

# Socijalno-ekonomski status i mentalno zdravlje u Crnoj Gori: socio-geneza duševnih poremećaja u jednom tranzicijskom društvu

## */ Socioeconomic Status and Mental Health in Montenegro: Socio-genesis of Mental Disorders in a Transitional Society*

Mehmed Đečević

Fakultet političkih nauka, Studijski program Socijalna politika i socijalni rad, Univerzitet Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

*/ Faculty of Political Sciences, Study Programme for Social Policies and Social Work, University of Montenegro, Podgorica, Montenegro*

ORCID ID: 0000-0003-4571-195X

Socijalnim modelom u psihijatriji prepoznata je socijalno-genetska osovina etiologije duševnih poremećaja. Istraživanja na Zapadu uglavnom pokazuju da poremećaji iz psihotične i depresivne kategorije zahvaćaju pripadnike nižih socijalno-ekonomskih stratuma. Da bi se opisao socio-ekonomski status psihijatrijskih pacijenata u crnogorskom društvu, kao tranzicijskom, te da bi se ukazalo na socijalno-etiološku osovину geneze duševnih poremećaja u navedenom društvenom kontekstu, pristupljeno je istraživanju s kvaziekperimentalnim dizajnom. Kontrolni dio uzorka čine sudionici u istraživanju kod kojih nije dijagnosticiran duševni poremećaj, dok se eksperimentalni dio uzorka sastoje od pojedinaca kod kojih je dijagnosticiran psihotični ili depresivni poremećaj. Rezultati istraživanja ukazuju na tijesnu prepletenost socijalne i psihijatrijske problematike u crnogorskom društvu: psihijatrijski pacijenti dolaze iz porodica slabijeg socijalno-ekonomskog statusa, a i sami su opterećeni nizom socio-ekonomskih problema poput onih stambene prirode. Uvažavajući teorijske i praktične spoznaje socijalnog modela u psihijatriji, a s obzirom na rezultate istraživanja, na incidenciju i prevalenciju duševnih poremećaja u jednom tranzicijskom društvu moglo bi se utjecati intervencijama u području socijalne politike.

*In psychiatry, the social model recognises the socio-genetic axis of the etiology of mental disorders. Research conducted in the western countries generally indicates that disorders within the range of psychotic and depressive categories affect members of the lower socioeconomic strata. For the needs of this paper, a quasi-experimental research was conducted in order to describe the socioeconomic status of psychiatric patients in Montenegrin society, which can be categorised as transitional, and to underline the socio-etiological axis of the genesis of mental disorders in the aforementioned social context. The control sample consisted of research participants who have not been diagnosed with a mental disorder, whereas the experimental sample consisted of individuals who have been diagnosed with a psychotic or depressive disorder. The results of the study indicate the intertwined nature of social and psychiatric issues within Montenegrin society: psychiatric patients were from families of a lower socioeconomic status, and burdened with a number of socioeconomic issues, such as those of a residential character. Taking into consideration both theoretical and practical knowledge brought about by the social model in psychiatry together with the results of our study, it is our conclusion that the incidence and prevalence of mental disorders in a transitional society could be influenced by interventions in the field of social policy.*

**ADRESA ZA DOPISIVANJE /****CORRESPONDENCE:**

Doc. dr. Mehmed Đečević  
 Fakultet političkih nauka  
 Studijski program Socijalna politika i socijalni  
 rad  
 Univerzitet Crne Gore  
 13. jula br. 2 Đečevića 11  
 81000 Podgorica, Crna Gora  
 E-pošta: djecevic.mehmed@gmail.com

**KLJUČNE RIJEČ / KEY WORDS:**

Socijalno-ekonomski status / *Socioeconomic Status*  
 Psihoza / *Psychosis*  
 Depresija / *Depression*  
 Socijalna psihijatrija / *Social Psychiatry*

**TO LINK TO THIS ARTICLE:** <https://doi.org/10.24869/spsih.2023.30>

**UVOD**

U psihijatriji je aktualan bio-psiho-socijalni model tumačenja geneze duševnih poremećaja (1) koji poremećaj sagledava kao rezultantu međusobnog djelovanja čovjekove biološke/konstitucionalne osovine, psiholoških faktora, te okolinskih/socijalnih utjecaja. Tek poslijeratnom „socijalnom revolucijom“ (2) u području pomažućih profesija otvoren je prostor za ispitivanje društvenih, interpersonalnih i okolinskih faktora u etiologiji duševnih poremećaja. Jedan od je socijalnih faktora koji je, u istraživanjima na Zapadu, dovođen u vezu s postojanjem duševnog poremećaja socijalno-ekonomski status pojedinca i porodice. U skladu sa socijalnom paradigmom u psihijatriji (3), ovaj faktor je tretiran kao jedan od socio-genetskih vektora duševnih poremećaja.

