⁶.

S druge strane, roditelji zdrave djece su pokazivali veću međusobnu bliskost i manju indiferentnost prema partneru u odnosu na roditelje oboljelih (tabela 1). Povjerenje u partnera gotovo podjednako pokazuju ispitanici obje grupe, dok manji broj roditelja zdrave djece svog partnera vidi kao netolerantnog. Zanimljivo je da su opet majke bile kritičnije u ocjeni tolerantnosti partnera, nego obrnuto. Dok su majke oboljelih češće bile omalovažavane od strane očeva u prisustvu djece, među roditeljima zdrave djece su to bili očevo. Veći broj roditelja zdrave djece je uvažavan od strane ukućana, u odnosu na roditelje oboljelih (tabela 1). Najveći broj roditelja zdrave djece ocjenjuju svoje brakove kao funkcionalne (u 34 slučaja), bez napetosti

⁶ Roditelje shizofrenih pacijenata Milosavljević (1974) vidi kao nesretne ljude, preopterećene patološkom strukturom svoje ličnosti, pasivne, zbunjene, konfuzne, nesposobne da se snađu u komplikovanim odnosima sa pacijentom. Njihovi brakovi su nefunkcionalni. Kao supružnici oni ne pokazuju međusobnu naklonost, razumijevanje, toleranciju i povjerenje. Između roditelja prevladavaju negativni kvaliteti emocionalnih odnosa: ravnodušnost, hladnoća i nepovjerenje.

(u 23 slučaja), sa izraženom emocionalnom bliskošću (u 32 slučaja), a partneri se doživljavaju kao tolerantni (u 19 slučajeva).

Tabela 2. Vrijednosti hi-kvadrat testa i koeficijenta kontingencije između odgovarajućih obilježja emocionalnih odnosa i funkcionalnosti braka roditelja oboljele i zdrave djece, uz naznaku nivoa statističke značajnosti

Obilježja emocionalnih odnosa između roditelja oboljele i zdrave djece	Funkcionalnost braka roditelja shizofrenih bolesnika		Funkcionalnost braka roditelja duševno zdrave djece	
	koeficijent korelacije	χ^2 test	koeficijent korelacije	χ^2 test
Emocionalna bliskost između partnera	,667	32,101	,588	21,190
	p=0,00		p=0,00	
Ravnodušnost i hladnoća u odnosima	,456	10,226	,622	25,185
	p=0,01		p=0,01	
Napeta porodična atmosfera	,268	3,095	,245	2,562
	p>0,05		p>0,05	
Hladna atmosfera u porodici	,457	10,588	,311	4,270
	p=0,01		p>0,01	
Povjerenje u partnera	,283	3,492	,381	6,78
	p>0,05		p<0,05	
Netolerantnost i krutost partnera	,350	5,934	,270	3,137
	p<0,05		p>0,05	
Nejasni partnerovi zahtjevi	,314	4,365	,465	11,037
	p>0,05		p=0,01	
Povlađivanje partneru radi "mira u kući"	,261	2,943	,328	4,813
	p>0,05		p<0,05	
Omalovažavanje od strane drugog roditelja pred djecom	,534	15,973	,338	5,163
	p=0,001		p<0,05	
Nerazumijevanje od strane bračnog partnera	,436	10,008	,304	4,081
	p<0,05		p>0,05	
Uvažavanje od strane ukućana	,326	4,708	,410	8,089
	p>0,05		p<0,05	
Prisnost i toplina u porodici	,539	16,384	,430	9,076
	p=0,00		p<0,05	

Već smo ranije istakli da je Milosavljević u svojoj studiji konstatovao da je brak većine njegovih roditelja-ispitanika bio konfliktan od njegovog zasnivanja. Možemo li i mi konstatovati isto? Pođimo od osnovnih postulata systemske teorije da partneri, u čiji brak je ugrađena akutna ili hronična tenzija, imaju nekoliko načina da takvu situaciju razriješe: mogu se emocionalno distancirati (potvrđena je značajna statistička povezanost između funkcionalnosti braka i emocionalne bliskosti partnera), mogu ući u konflikt, riješiti tenziju tako što će jedan partner povladivati drugome (ova strategija rješenja bračne krize može podrazumijevati pseudointimizaciju ili pseudozajedništvo (Bouen, prema: Milosavljević, 1974), ili pak, tako što će pažnju fokusirati na djecu. Tada djeca postaju najreaktivniji dio porodičnog sistema, i u tački visoke tenzije može doći do njihovog ulaska u mentalni poremećaj (Milojković, Srna, Mićović, 1997). S obzirom da ne raspoložemo podacima koji govore u prilog tome da je u braku roditelja shizofrenih bolesnika postojala tenzija još od trenutka njegovog zasnivanja, pokušaćemo obrazložiti naše mišljenje da u sadašnjem trenutku u velikom broju roditeljskih brakova postoji konflikt. Roditelji oboljele djece (u većini slučajeva) posjeduju niske adaptivne potencijale: njihova tolerancija na konflikt je niska, nefleksibilnost izrazita, a posredno možemo zaključiti da je reaktivnost izrazita. Do ovog zaključka smo došli upoređujući odgovore ispitanika da li su skloni podržavati partnera radi "mira u kući", te da li je njihov partner krut, netolerantan. Zaključak se nameće sam po sebi: dobar dio ispitanika ne podržava partnera radi izbjegavanja konflikta, a uz to svog partnera ocjenjuje kao netolerantnog. Zanimljivo je da se ovaj zaključak više odnosi na majke negoli na očeve (tabela 1). Ovaj nalaz ne proturječi rezultatima istraživanja Đurđine Ruk (1992) koja je, istražujući porodice shizofrenih bolesnika, došla do zaključka da su majke svadljive, i sklone konfrontiranju.

Na ovom mjestu pokušaćemo dati primjer pseudointimizacije, ili lažnog zajedništva, čije postojanje može usloviti bolest djeteta: naravno, ovdje je riječ o manje-više subjektivnom stavu, a ne o statistički dokazanoj pojavi. Otac, veoma nabusito se izražavajući, ističe zajedništvo svoje porodice, ponavljajući da su članovi njegove porodice veoma realni (!), dok sina, koji prisustvuje razgovoru, ne zove po imenu, već isključivo "On". Bilo bi zanimljivo analizirati simptome bolesti koje pokazuje ovo dijete: ne podnosi kada ga neko posmatra i kada mu se neko obraća (može li se ovo protumačiti kao odbijanje izlaska iz porodične simbioze?). S druge strane, ne možemo a da ne navedemo primjer roditelja koji su (prema riječima majke) prevazišli bračni konflikt nakon nastupa bolesti djeteta. Međutim, dok su se roditelji "sabrali i usaglasili" bolest sina je uznapredovala.