Autori koji su radili na meta-analizi dvadeset istraživanja povedenih između 1950. i 1980. godine u Sjevernoj Americi i Europi (4) utvrđuju da su stope duševnih poremećaja oko 2,5 puta veće u najnižim socijalno-ekonomskim slojevima u usporedbi s višim. Novija studija (5) pokazuje da su „uobičajeni duševni poremećaji“ poput depresije i anksioznih poremećaja distribuirani tako da prate ekonomske indikatore pojedinca, porodice i zajednice, odnosno da su siromašniji i socijalno isključeni slojevi

**INTRODUCTION**

Psychiatry is currently dominated by the bio-psycho-social model of interpretation of the genesis of mental disorders (1), which treats the disorder as a result of a combination of a person's biological/constitutional axis, psychological factors, and environmental/social influences. Social, interpersonal and environmental factors have started to be examined in the context of aetiology of mental disorders only after the post-war “social revolution” (2) in the field of helping professions. The research conducted in the western countries found that the socioeconomic status of the individual and the family is one of the social factors linked to the emergence of mental disorders. In line with the social paradigm in psychiatry (3), this factor was treated as one of the socio-genetic vectors of mental disorders.

The authors of a meta-analysis (4) of twenty studies conducted between 1950 and 1980 in North America and Europe stated that the rates of mental disorders were about 2.5 times higher in the lowest socioeconomic strata than in the higher ones. A recent study (5) showed that “common mental disorders”, such as depression and anxiety disorders, are distributed in a way that they follow the economic indicators associated with the individual, the family and the community, i.e. that the poor and so-

stanovništva pod većim rizikom kada je u pitanju pojava poremećaja iz ove grupe. Srodna studija (6) dovodi u vezu postojanje financijskog duga kod pojedinca s duševnim poremećajem: što više financijskih obaveza pojedinci imaju, to su veće mogućnosti da se kod njih razvije duševni poremećaj.

Kada su u pitanju poremećaji raspoloženja, Marić (7) ističe da se ovi poremećaji često javljaju „i kod viših socio-ekonomskih grupa, za razliku od shizofrenije, koja se javlja kod siromašnih porodica.“ Ipak, na istom mjestu, autor dodaje i da ima istraživanja koja „s razlogom“ ukazuju da su depresije veoma česte i kod nižih socio-ekonomskih kategorija „usled nemogućnosti realizacije kvalitetnih modela življenja sa posledičnim razočarenjima“. Novija studija koja je osnovana na pregledu relevantne literature (8) pokazuje da su poremećaji raspoloženja (kao i poremećaji povezani s anksioznošću) 2,5 puta češći kod mladih koji su slabijeg socio-ekonomskog statusa, nego kod njihovih vršnjaka koji dolaze iz dobrostojećih porodica. Munjiza (9) pak navodi da relevantnim istraživanjem nije pronađena statistički značajna razlika ni kod teže depresivne epizode ni kod distimije u odnosu na obrazovni status, kao jedan od indikatora socio-ekonomskog statusa. Miech i Shanahan su u novijoj studiji (10) identificirali da se simptomi depresije ponašaju različito u funkciji vremena u odnosu na stupanj obrazovanja ispitanika: što je stupanj obrazovanja pojedinca viši, to simptomi depresije postaju blaži tijekom dužeg razdoblja. Drugim istraživanjem (11) je identificirano da postoji snažna negativna korelacija između stupnja obrazovanja i „uobičajenih duševnih poremećaja“, dok istim istraživanjem nije identificirana direktna veza između prihoda i ovih poremećaja. Dodajući dizajnu istraživanja varijablu spola, Brown i Harris (12) su pokazali da je stopa depresija kod žena iz radničke klase gotovo četiri puta veća nego kod žena iz srednje klase. U studiji (13) koja razmatra

cially excluded groups in the population were at a greater risk of occurrence of disorders. A related study (6) linked the existence of financial debt with mental disorders: the more financial obligations an individual has, the greater the chances of developing a mental disorder.

In terms of mood disorders, Marić (7) pointed out that these disorders also often occurred “in higher socioeconomic groups, unlike schizophrenia, which normally occurs in poor families.” However, the author added that there were studies that “justifiably” indicated that depression was also common among lower socioeconomic categories “due to the impossibility of achieving quality models of living, with consequent disappointment”. A more recent study, based on a review of the relevant literature (8), showed that mood disorders (as well as anxiety-related disorders) were 2.5 times more common among young people from a lower socioeconomic background than among their peers from well-off families. On the other hand, Munjiza (9) stated that the relevant research did not find a statistically significant difference neither in severe depressive episodes nor in dysthymia in relation to educational status, as one of the indicators of socioeconomic status. In a recent study (10), Miech and Shanahan found that depressive symptoms behave differently over time in relation to the level of education of the subjects: the higher the level of education of the individual, the milder the symptoms of depression over a longer time interval. Another study (11) found that there was a strong negative correlation between the level of education and “common mental disorders”, while the same study did not identify a direct link between income and these disorders. Adding the gender variable to the research design, Brown and Harris (12) found that the rate of depression among working-class women was nearly four times that of middle-class women. A study (13) that considered several socioeconomically conceptualised predictor models for depressive symptomatology in married couples,

više socijalno-ekonomski konceptualiziranih prediktorskih modela za depresivnu simptomatologiju kod bračnih parova, identificirano je da porast vrijednosti indikatora putem kojih je operacionaliziran konstrukt „ekonomske poteškoće“ utječe na povećanje izražavanja depresivne simptomatologije kod oba supruge. Navodeći nalaze Bebbingtona iz 1981. godine, Munjiza (14) utvrđuje tendenciju prema većoj stopi prevalencije depresije kod radničke klase nego kod ostalih klasa. Ovdje se, u skladu sa socijalističkim društvenim uređenjem, o radničkoj klasi govori kao o zajednici ljudi koji imaju nižu ili srednju stručnu spremu, dok se termin „više klase“ koristi da bi se imenovali pojedinci s visokim obrazovanjem. Možemo zaključiti da je, iako rezultati istraživanja na Zapadu nisu do kraja konzistentni, generalno utvrđena negativna korelacija između pojedinih indikatora socijalno-ekonomskog statusa pojedinca i poremećaja raspoloženja kao i uobičajenih duševnih poremećaja.

Rezultati poznatijih istraživanja koja dovode u vezu psihotične poremećaje (naročito shizofreniju) i socijalno-ekonomski status, a na koje se osvrće Kecmanović (15), favorizirajući tezu da postoji koncentracija osoba oboljelih od shizofrenije, kao i onih koji pate od ostalih vrsta psihoza, u nižim socijalnim strukturama. Munjiza konstatira (16) da „ni incidencija ni prevalencija shizofrenije nisu haotično distribuirani u socijalnim klasama“, da se „stalno nailazi na više slučajeva u nižim klasama nego što se to može očekivati slučajem“ te da se povećanje stope ovog poremećaja u najnižim socijalnim klasama može smatrati „čvrsto ustanovljenim“. Analizirajući rezultate obimnijih istraživanja distribucije duševnih poremećaja prema zanimanjima, to jest rezultate istraživanja međudnosa psihoze, ekonomske sigurnosti i socijalnog prestiža, Clark (17) zaključuje da je, za mentalno zdravlje, prestiž važniji od ekonomske sigurnosti i materijalnih pripadnosti koje osigurava obavljanje određenog za-

found that an increase in the value of indicators used to operationalize the concept of “economic difficulties” led to an increase in the manifestation of depressive symptomatology in both spouses. Citing the findings of Bebbington from 1981, Munjiza (14) found a tendency towards a higher prevalence of depression among the working class than among other classes. In line with the socialist system of government, working class was defined as a community of people with lower or secondary education, while the term “upper class” was used to designate individuals with higher education. Although the results of research conducted in the western countries are not completely consistent, we can conclude that a negative correlation has generally been established between certain indicators of an individual’s socioeconomic status and mood disorders, as well as common mental disorders.

Results of a well established study linking psychotic disorders (especially schizophrenia) with socioeconomic status, to which Kecmanović refers (15), favoured the thesis that in lower social structures there was a concentration of people suffering from schizophrenia, as well as those suffering from other types of psychosis. Munjiza stated (16) that “neither the incidence nor the prevalence of schizophrenia is chaotically distributed in social classes”, that “more cases are constantly encountered in lower classes than can be expected by chance” and that the increase in the rate of this disorder in the lowest social classes could be considered “firmly established”. Analysing the results of more extensive research on the distribution of mental disorders according to occupations, i.e. the relationship between psychosis, economic security and social prestige, Clark (17) concluded that, for mental health, prestige was more important than economic security and material belongings ensuring the performance of a certain occupation. Research (18) conducted by Pasamanick, Roberts, Lemkau and Krueger in Boston, on a representative sample consisting of non-hospitalised individuals, sup-