Da li je ovakav odnos između roditelja uslovio bolest djeteta, ili su roditeljske relacije posredovane njom? Složićemo se sa Kaputom (Pejović, 1982) koji naglašava značaj cjelokupne emocionalne atmosfere, a manje uticaj jednog ili oba roditelja.

Emocionalni odnosi u porodicama shizofrenih bolesnika

Do ukupne slike o emocionalnim odnosima u porodicama oboljelih od shizofrenije pokušali smo doći posmatrajući odnose između roditelja (prije i nakon nastupa bolesti djeteta), te odnose roditelja prema oboljelima, i povratno, oboljelih prema roditeljima. Pošli smo od teze da je moguće da je odnos roditelja prema djeci određen, u velikoj mjeri, odnosom djeteta prema roditeljima⁷. Odnosi između roditelja i djece su posmatrani u široj vremenskoj dimenziji: u djetinjstvu i nakon nastupa bolesti. Shizofreni ispitanici su, prema rezultatima Milosavljevićeve studije (1974), u razvojnom periodu prihvatili i pasivno bili ovisni o svojim roditeljima. Oboljeli su odgovarali, nakon nastupa bolesti, na negativne emocionalne kvalitete odnosa roditelja prema sebi istim – negativnim kvalitetima: ravnodušnošću i ambivalentošću. Naše istraživanje je pokazalo da su oboljeli od shizofrenije bili u djetinjstvu izrazito emocionalno vezani za svoje majke (u 96% slučajeva) dok su ravnodušnost češće pokazivali prema očevima (u 22% slučajeva) nego prema majkama (9% slučajeva).

Takođe, zanimalo nas je kako jedan roditelj doživljava odnose između svog supružnika i djeteta: cilj je bio uočiti međusobno-roditeljsku kritičnost u ocjeni relacija sa oboljelim. Emocionalne kvalitete odnosa smo podijelili na: pozitivne i negativne odlike relacija (pri tom smo se pridržavali, koliko je to bilo moguće, podjele istih koju koristi Milosavljević u svojoj studiji). Kao pozitivne smo definisali sljedeće kvalitete emocionalnih odnosa: naklonost u granicama normalnog, podržavanje u osamostaljivanju. Izrazitu naklonost kao odliku emocionalnih odnosa (nesumnjivo samo drugo ime za simbiotske odnose između djece i roditelja) okarakterisali smo kao pozitivnu odliku, odnosno prirodnu naklonost, jer je ova odlika relacija roditelja prema djeci bila najzastupljenija kako među roditeljima duševno zdrave, tako i među roditeljima duševno bolesne djece. Zanimljivo je da osjećanje prirodne naklonosti prema oboljelom djetetu (koja, kao opcija nije ponuđena, ali je zato ostavljen prostor za slobodan odgovor) ispoljava tek jedan roditelj. Kao negativne kvalitete emocionalnih odnosa smo okarakterisali: pretjeranu protektivnost, ambivalentnost, ravnodušnost, hladnoću i strogoću. Odnos oboljelih prema roditeljima je posmatran isključivo kroz negativne kvalitete: izrazitu vezanost za roditelje i ravnodušnost prema njima, u djetinjstvu i u sadašnjem trenutku.

Roditelji-ispitanici upitani o tome kakav odnos prema oboljelom djetetu imaju u sadašnjem trenutku najčešće navode izrazitu naklonost (u 62,5% slučajeva).

7 Đurđina Ruk je u svom istraživanju (1992) došla do zaključka da na specifičnosti porodice sa shizofrenim članom utiče ponajviše ponašanje djeteta, a najmanje oca.

Protektivnost kao primarni odnos prema oboljelom navodi daleko manji broj roditelja (4, ili 10% roditelja), kao uostalom i strogoću (3, ili 7,5% roditelja), te ambivalentnost (5, ili 12,5% roditelja). Jedan otac i jedna majka navode kao primarni emocionalni stav prema djetetu naklonost u granicama normalnog, dok samo jedna majka podržava svoje oboljelo dijete u osamostaljivanju.

Milosavljević je konstatovao da nakon nastupa bolesti između roditelja i shizofrenih bolesnika preovlađuju negativna emotivna ispoljavanja. Od negativnih emocionalnih stavova očeva najčešće je izražena indiferentnost, a kod majki protektivnost. Ovaj nalaz rezultati našeg istraživanja nisu potvrdili. Negativne kvalitete emocionalnih odnosa: protektivnost, strogoću i ambivalentnost pokazivalo je 6 (34%) očeva. Najveći broj očeva (12, odnosno 66%) je ispoljavao izrazitu vezanost za oboljelog i naklonost u normalnim granicama. Takođe, najveći broj majki (16, odnosno 72,5%) je ispoljavao pozitivne kvalitete emocionalnih odnosa: izrazitu naklonost i u normalnim granicama, te podržavanje oboljelog u osamostaljivanju. Najčešće pominjanu negativnu kvalitetu emocionalnih odnosa, ambivalentnost prema oboljelom, pokazivale su 3 majke. Posmatran iz perspektive supružnika, stav drugog roditelja prema djetetu je češće percipiran kao negativan i različit od one slike koju o svom odnosu prema djetetu ima roditelj. Tako, posmatrano iz ugla drugog roditelja, izrazitu naklonost je pokazivalo svega 16 roditelja (40%), i to 8 majki i 8 očeva. Očevi su svoje supruge češće ocjenjivali kao protektivne (4 oca), nego obrnuto (3 majke). Pokazalo se da suprotne i promjenljive stavove prema djetetu kod svog bračnog partnera primjećuje veliki broj supružnika. Samo 5 roditelja je svoj odnos prema djetetu ocijenilo kao ambivalentan, dok je takav stav kod svog supružnika prepoznalo čak 12 roditelja (6 očeva i 6 majki). Isključivo majke muške djece primjećuju da je nakon nastupa bolesti otac konačno obratio pažnju na oboljelog ("primjetio ga" – ironične riječi jedne majke). Samo jedna majka je drugog roditelja opisala kao ravnodušnog, a jedan otac smatra da je majka naklonjena djetetu u normalnim granicama.