nimanja. Istraživanje (18) koje su Pasamanick, Roberts, Lemkau i Krueger provodili u Bostonu i to na reprezentativnom uzorku koji su sačinjavali nehospitalizirani pojedinci, išlo je u prilog tezi o koncentraciji psihotičnih poremećaja među nižim socijalno-ekonomskim slojevima. Ovo istraživanje je pokazalo da broj psihotičnih poremećaja, u cjelini, opada sa porastom indikatora socijalno-ekonomskog statusa, osim za najniži socijalni sloj. Jaco je, istražujući (19) odnos između incidencije svih oblika psihotičnih poremećaja i socijalnog statusa stanovnika Teksasa, utvrdio korelaciju zakrivljenog oblika (poput slova „U“). Ovim istraživanjem je, naime, identificiran visok stepen incidencije psihotičnih poremećaja među pripadnicima najnižeg i najvišeg socijalno-ekonomskog sloja, dok pripadnici srednjih slojeva pokazuju relativno nizak stupanj obolijevanja od psihotičnih poremećaja.

Operacionalizirajući, za potrebe istraživanja, konstrukt „socijalno-ekonomski status“ ističemo da je ovaj koncept, kako kažu Oakes i Rossi (20), latentna varijabla koja se ne može neposredno opažati i mjeriti. Da bismo konstrukt socijalno-ekonomskog statusa učinili manifestnim i eksplicitnim, pošli smo operacionalizacijom ovog konstrukta koju su predložili Galobadares i saradnici (21). Ova grupa autora, polazeći od Veberovih socioloških koncepta, ističe da je društvo hijerarhijski stratificirano duž mnogih dimenzija, što rezultira postojanjem različitih društvenih grupa čiji članovi dijele zajedničku poziciju na tržištu rada. Posljedično, pojedinci koji su članovi ovih grupa dijele slične „životne šanse“ koje su u vezi sa društvenim statusom i pozicijom na tržištu rada. Za potrebe istraživanja, a polazeći od navedenih koncepta, definirali smo sljedeće indikatore socijalno-ekonomskog statusa: 1) kvalitet stambene jedinice, 2) da li je ispitanik u podstanarskom statusu, 3) materijalni status primarne porodice, 4) prosječna mjesečna primanja-premorbidno, 5) zanimanje prema EseC

ported the thesis about the concentration of psychotic disorders among the lower socioeconomic strata. This research showed that the number of psychotic disorders, as a whole, decreased with an increase in indicators of socioeconomic status, except for the lowest social classes. Investigating (19) the relationship between the incidence of all forms of psychotic disorders and the social status of Texas residents, Jaco (19) found a curved correlation (in the form of the letter “U”). This research identified a high incidence of psychotic disorders among members of the lowest and highest socioeconomic strata, while members of the middle strata showed a relatively low incidence of psychotic disorders.

By operationalizing the construct of “socioeconomic status” for the purpose of this study, we underline that this concept, as Oakes and Rossi (20) argued, is a latent variable that cannot be directly observed and measured. In order to make the construct of socioeconomic status manifest and explicit, we used the operationalization of the construct proposed by Galobadares et al. (21). Starting from Weber’s sociological concepts, this group of authors argues that society is hierarchically stratified along many dimensions, which results in the existence of different social groups whose members share a common position in the labour market. Consequently, individuals who are members of these groups share similar “life chances” in relation to their social status and position in the labour market. For the purpose of the study and starting from the aforementioned concepts, we defined the following indicators of social and economic status: 1) quality of housing, 2) whether the respondent is a tenant, 3) financial status of the primary family, 4) average monthly income - pre-morbidity, 5) occupation according to the EseC classification of pre-morbidity, 6) level of education, 7) monthly household income, 8) monthly income per household member, 9) whether the respondent has been a beneficiary of social welfare.



klasifikaciji-premorbidno, 6) stupanj obrazovanja, 7) mjesečna primanja domaćinstva, 8) mjesečna primanja po članu domaćinstva, 9) je li ikada bio korisnik socijalnog osiguranja.