Veliki broj roditelja oboljelih, njih 24 (60%) pretjerano je zaštićavalo oboljele u njihovom djetinjstvu. Majke su češće od očeva bile protektivne: takvih je 17 majki (77%), i 7 očeva (39%). U sadašnjem trenutku protektivnost kao primarni stav prema oboljelom djetetu je prepoznalo 4 roditelja (10% ispitanika), i to 2 majke i 2 oca.

Najveći broj roditelja oboljele djece bio je izrazito vezan za njih u njihovom djetinjstvu (67,5% roditelja, i to 25% očeva i 42,5% majki). Zanimljivo je da je tek nešto manji broj ispitanika svoje supružnike takvim i ocijenio (26 ispitanika, od čega 15 očeva i 11 majki uočavaju izrazitu emocionalnu vezanost svog supružnika za dijete u djetinjstvu). Ukrštajući sljedeća obilježja: pol roditelja i protektivni stav prema oboljelom djetetu u djetinjstvu, uočili smo značajnu statističku povezanost između njih ($c=0,325$, $\chi^2=2,128$, $p=0,03$). Ovaj nalaz o statistički značajnoj vezi

između pola roditelja i vezanosti za dijete u njegovom djetinjstvu nismo potvrdili u grupi roditelja zdrave djece, što govori da se ove dvije grupe ispitanika, s obzirom na gore navedeno, razlikuju. Smatramo da se ovaj nalaz može dovesti u vezu sa simbiotskim odnosima. Naime, simbioza između majke i djeteta započinje odmah po djetetovom rođenju, i ona je neophodna da bi se dijete razvijalo kako u fizičkom, tako i u psihičkom smislu. Međutim, u jednom trenutku, dijete se nužno mora osloboditi ove simbiotske veze (koja se još naziva "življenje i djelanje jedno za drugo"). Ono mora dobiti svoju autonomiju, jer se u protivnom ne može individualizirati, odnosno diferencirati od drugih⁸.

Zanimljivo je da dvije, od ukupno 22 majke, smatraju da su njihova djeca još u ranom djetinjstvu prema njima bila indiferentna, dok u sadašnjem trenutku ravnodušnost njihove djece prema sebi prepoznaje 13 majki (59%)⁹. Da li su majke ispravno prepoznale emocionalni odnos njihove djece prema njima, ili su, s druge strane, u pokušaju individuacije njihove djece prepoznale indiferentnost? Bliži nam je potonji stav. S druge strane, ne treba zanemariti ni mišljenje Bouena (Milosavljević, 1974) da shizofrenija nastaje upravo kao pokušaj prekida simbiotske veze. Može li podatak iz istorije bolesti jednog oboljelog poslužiti kao primjer (neuspjelog) pokušaja prekida simbiotske veze? Jedan oboljeli kaže da se već 12 godina (prvi put je hospitalizovan 1998) bavi metafizikom i trudi se da "pokaže postojanje užeg i šireg Ja".

Najveći broj roditelja oboljele djece ne smatra da su bili strogi u vaspitanju svog djeteta (67,5% ispitanika), ali svog bračnog partnera kao strogog doživljava veći broj roditelja (takvima svoje supružnike ocjenjuje 42,5% ispitanika). Majke su (u 9 slučajeva) bile strožije prema oboljelima dok su bili djeca, u odnosu na očeve (u 4 slučajeva).

Čak 11 roditelja oboljele djece (27,5%) je ocijenilo da je njihov bračni partner prema djetetu dok je bilo još malo bio hladan. Majke su takvima češće doživljavali svoje muževe (u 9 slučajeva), nego obrnuto (2 slučaja). Ukrštanjem obilježja: pol

8 Ometanje individuacije predstavlja osakaćenje ličnosti. S druge strane, upravo simbioza između članova prati porodice shizofrenih bolesnika. Najčešće je u simbiotsku vezu sa roditeljem uhvaćeno oboljelo dijete. Svaki pokušaj kidanja ove veze, roditelj (najčešće majka) uključen u nju doživljava bolno, i stoga se trudi da je održi, ne dopuštajući djetetu da postane samostalno: ličnost za sebe, a ne objekt za druge (Kuper, 1989). Nesumnjivo je da simbiotski odnos prati izrazita emocionalna upletenost, te je ovakav odnos, zahvaljujući tome, teško prekinuti. S druge strane, ukoliko pođemo od toga da se razlog za nedopuštanje diferencijacije djeteta od roditelja nalazi u činjenici da roditelj ne prima dovoljno emocionalne podrške od svog partnera (pa je, prirodno, traži u djetetu), ponovno dolazimo do stava da su brak roditelja i odnosi u njemu od ključnog značaja za duševno zdravlje djece.

9 S druge strane, broj očeva prema kojima su djeca bila ravnodušna, nije se mnogo povećao u sadašnjem trenutku: takav stav prema očevima trenutno ima šestoro djece, dok su takav emocionalni odnos djece prema očevima, još u njihovom ranom djetinjstvu uočila 4 oca.

roditelja i percipiranje drugog roditelja kao hladnog prema djetetu u djetinjstvu, otkrili smo da između njih postoji statistički značajna veza ($c=0,315$, $x^2=6,00$, $p<0,05$). Ukrštanjem ovih varijabli za roditelje zdrave djece nismo pronašli statistički značajnu vezu među njima, što čini ove grupe različitim, prema navedenim obilježjima.

Gotovo polovina roditelja oboljele djece smatra da su se pretjerano žrtvovali za dobrobit oboljelog djeteta. Jedna majka kaže: "Ako pretjerano žrtvovanje znači da sam zbog dobrobiti (!) sina ostala u braku sa njegovim ocem (koji takođe, pati od paranoidne shizofrenije), onda jesam!" Majke, češće od očeva, podnose pretjerane žrtve zbog djeteta (takvih je 27,5% majki i 15% očeva).

Više od polovine roditelja oboljelih smatra da je nakon nastupa bolesti djeteta došlo do promjena u odnosima između članova porodice. Roditelji su promjenu najčešće opisivali kao zabrinutost za dijete (6 roditelja, ili 15%), a 4 (10%) roditelja promjenu vide u povećanoj toleranciji i naklonosti prema djetetu. Jedan otac i 2 majke uočavaju pozitivnu promjenu u odnosu svog bračnog partnera prema djetetu: nakon nastupa bolesti djeteta, drugi, ranije indiferentan roditelj se trgao i počeo obraćati pažnju na oboljelog.

Opisujući odnos svog oboljelog djeteta prema sebi, sve majke, s izuzetkom jedne, smatraju da je ono, u djetinjstvu, bilo izrazito vezano za nju. Međutim, u sadašnjem trenutku, takav odnos djeteta prema njoj uočava tek 12 majki (55%). Očevi smatraju da su njihova djeca ostala podjednako vezana za njih kako u djetinjstvu, tako u i sadašnjem trenutku (15% očeva). Pokazalo se da postoji statistički značajna veza između emocionalne vezanosti djeteta u djetinjstvu za roditelja i pola roditelja ($c=0,551$, $x^2=17,415$, $p=0,00$). U sadašnjem trenutku takva veza nije potvrđena.

Poredeći sadašnji odnos roditelja prema oboljelima, i odnos oboljelih prema ispitanicima, uočavamo da veliki broj roditelja pokazuje izrazitu naklonost prema djeci, iako smatra da su oboljeli prema njima indiferentni. Ipak, izrazita naklonost (kao i naklonost u normalnim granicama kod ukupno dvoje roditelja) je jače ispoljena prema djeci koja nisu ravnodušna. Strogoću, protektivnost i ambivalentnost prema indiferentnom djetetu pokazuje čak 7 roditelja (17,5% ispitanika), dok samo jedna majka prema djetetu koje doživljava kao ravnodušno pokazuje pozitivne kvalitete emocionalnog odnosa. U slučaju izrazite vezanosti djeteta (u sadašnjem trenutku) za roditelje samo 2 roditelja pokazuju strogoću i ambivalentnost. Izrazita naklonost roditelja postoji prema većem broju djece (15) koja su vezana za roditelje, nego u obrnutom slučaju (10). S druge strane, zanimljivo

je uporediti odnose roditelja prema djeci koja za njih nisu vezana: strogoću, ambivalentnost i protektivnost pokazuje (čak!) 10 roditelja takve djece¹⁰.

Izrazitu naklonost kao primarni odnos prema zdravoj djeci pokazuje polovina ispitanika-roditelja duševno zdrave djece. Roditelji zdrave djece češće, u odnosu na roditelje oboljele, prema djeci pokazuju protektivnost (u 17,5% slučajeva) i ambivalentnost (u 10% slučajeva), dok je među ovim roditeljima manje ravnodušnih (5% roditelja). Majke su (u 27,5% slučajeva) nešto naklonjenije djeci u odnosu na očeve (22,5% očeva). Takođe, one su nešto više protektivne (4 majke, i 3 oca), dok su očevi češće strogi, ambivalentni (4 oca, i jedna majka), ali i skloniji opisati svoj odnos prema djetetu kao naklonost u granicama normalnog (3 oca, jedna majka). Pomoć u osamostaljivanju svojoj djeci pruža jedna majka. Takođe, jedna majka je zabrinuta za budućnost svoje djece. Roditelji zdrave djece su daleko rjeđe pokazivali izrazitu vezanost za dijete u djetinjstvu (u 52,5% slučajeva), u odnosu na roditelje oboljelih (67,5% roditelja), ali su zato takav emocionalni odnos prema djetetu u njegovom djetinjstvu češće uočavali kod drugog roditelja. Majke su bile protektivnije prema djeci, u odnosu na očeve, ali su roditelji zdrave djece bili znatno rjeđe protektivni prema djeci u djetinjstvu, u odnosu na roditelje oboljelih. Zdrava djeca su, u djetinjstvu, bila tretirana od strane svojih roditelja (i to češće očeva) strožije (u 40% slučajeva), u odnosu na oboljelu djecu (32,5% slučajeva). Značajno manji broj roditelja zdrave djece (15% slučajeva), u odnosu na roditelje oboljele (27,5% slučajeva), bio je hladan prema djeci u djetinjstvu.

Takođe, daleko manji broj ovih roditelja, u odnosu na roditelje oboljele djece, smatra da se pretjerano žrtvovao za dobrobit svoje djece (takvih je 25% roditelja, i to 15% majki i 5% očeva). Zanimljivo je da su među roditeljima koji su smatrali da su položili pretjerane žrtve za dobrobit svoje djece, u obe grupe prednjačile majke. Zdrava djeca su znatno rjeđe, u odnosu na oboljelu, bila vezana za svoje roditelje (u 40% slučajeva; i to, kao i oboljela, češće za majke, ali nije pronađena statistički značajna veza između vezanosti djeteta i pola roditelja, kao kod roditelja oboljelih). U sadašnjem trenutku vezanost zdrave djece za roditelje-ispitanike je manje izražena, u odnosu na djetinjstvo (u 35,5% slučajeva). Indiferentnost zdrave djece u djetinjstvu prema sebi prepoznao je veći broj očeva (2 oca), u odnosu na majke (1 majka). U sadašnjem trenutku, ravnodušnost u odnosu djeteta prema sebi prepoznaje isti broj roditelja (riječ je o 2 oca i jednoj majci). Gotovo svi roditelji zdrave djece (njih 97,5%) smatraju da djeca prema drugom roditelju nisu pokazivala ravnodušnost u djetinjstvu.

10 Shizofreni bolesnici su, prema rezultatima Milosavljevićeve studije (1974), u razvojnom periodu prihvatili i pasivno ovisili o svojim roditeljima. Oboljeli su odgovarali, nakon nastupa bolesti, na negativne emocionalne kvalitete odnosa roditelja prema sebi istim – negativnim kvalitetima: ravnodušnošću i ambivalentnošću.

Ispitanici-roditelji duševno zdrave djece, njih 87,5%, smatraju da do promjena u odnosima prema djetetu u posljednje vrijeme nije došlo. Od 4 roditelja-ispitanika koji u svojim odnosima i odnosima svog bračnog partnera prema djeci vide promjenu, dva je definišu ovako: do promjena je došlo usljed odrastanja djece, i one su očekivane, dok druga dva smatraju da su (negativne) promjene u porodičnim odnosima uzrokovane teškom ekonomskom situacijom.

Ostaje nam da zaključimo da u porodicama shizofrenih bolesnika preovladavaju negativni kvaliteti emocionalnih odnosa.