S obzirom da istraživanje provodimo u specifičnim društvenim okolnostima smatramo da se ova studija može tretirati i kao dopuna istraživanjima čiji su rezultati ranije prezentirani. Drugim riječima: naša studija testira pretpostavku da se socijalna i psihijatrijska problematika prepliću, ne samo u visoko razvijenim zemljama Zapada, nego i u jednom tranzicijskom društvu kakvo je crnogorsko. Ova kontekstualna razlika daje posebno značenje našem istraživanju čineći ga dodatno aktualnim, a njegove rezultate potencijalno aplikativnim. U nastojanju da opišemo specifičnosti društveno-političkog konteksta u kojem istražujemo, podsjetit ćemo da je tranzicija definirana kao „suvremeno prijelazno razdoblje koje od nekadašnjeg real-socijalizma vodi društvu izgrađene demokracije i tržišne privrede“ te da se u relevantnim bibliografskim jedinicama navodi da „sadržinu tranzicije čine: strukturno-institucijske reforme, makroekonomska stabilizacija, ekonomska liberalizacija, prestrukturiranje poduzeća i tranzicija tržišnoj privredi“ (22). Na istom mjestu u literaturi se kaže „da se zemlje koje su u privredi krenule ovim putem nazivaju zemljama u tranziciji.“ Imajući to u vidu naglasit ćemo da je čitav tranzicijski proces, u ovdje postavljenim društvenim okvirima, imao posebno turbulentan tok (ratovi u okruženju, izloženost sankcijama, ekspanzija siromaštva itd.). Zalazeći u teren mentalnog zdravlja historičari čak navode (dakako metaforički) da je početkom devedesetih godina XX. vijeka, koje su obilježene početkom tranzicije ali i ratovima u okruženju, crnogorsko društvo držano u stanju „permanentne ratne psihoze“ (23), dok autori iz područja socijalne politike, slično, govore o ovom razdoblju razvoja crnogorskog društva kao o razdoblju „tranzicijskog šoka“ (24). Pod teretom navedenih promjena tranzicija u Cr-

Given that we were conducting our study in very specific social circumstances, we believed that it could be treated as supplementary to the research presented earlier. In other words, our study tested the assumption that social and psychiatric issues were intertwined not only in highly developed western countries, but also in transitional societies such as Montenegrin society. This contextual difference is of particular significance for our research, making it even more current and its results potentially applicable. In an effort to describe the specifics of the socio-political context of this study, we note that transition is hereby defined as “the modern transition period that transforms a society from former real-socialism into democracy and a market economy” and that relevant literature states that “the content of the transition consists of the following: structural-institutional reforms, macroeconomic stabilisation, economic liberalisation, restructuring of companies and transition to a market economy” (22). Simultaneously, relevant literature states that “countries that have taken this path of economic development are referred to as countries in transition.” Bearing the above in mind, we underline that the entire process of transition, as defined in the social framework set in this paper, had a particularly turbulent course (wars in the region, exposure to sanctions, expansion of poverty, etc.). When approaching the field of mental health, historians metaphorically state that in the early 1990s, which were marked by the beginning of the transition and wars in the region, Montenegrin society was kept in a state of “permanent war psychosis” (23). Similarly, authors from the field of social policy speak of this period of development of Montenegrin society as the period of “transitional shock” (24). Weighed by the aforementioned changes, in Montenegro, the transition was marked by an overall social crisis giving birth to numerous social problems and deviations (25) that have resulted in a series of stressogenic factors, which are not prevalent in orderly western societies where the aforementioned studies were con-

noj Gori je obilježena sveukupnom društvenom krizom, koja je porodila brojne socijalne probleme i društvene devijacije (25), što je rezultiralo brojnim stresogenim faktorima, kakvi nisu djelatni u uređenim zapadnim društvima, u kojima su provođene ranije spomenute studije. Prisutnost ovih faktora, koji na pojedina, grupu i zajednicu djeluju iz socio-političke makro-sfere pruža distinktivnost i aktualnost našem istraživanju.

Najopćenitiji cilj ovog rada je detektiranje utjecaja socio-ekonomskih faktora na nastanak duševnih poremećaja u crnogorskom društvu kao tranzicijskom, a u komparaciji s rezultatima analognih studija na Zapadu. Cilj je, također, utvrditi poveznicu između socio-ekonomskih faktora mentalnog zdravlja i hereditarnog opterećenja duševnim poremećajima u porodici. Drugim riječima, namjeravamo pokazati je li se (i ako jest, na koji način) socio-ekonomski status psihijatrijskih pacijenata u crnogorskom društvu razlikuje od ekvivalentnog statusa mentalno zdravog dijela populacije. Ukazivanje na isprepletenost socijalne i psihijatrijske problematike bi i u analiziranim društvenim okvirima ukazalo na značenje prevencije duševnih poremećaja iz vizure socijalne politike i socijalnog rada, onako kako je to slučaj na Zapadu. Značenje socijalne tematike u tumačenju kompleksne etiologije duševnih poremećaja na Zapadu je već toliko prepoznato da se u pojedinim bibliografskim jedinicama, socijalni radnik naziva i „psihijatrom za siromašne“ (26).