Komunikacija u porodicama shizofrenih bolesnika

Do procjene kvaliteta i obima komunikacije u porodicama shizofrenih bolesnika pokušali smo doći preko percepcije roditelja-ispitanika o: nivou verbalne komunikacije unutar porodice, (ne)izbjegavanju razgovora između članova, povlačenju članova iz razgovora koji je neprijatan i zahtjeva konfrontiranja, te odlaganju odgovora na postavljena pitanja. Takođe, zanimalo nas je u kojoj mjeri su roditelji skloni ublažavati činjenice i pojednostavljeno prikazivati stvarnost oboljelom djetetu. Da bismo procijenili kvalitet komunikacije u porodicama sa oboljelim djetetom, zamolili smo roditelje da nam odgovore na pitanje da li je nakon nastupa bolesti došlo do promjene u komunikaciji. Ukoliko otkrijemo da je komunikacija nezadovoljavajućeg obima i kvaliteta, i da se nakon nastupa bolesti djeteta nije promijenila, moći ćemo ovaj komunikacioni okvir dovesti u vezu sa oboljenjem.

Više od polovine roditelja oboljele djece smatraju da se u njihovim porodicama nedovoljno verbalno komunicira. Nedovoljnu verbalnu komunikaciju u porodici češće primjećuju majke (njih 35%), u odnosu na očeve (20% očeva). Gotovo polovina roditelja oboljelih (47,5%), i to češće majke (u 32,5% slučajeva), smatraju da članovi njihove porodice izbjegavaju međusobni razgovor. Polovina roditelja oboljelih smatraju da članovi njihove porodice odlažu odgovor na postavljeno pitanje u toku razgovora. Ovakav način komuniciranja češće primjećuju majke, u odnosu na očeve (7 očeva, i 13 majki). Takođe, polovina roditelja, i to gotovo podjednak broj očeva i majki, odgovara da praktikuju ublažavati i prikrivati činjenice svom oboljelom djetetu. Više od polovine roditelja (52,5%) pojednostavljeno predstavlja stvarnost oboljelom djetetu, ali ovakav pristup u predstavljanju realnosti češće pripisuju svom bračnom partneru. Najveći broj roditelja oboljelih (njih 75%) ne povlači se iz razgovora koji im je neprijatan, i u kom su izražena mišljenja suprotna njihovom. Takođe, podjednak broj roditelja ocjenjuje takvima i svoje bračne drugove. Ipak, 57,5% roditelja smatra da se iz takvog razgovora povlače njihova djeca.

Više od polovine očeva (13) i majki (11) smatraju da nakon nastupa bolesti djeteta nije došlo do promjene u komunikaciji između članova porodice. Od roditelja koji uočavaju promjenu u komunikaciji unutar porodice, 2 oca i jedna majka ocjenjuju da se između njih komunikacija povećala usljed zajedničke brige o djetetu. Tri majke ocjenjuju da je komunikacija u porodici prilagođena potrebama djeteta, 6 roditelja primjećuje da je oboljelo dijete prekinulo komunikaciju sa roditeljem za kojeg je u djetinjstvu bilo izrazito vezano, a jedna majka kaže da je otac nakon nastupa bolesti djeteta konačno obratio pažnju na njega. Prekid bilo kakve komunikacije djeteta sa roditeljima je konstatovan od strane 2 ispitanika.

Da članovi njihovih porodica dovoljno međusobno komuniciraju smatra 72,5% roditelja zdrave djece: malobrojni su oni roditelji koji izjavljuju da članovi njihovih porodica izbjegavaju međusobni razgovor (njih 15%) i odlažu odgovor na postavljena pitanja (17,5% roditelja). Roditelji zdrave djece (i to češće majke, nego očeva) rjeđe pojednostavljeno predstavljaju stvarnost svojoj djeci (u 20 slučajeva), nego roditelji oboljele. Polovina roditelja, i to 22,5 očeva i 27,5% majki, izjavljuje da se povlači iz neprijatnog razgovora, dok to čini tek 25% njihove djece. Promjene u komunikaciji u posljednje vrijeme uočava 25% roditelja zdrave djece i opisuje ih ovako: 1. promjene u komunikaciji nastaju usljed odrastanja djece, roditelji tolerišu razlike u mišljenju svoje djece, iako se sa njima ne moraju složiti; 2. komunikacija je opterećena čestim verbalnim sukobima, čiji uzrok se vidi u teškoj ekonomskoj situaciji i 3. jedan otac izjavljuje da se komunikacija ne odvija na zadovoljavajućem nivou usljed zasićenosti zajedničkim životom.

Poredeći odgovore roditelja oboljele i roditelja zdrave djece, uočavamo velike razlike u sferi komunikacije u njihovim porodicama. Neadekvatna komunikacija, u svim svojim aspektima: izbjegavanje razgovora između članova, odlaganje odgovora na postavljena pitanja, te nerealno prikazivanje realnosti djetetu, daleko je prisutnija u porodicama shizofrenih bolesnika¹¹.

Milosavljević (1974) je konstatovao da roditelji shizofrenih bolesnika teško uspostavljaju i održavaju verbalni kontakt. Naše istraživanje je pokazalo suprotno – roditelji su bili (uglavnom) vrlo govornjivi, trudili su se objasniti uzroke bolesti svog djeteta (gotovo uvijek videći ih u nečem ili nekom drugom – društvu, školi, alkoholizmu drugog roditelja). Pokazalo se da su roditelji vrlo često nerealno prikazivali stvarnost i negirali očigledne (i neprijatne) činjenice vezane za svoju porodicu i oboljelo dijete. Ovo je nalaz do kojeg je došao i Milosavljević.

11 Vin i saradnici (prema Pejović, 1982) smatraju da shizofrenija nastaje kao posljedica komunikacionog sloma. Dijete, izloženo proturječnom i neadekvatnom komunikacijskom obrascu u kojem postoje dva nivoa poruke koji se međusobno potiru, nikad ne nauči metakomunicirati: obraditi verbalne i neverbalne simboličke poruke.

Promjene u komunikaciji između članova porodice su nastupale, kao što smo i očekivali, u porodicama sa oboljelom djecom. One nose kvalitet rjeđe pozitivnog (povećana komunikacija zbog zajedničke brige oko djetetovog zdravlja, roditelj koji se nakon nastupa bolesti djeteta konačno trgao i počeo na njega obraćati pažnju), a češće negativnog stava (dijete koje se povlači iz komunikacije sa roditeljem za kojeg je bilo vezano, slabija komunikacija sa oba roditelja, te prilagođavanje komunikacije potrebama djeteta). Ovakvi nalazi se poklapaju sa konceptima Milanske škole (Pejović, 1982) o porodicama u kojima postoji simptom: postojeći problem se objašnjava nekim ili nečim drugim, a jasna percepcija događaja je nepodnošljiva u toj mjeri da sve relacije ostaju nedorečene. Tako su roditelji oboljelih uzrok bolesti vidjeli u drugim licima, ili u samoj djeci. Jedan otac (inače alkoholičar) za bolest svog sina okrivljuje njegove kolege sa fakulteta. Kaže da su oni sina "sabotirali", pa se on "istresirao", ali ne ulazi u to šta su mu konkretno uradili.