U tripartitnoj podjeli istraživanja na deskriptivna, eksploracijska i eksplanacijska, naše istraživanje se može okarakterizirati kao eksploracijsko, dok je ono, metodološki, nomotetičko. Odnosno, cilj je, na makro-planu (i jezikom velikih brojeva) identificirati i „izoštriti“ korelaciju između varijabli „socio-ekonomski status“ i „postojanje duševnog poremećaja“, sve u opisanom tranzicijskom kontekstu i bez ulaženja u detalje koji bi na razini ličnosti tumačili mehanizme kojima socio-etiološki

ducted. The presence of these factors affecting the individual, group and the community from the socio-political macro-sphere provides our study with distinctiveness and relevance.

The most general objective of this paper was to detect the impact of socioeconomic factors on the emergence of mental disorders in Montenegrin society, as a transitional type of society, and to compare that impact with the results of similar studies conducted in the western countries. The aim was also to establish a relationship between socioeconomic factors of mental health and hereditary burden of mental disorders in the family. In other words, our intention was to find whether (and if so, in what way) the socioeconomic status of psychiatric patients in Montenegrin society differed from the equivalent status of the mentally healthy part of the population. An overview of the intertwined nature of social and psychiatric issues in the given social framework should also indicate the importance of prevention of mental disorders from the point of view of social policy and social welfare, as is the case in the western countries. The significance of social topics in the interpretation of the complex aetiology of mental disorders in the West has already been recognised to such a degree that, according to some sources in literature, the social worker has also been called a “psychiatrist for the poor” (26).

In terms of the tripartite division of research into descriptive, exploratory and explanatory, our study can be characterised as exploratory, and methodologically nomothetic. In other words, on a macro level (and using the language of large numbers), the goal was to identify and “fine-tune” the correlation between the variables of “socioeconomic status” and “existence of a mental disorder” in the context of transition, and without going into too many details that would, at the level of personality, interpret the mechanisms by which socioetiological factors acted as causes of mental disorders. Therefore, our study was set in a unique socio-political

faktori djeluju kao uzročnici duševnih poremećaja. Ovim straživanjem, dakle, u unikatnom društveno-političkom kontekstu, testiramo na Zapadu već identificiranu korelaciju između socio-ekonomskog statusa i duševnog poremećaja. Ako se pokaže da rezultati našeg istraživanja prate ranije prikazane nalaze, dobio bi se još jedan pouzdani indikator o sprezi socio-ekonomskog statusa i duševnih poremećaja i otvorile bi se perspektive u prevenciji duševnih poremećaja iz vizure socijalne politike u tranzicijskom društvu. Ako se pokaže da rezultati naše studije odudaraju od ranije prezentiranih, koji su identificirani u razvijenim državama Zapada, moglo bi se pristupiti idiografskim (psihodinamskim ili ekološko-sistemskim) studijama, koje bi oslikale prirodu korelacije navedenih varijabli u crnogorskom društvu i dale odgovor na pitanje zašto se veza između socio-ekonomskog statusa i duševnog poremećaja „ponaša“ drugačije u jednom tranzicijskom društvu nego u razvijenim društvima Zapada. Ovim istraživanjem, dakle, kao nomotetičkim i eksplorativnim, otvaramo put za potencijalnu idiografsku i eksplanacijsku studiju.

## METODA

### Uzorak

Istraživanje ima kvaziekperimentalni dizajn, pri čemu uzorak (N=341) sačinjavaju dvije grupe: klinička/eksperimentalna (N1=126) kod čijih je pripadnika identificiran duševni poremećaj i zdrava/kontrolna (N2=215) koja je reprezent opće populacije Crne Gore. Prema obliku dijagnostičiranog poremećaja klinički dio uzorka čine 85 ispitanika kod kojih je prisutan neki oblik *psihotičnog* poremećaja (što, procentualno, iznosi 67 % ovog dijela uzorka) i 41 ispitanik čija je primarna nozološka kategorija *depresivni* poremećaj raspoloženja, bilo da su prisutne psihotične promjene ili nisu (radi se o 33 % kliničkog uzorka). Za potrebe istraživa-

context and used to test the correlation between the socioeconomic status and the mental disorder already identified in the western countries. If the results of our study followed the previously presented findings, one more reliable indicator of the relationship between socioeconomic status and mental disorders would be obtained, which would in turn open up perspectives for the prevention of mental disorders from the point of view of social policies in a transitional society. On the other hand, if the results of our study deviated from those previously presented in relation to developed western countries, it would be possible to develop further idiographic (psychodynamic or ecological-systemic) studies, which would depict the nature of the correlation of the said variables in Montenegrin society and provide an answer to the question of why the relationship between the socioeconomic status and the mental disorder “acted” differently in a transitional society than in developed western societies. Therefore, with this nomothetic and exploratory study we pave the way for a potential idiographic and explanatory study.