Zaključak

Ciljeve ovog istraživanja smo definisali kao utvrđivanje atmosfere, emocionalnih odnosa, te obima i kvaliteta komunikacija u porodicama shizofrenih bolesnika. Pokušali smo, poredeći dobijene parametre sa onima kontrolne grupe, doći do odgovora na pitanje: postoje li specifičnosti porodične atmosfere, emocionalnih odnosa i komunikacijskih obrazaca u porodicama shizofrenih bolesnika koje bismo mogli dovesti u vezu sa samim oboljenjem. Takođe, rezultate našeg istraživanja smo poredili sa rezultatima studije Petra Milosavljevića (1974), da bismo vidjeli da li su nalazi njegovog istraživanja (u onoj mjeri u kojoj je to dopuštala veličina uzorka i pristup temi) u većoj ili manjoj mjeri podudaraju sa nalazima našeg istraživanja. Pokazalo se da su kontrolna i eksperimentalna grupa ispitanika, koje su bile sastavljene (uglavnom) od bračnih parova zdrave i shizofreno oboljele djece, razlikuju po tonu porodične atmosfere, emocionalnih odnosa roditelja prema djeci i djece prema roditeljima, kao i prema komunikacijskim obrascima. Na ovom mjestu pokušat ćemo ukratko predstaviti neke od zaključaka do kojih smo došli.

1. Uočili smo da su roditelji shizofrenih bolesnika nešto stariji od roditelja zdrave djece, te da su po profesionalnim karakteristikama obje grupe ispitanika gotovo ujednačene. Takođe, zapazili smo da je veći broj roditelja oboljelih nezaposlen, u odnosu na roditelje zdrave djece. S obzirom da se prema profesionalnoj strukturi kao i po starosnom uzrastu roditelji-ispitanici obe grupe nisu mnogo međusobno razlikovali, ovaj nalaz smo pripisali socijalnoj nekompetitivnosti roditelja shizofrenih bolesnika, koju je konstatovao i Milosavljević u svom istraživanju. Takođe, zapazili smo da porodice sa zdravim djetetom imaju više članova u odnosu na one sa duševno oboljelim članom. Ranije smo naveli da se ovaj

nalaz može dovesti u vezu sa strukturalnom deficijentnošću porodica shizofrenih bolesnika, ali i sa činjenicom da veliki broj zdrave braće i sestara shizofrenog bolesnika napušta porodicu. Ostali smo dužni objašnjenje: najčešće je mišljenje da, usljed pritiska porodične patologije (koja je nesumnjivo najintenzivnije usmjerena na oboljelo dijete, ili je pak ono najosjetljiviji dio porodičnog sistema da je dovoljno osjeća) zdravo dijete koristi bijeg iz porodice kao primarnu strategiju odbrane. Naravno, ovo je naš subjektivni stav, koji nije neposredno potvrđen rezultatima. Pokazalo se da je materijalni standard porodica sa shizofrenim bolesnikom u 60% slučajeva ocijenjen kao vrlo loš. Da li je takva socijalna ugroženost porodica shizofrenih bolesnika posljedica personalne nekompetitivnosti roditelja, koja svoj izvor ima u psihopatologiji samih roditelja, ili je nastala kao posljedica sveukupne teške materijalne situacije, koja je dodatno pogoršana nastupom bolesti djeteta? U krajnjoj liniji, nisu li i same društveno-stresne okolnosti uslovile pojavu krize u porodici, a onda, posredno i bolest djece, te psihopatologiju samih roditelja? Odgovor na ova pitanja nemamo, iako bismo mogli zaključiti iz perspektive teorije strujanja, čitavog niza istraživanja, kao i poredeći socijalnu situaciju u porodicama sa bolesnom i porodica sa zdravom djecom u našem istraživanju (materijalni standard ovih porodica u čak 70% slučajeva je osrednji), da se objašnjenje dade naći u ličnosti samih roditelja.

2. Atmosferu u porodicama roditelja-ispitanika smo procjenjivali preko postojanja toplih i prisnih odnosa u porodici, kao pozitivnih kvaliteta atmosfere. Negativne kvalitete porodične atmosfere smo posmatrali preko postojanja afektivne hladnoće i napetosti. Pokazalo se da atmosfera u velikom broju porodica shizofrenih bolesnika nosi kvalitete hladnoće i napetosti. Emocionalna distanca koja prati brak velikog broja roditelja oboljelih, kao i niski adaptivni kapaciteti (nefleksibilnost, netolerancija, ali i ekstremna zavisnost) roditelja, govore u prilog postojanja konflikta unutar porodice: takva porodica ne može biti funkcionalna. Ukoliko se (ponovno) pozovemo na stav da na mentalno zdravlje djece više utiče cjelokupna emocionalna atmosfera u porodici, a manje ličnost jednog ili oba roditelja, možemo zaključiti da je atmosfera u porodicama shizofrenih bolesnika krajnje nepovoljna. Ovome, svakako, možemo dodati i nalaz istraživanja Marklene Ivanović (1989), koja je, proučavajući ekspresiju emocija u porodicama shizofrenih bolesnika i njihov uticaj na tok događaja, došla do zaključka da je postojanje konflikta unutar porodice usko povezan sa recidivom bolesti.