## METHOD

### Sample

The study had a quasi-experimental design, whereby the sample (N=341) consisted of two groups: clinical/experimental (N1=126), whose members have been diagnosed with a mental disorder, and healthy/control (N2=215), representing the general population of Montenegro. In terms of the type of the diagnosed disorder, the clinical sample consisted of 85 subjects who suffered from some form of *psychotic* disorder (67 per cent of the clinical sample) and 41 subjects who fell under the primary nosological category of a *depressive* mood disorder, regardless of the presence of psychotic changes (33 per cent of the clinical sample). For the purpose of this study, the presence (or absence)



nja, a na temelju psihijatrijske anamneze i iska-za sudionika u istraživanju, evidentirana je prisutnost (ili odsutnost) *hereditarnog opterećenja* u odnosu na duševni poremećaj. S obzirom na cilj istraživanja pri formiranju kontrolne grupe vođeno je računa da ona, po socijalno-demografskim varijablama koje mogu biti značajne za dalje analize, oslikava populaciju Crne Gore.

## Instrumentarij i postupak istraživanja

Na temelju prikazane operacionalizacije konstrukta „socijalno-ekonomski status“, pristupljeno je postupku prikupljanja podataka. Istraživački postupak je imao oblik usmene ankete pri čemu je od svakog sudionika u istraživanju traženo da ponudi odgovore na devet ranije navedenih indikatora putem kojih je operacionaliziran navedeni konstrukt. Istraživački postupak je obavljen od travnja do kolovoza 2017. godine za eksperimentalnu grupu, odnosno tijekom rujna 2017. godine za kontrolnu grupu. Podatci za eksperimentalni dio uzorka su većim dijelom prikupljeni u okviru Psihijatrijske klinike Kliničkog centra Crne Gore (Podgorica) i to kako s onim sudionicima u istraživanju koji su liječeni ambulantno, tako i s onima koji su liječeni u stacionaru. Manji dio eksperimentalnog uzorka bili su sudionici u istraživanju koji se liječe u Zdravstvenoj ustanovi Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ (Kotor). Prikupljanje podataka za kontrolnu grupu je obavljano na terenu, u gradovima triju crnogorskih regija (sjeverna, središnja i južna). Svi participanti su dali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju i potpisali informirani pri-stanak.

## REZULTATI

Empirijska građa je obrađena pomoću statističkog programa SPSS. Od statističkih operacija rađeni su hi-kvadrat računi za kategorijalne

of a hereditary burden in relation to the mental disorder was recorded on the basis of the psychiatric anamnesis and the testimony of research participants. Taking into consideration study objectives, during the formation of the control group, we ascertained that it reflected the whole population of Montenegro in terms of socio-demographic variables that might be significant for further analysis.

## Instruments and procedure

The process of data collection was conducted on the basis of the previously presented model of operationalization of the “socioeconomic status” construct. The study procedure took the form of an oral survey, in which each participant was asked to offer answers to nine previously mentioned indicators according to which the said construct was operationalized. The study was conducted in the period from April to August 2017 for the experimental group, and in September 2017 for the control group. Data collection for the experimental sample was for the most part conducted at the Psychiatric Department of the Clinical Centre of Montenegro (Podgorica), both with the participants who were treated on an outpatient basis, and those treated in an inpatient setting. A small group within the experimental sample was comprised of patients who were being treated at the “Dobrota” Health Institution Special Hospital for Psychiatry (Kotor). Data collection for the control group was performed on the ground, in municipalities belonging to the three Montenegrin regions (northern, central and southern). All participants gave their consent to participate in the study and signed an informed consent form.

## RESULTS

Empirical material was processed using the SPSS statistical programme. In terms of statistical operations, chi-square tests were per-

varijable, ovisno o odgovoru sudionika u istraživanju. Plan obrade i prikaza rezultata dat je u tablici 1.

U tablici 2 su prikazani rezultati hi-hvadrat testa za svaku od devet varijabli putem koje je operacionaliziran konstrukt „socio-ekonomski status.“ Dat je prikaz za svaki od tri slučaja koja su navedena u tablici 1, za prvu situaciju: bez kontrole hereditarnog opterećenja sudionika u istraživanju.

Rezultati prikazani u tablici 2 mahom ukazuju na specifičan socio-ekonomski status pojedinaca iz kontrolne grupe. Na temelju uvida u krostabulacije promptno zaključujemo da su, u odnosu na većinu indikatora i za veći broj testiranih slučajeva, psihijatrijski pacijenti slabijeg socijalno- ekonomskog stanja od mentalno zdravog dijela crnogorske populacije.