3. Najveći broj roditelja zdrave djece (85%) smatra svoj brak funkcionalnim, dok takvim svoj brak smatra tek 37% roditelja oboljele djece. Procentualno veći broj roditelja oboljele djece ocjenjuje svog bračnog partnera kao krutog (u 50% slučajeva), ravnodušnog (u 20% slučajeva), emocionalno distanciranog (u 40% slučajeva). Pred gotovo polovinu roditelja oboljele djece njihovi bračni partneri stavljaju nejasne zahtjeve, omalovažavaju ih pred djecom. Među velikim brojem roditelja oboljelih prisutno je stalno nerazumijevanje. Sve navedene kvalitete smo

definisali kao negativne odlike bračnog odnosa. S druge strane, nesumnjivo je da roditelji čiji brak nosi navedene odlike ne mogu adekvatno funkcionisati u svojim bračnim ulogama. Naše je mišljenje da Milosavljevićev stav (barem djelomično) stoji, ali se ne možemo složiti sa stavom da emocionalno distanciranje između roditelja (kao nesumnjivo krajnje negativna pojava) ima svoje svoje primarno izvorište u strukturalnoj deficijentnosti roditelja. U krajnjoj liniji, šta, ili možda, ko je uslovio samu psihopatologiju roditelja? Možemo li odgovor pronaći u ličnosti njihovih roditelja, ili možda, negdje na pola puta između roditeljske i društvene odgovornosti?

4. Najveći broj roditelja oboljele djece (i to značajno češće majke, u odnosu na očeve) je prema djetetu u djetinjstvu ispoljavao protektivnost i izrazitu vezanost. Mi smo ove kvalitete doveli u vezu sa postojanjem simbiotskog odnosa između roditelja, i to značajno češće majke, i oboljelog djeteta (u porodicama zdrave djece ovakva simbiotska veza nije konstatovana). Očevi su, češće nego majke, prema oboljelom djetetu u djetinjstvu ispoljavali emocionalnu hladnoću. Sve ove nalaze možemo interpretirati iz ugla systemske porodične terapije, i to počevši od bračne dijade, i tenzije koja u njoj postoji. Da bi se tenzija u braku redukovala, roditelji primarnu pažnju usmjeravaju na dijete: najčešće se majka izrazito vezuje za dijete (od kojeg traži emocionalnu podršku koju ne dobija od muža), dok se otac od njega emocionalno distancira. Tako dijete postaje najreaktivniji dio sistema, i može, u trenutku kada dođe do disbalansa u porodici, reagovati, između ostalog, i padom u mentalni poremećaj. Pošavši od Milosavljevićevog stava da je odnos roditelja prema oboljelom uslovljen, u velikoj mjeri, odnosom oboljeloga prema roditelju, mi smo ih tako i posmatrali. Pokazalo se da su oboljela djeca u svom djetinjstvu bila daleko više vezana za svoje roditelje (za očeve u 15%, a za majke u 95% slučajeva), u odnosu na zdravu djecu (u 15% slučajeva za očeve, i u 30% slučajeva za majke). Takođe, indiferentnost prema roditeljima pokazivao je u djetinjstvu veliki broj oboljele djece. Nije li ovakav emocionalni odnos oboljelog prema roditeljima uslovljen istim ili sličnim kvalitetom relacije roditelja prema djetetu? Naše mišljenje je da su, svakako, porodične relacije recipročne, ali pitanje ko je uslovio afektivnu responzivnost, ostaje otvoreno. U sadašnjem trenutku, procentualno veći broj roditelja oboljele djece, u odnosu na roditelje zdrave prepoznaje u odnosu djeteta prema njima izrazitu vezanost, s jedne strane, te indiferentnost, sa druge (smatramo da je roditelji prepoznaju u pokušaju individuacije djeteta). Takođe, pokazalo se da u sadašnjem trenutku roditelji češće pokazuju pozitivne kvalitete emocionalnih odnosa prema djeci koja su za njih izrazito vezana i nisu indiferentna.

5. Najveće razlike između eksperimentalne i kontrolne grupe pronašli smo u sferi komunikacije. Pokazalo se da roditelji oboljelih (češće majke) smatraju da se u porodici nedovoljno verbalno komunicira, da članovi porodice izbjegavaju međusobni razgovor, odlažu odgovore na pitanja, ublažavaju činjenice iz stvarnosti. Također, uočili smo da se roditelji oboljelih rijeđe povlače iz razgovora koji

zahtijeva konfrontiranje, što, dovedeno u vezu sa nepovlađivanjem partneru, može govoriti u prilog postojanju konflikata između roditelja-ispitanika. Pokazalo se da u nekim porodicama postoji disfunkcija partnera, kao pokušaj rješenja bračne tenzije. Bračna tenzija biva redukovana od strane jednog partnera koji popušta ili pravi kompromise sa drugim (pseudouzajamnost?). Ipak, ovakva vrsta rješenja dolazi od oba partnera: onaj koji popušta ne želi snositi odgovornost za donesene odluke, dok onaj koji je dominantan smatra da "sve zna najbolje". S druge strane, postoje porodice u kojima su sukobi između roditelja otvoreni, atmosfera je hostilna, a emocionalna distanciranost izrazita. Ovim smo ponovno došli do bračne dijade, dakle – samih roditelja. Primijetili smo da se oboljela djeca, za razliku od svojih roditelja, pa i od djece zdravih ispitanika, češće povlače iz (neprijatnog) razgovora. Pored toga, nesumnjivo je da je komunikacija u porodicama shizofrenog bolesnika neadekvatna. Imajući u vidu činjenicu da se većina roditelja, upitana o tome da li se nešto u komunikaciji između članova porodice promijenilo nakon nastupa bolesti djeteta, odgovorila odrečno, možemo konstatovati da su ovakvi neadekvatni komunikacijski obrasci postojali i u razvojnom periodu djeteta. Ovaj nalaz, interpretiran iz ugla systemske teorije, govori u prilog tezi o značaju komunikacije i povratne sprege. Pošto je nemoguće ne komunicirati, ovakav vid komunikacije predstavlja manje-više adekvatan odgovor na nezadovoljavajuću i zastrašujuću porodičnu sredinu.

Neki od rezultata Milosavljevićevog istraživanja potvrđeni su i u našem, prije svega, neadekvatna komunikacija (nedovoljno verbalno komuniciranje, izbjegavanje međusobnog razgovora, odlaganje odgovora na postavljena pitanja, povlačenje oboljelih iz komunikacije, te nerealno predstavljanje stvarnosti oboljelom djetetu), zatim, izrazita vezanost i protektivnost majki prema oboljelima dok su bili djeca, hladan odnos očeva prema oboljelima u razvojnom periodu, bračna nefunkcionalnost: krutost i netolerantnost partnera, međusobno ili jednosmjerno omalovažavanje pred djecom supružnika, povlađivanje partneru radi "mira u kući", nerazumijevanje i nevažavanje od strane ukućana. I pored toga što u sadašnjem trenutku, prema oboljelom, kod gotovo polovine roditelja preovlađuju negativni emocionalni kvaliteti, ne možemo se oteti utisku da su roditelji-ispitanici u našem istraživanju, u odnosu na Milosavljevićevo, daleko naklonjeniji svojoj djeci. Možemo li ovaj nalaz pripisati vremenskoj distanci između istraživanja (30 godina) i emancipaciji, kako društva, tako i roditelja, koja se u međuvremenu dogodila(?), ostaje otvoreno.

Ukratko, sumirani rezultati našeg istraživanja govore u prilog postojanju nefunkcionalnosti u porodicama shizofrenih bolesnika. Ove porodice su, u najvećem broju slučajeva, opterećene konfliktom, koji je nesumnjivo produkovan nefleksibilnošću partnera (ostaje otvoreno čime je sama netolerantnost partnera posredovana), bračnom nefunkcionalnošću, praćenom emocionalnim distanciranjem roditelja, uzajamnim nerazumijevanjem i nepodržavanjem. Atmosfera bi se u većini

porodica mogla nazvati hladnom i napetom. Ovu napetost su roditelji, kao što smo već ranije naveli, u najvećem broju slučajeva dovodili u vezu sa teškom materijalnom situacijom. Komunikacija je nesumnjivo neadekvatna, ali ono što nas je iznenadilo jeste emocionalni odnos roditelja prema oboljelima u sadašnjem trenutku: ovaj odnos nesumnjivo prate pozitivni(ji) emocionalni kvaliteti.

Na mnoga pitanja koja smo postavili nismo odgovorili. Jedno od njih je, svakako, da li se jezgro porodične patologije može povezati sa ličnostima roditelja? Da bismo na njega dali odgovor ne raspoložemo podacima, ali smatramo da se čitava krivica (pored genetskih faktora!) za nastup bolesti djeteta ne može pripisati jedino roditeljima. Čak i kada bi se etiopatogeneza shizofrenije iscrpljivala u roditeljskoj psihopatologiji, ostalo bi otvoreno pitanje čime je takva strukturalna deficijentnost roditelja uzrokovana. Može li se odgovor potražiti u društvenoj praksi socijalizacije?

Osnov porodične patologije čini, nesumnjivo, nefunkcionalan brak roditelja (čije karakteristike ćemo ponovno navesti: emocionalno distanciranje, krutost partnera, bračni konflikt, a onda, posredno, i oštećenje djece uvlačenjem u različite odnose sa roditeljima i roditeljske projekcije), sa svim (ne)kvalitetima koje nosi. Odrastajući u zastrašujućoj i neadekvatnoj porodičnoj atmosferi, dijete, svakako, ni samo ne može adekvatno funkcionisati. Neadekvatni i nezadovoljavajući odnosi između roditelja će se manje-više odraziti i na njihov odnos prema djetetu. Opet smo se vratili na početno mjesto naše rasprave: šta je to (ili možda, ko?) takvom oblikovalo strukturu ličnosti naših roditelja? Možda se odgovor na ovo pitanje ne mora tražiti isključivo u genetici (ne predstavlja li i sam genetski kod neku vrstu nagomilanog porodičnog nasljeđa?) ili porodičnom okruženju, već negdje između: društvo ovdje igra ulogu medijatora. Društveni čovjek samo služi i pretpostavlja društvo¹².

Literatura

- Ackerman, N. (1966): *Psihodinamika porodičnog života*, Beograd, Prosveta
Cooper, D. (1983): *Jezik ludila*, Zagreb, Naprijed

12 Da li bi u nekom sretnijem društvenom okruženju mentalnih poremećaja bilo manje (zanimljivo je da je klinička slika shizofrenog poremećaja zavisna od društveno-kulturnog okruženja) i, s druge strane, zbog čega je postotak oboljelih od shizofrenije gotovo podjednak u različitim društvima? Dirkem bi rekao da svako društvo zahtijeva određenu žrtvu. Tako je, objašnjavajući razmjerno konstantne stope samoubistva u različitim društvima, došao do zaključka da društvo posjeduje kolektivnu energiju koja ljude prisiljava na samoubistvo. Ono je proizvod sila koje se nalaze van čovjeka, i koje na njega djeluju.

- Cooper, D. (1980): *Psihijatrija i antipsihijatrija*, Zagreb, Naprijed
- Grupa autora (1994): *Zdravlje pod sankcijama*, Beograd, Institut za mentalno zdravlje
- Grupa autora (1992): Mogućnosti upitničkog ispitivanja dimenzija porodičnog funkcionisanja, *Psihološka istraživanja 5*, Institut za psihologiju, Beograd, 63-85
- Ivanović, M. (1989): *Ekspresija emocija u porodicama pacijenata sa najčešćim tipovima shizofrenije i uticaj na tok bolesti*, Doktorska disertacija, Beograd, Medicinski fakultet
- Kecmanović, D. (1973): *Između normalnog i patološkog*, Beograd, Ideje
- Laing, R. D., Esterson, A. (1964): *Sanity, madness and family*, London, Penguin Books
- Milić, A. (2001): *Sociologija porodice*, Beograd, Čigoja
- Milojković, M., Srna, J., Micović, R. (1997): *Porodična terapija*, Beograd, Centar za brak i porodicu
- Milosavljević, P. (1974): *Porodica shizofrenog bolesnika*, Beograd, Doktorska disertacija, Institut za mentalno zdravlje
- Mitić, M. (1997): *Porodica i stres*, Beograd, Institut za psihologiju, IP Žarko Albulj
- Opalić, P. (1981): "Prikaz rada grupe mladih psihotičnih bolesnika", *Psihijatrija danas 1-3*, 221-229
- Opalić, P. (1995) : *Mi i oni drugačiji*, Institut za sociološka istraživanja, Beograd, Filozofski fakultet
- Opalić, P., Lešič, A. (2000): *Psiha i telesna trauma*, Beograd, CIBIF, Medicinski fakultet
- Pejović, M. (1982): *Porodica i psihopatologija*, Beograd, Institut za psihijatriju KCS
- Ruk, Đ. (1992): "Psihološke karakteristike paranoidne porodice iz perspektive porodične terapije", *Psihološka istraživanja 5*, Institut za psihologiju, Beograd, 97-115
- Rot, N. (1994): *Osnovi socijalne psihologije*, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
- Srna, J. (1980): "Porodična terapija", *Psihologija 1-2*, Savez društva psihologa, Beograd, 125-129