Da bi se smanjio utjecaj herediteta na zaključke o socijalno-etiolološkoj osovini analiziranih poremećaja, pristupljeno je statističkom postupku sličnom onom čiji su rezultati upravo prezentirani, ali tek nakon što su iz uzorka odstranjeni oni ispitanici kod kojih je zabilježen pozitivan nalaz na hereditet. U nastavku su date vrijednosti za ponovljene hi-kvadrat testove, u situaciji u kojoj je kontrolirano hereditarno opterećenje ispitanika. Da se ne bismo ponavljali, prikazat ćemo samo one varijable za koje je, makar u jednom od tri moguća slučaja, dobijen rezultat koji se razlikuje od odnosnog rezultata dobijenog u situaciji 1. Rezultati hi-kvadrat testa za situaciju 2 dati su u tablici 3.

formed for categorical variables, depending on the responses provided by research participants. Data processing plan and overview of results are provided in Table 1.

Table 2 shows the results of the chi-square test for each of the nine variables according to which the “socioeconomic status” construct has been operationalized. It contains an overview for each of the three cases listed in Table 1 for the first situation, i.e. without hereditary burden control in relation to the research participants.

The results shown in Table 2 mostly indicate the specific socioeconomic status of individuals from the control group. The analysis of the crosstabulation shows that in relation to most indicators, and for a larger number of tested cases, psychiatric patients were of lower socioeconomic status than the mentally healthy part of the Montenegrin population.

In order to reduce the influence of heredity on the conclusions about the socio-etiological axis of the analysed disorders, a statistical procedure similar to the one just presented was undertaken, but only after removing respondents who tested positive for heredity from the sample. The values for repeated chi-square tests are given below for a situation where the hereditary burden of the subjects was controlled. In order to avoid repetition, we show only the variables for which the obtained result differed from the corresponding result obtained in situation 1 in at least one of the three possible cases. Table 3 presents the results of the chi-square test for situation 2.

**TABLICA 1.** Plan obrade podataka i prikaza rezultata istraživanja  
**TABLE 1.** Data processing plan and presentation of research results

	Situacija 1: bez kontrole herediteta / Situation 1: No heredity control	Situacija 2: uz kontrolu herediteta / Situation 2: Heredity control
<b>Slučaj 1 / Case 1</b>	Klinički/zdravi uzorak / Clinical/healthy sample	Klinički/zdravi uzorak / Clinical/healthy sample
<b>Slučaj 2 / Case 2</b>	Pojedinci s psihozom/zdravi uzorak / Individuals suffering from psychosis/healthy sample	Pojedinci s psihozom/zdravi uzorak / Individuals suffering from psychosis/healthy sample
<b>Slučaj 3 / Case 3</b>	Pojedinci s depresijom/zdravi uzorak / Individuals suffering from depression/healthy sample	Pojedinci s depresijom/zdravi uzorak / Individuals suffering from depression/healthy sample

**TABLICA 2.** Socijalno-ekonomski status-krostabulacije, situacija 1  
**TABLE 2.** Socioeconomic status and crosstabulation in situation 1

	Slučaj / Case	Varijabla / Variable	Nivo značajnosti / Significance
<b>V 1</b>	Slučaj 1 / Case 1	Kvaliteta stambene jedinice / Quality of the housing unit	Chi=14,127 (df=4) p<0,01
	Slučaj 2 / Case 2	Kvaliteta stambene jedinice / Quality of the housing unit	Chi=11,210 (df=4) p<0,05
	Slučaj 3 / Case 3	Kvaliteta stambene jedinice / Quality of the housing unit	Chi=12,204 (df=4) p<0,05
<b>V 2</b>	Slučaj 1 / Case 1	Da li je podstanar / Are they a tenant	Chi=3,795 (df=2) p>0,1
	Slučaj 2 / Case 2	Da li je podstanar / Are they a tenant	Chi=6,807 (df=2) p<0,05
	Slučaj 3 / Case 3	Da li je podstanar / Are they a tenant	Chi=0,585 (df=1) p>0,1
<b>V 3</b>	Slučaj 1 / Case 1	Materijalni status primarne porodice / Material status of the primary family	Chi=10,060 (df=4) p<0,05
	Slučaj 2 / Case 2	Materijalni status primarne porodice / Material status of the primary family	Chi=6,581 (df=4) p>0,1
	Slučaj 3 / Case 3	Materijalni status primarne porodice / Material status of the primary family	Chi=12,080 (df=4) p<0,05
<b>V 4</b>	Slučaj 1 / Case 1	Prosječna mjesečna primanja – premorbidno / Average monthly income - pre-morbidity	Chi=58,596 (df=9) p<0,01
	Slučaj 2 / Case 2	Prosječna mjesečna primanja – premorbidno / Average monthly income - pre-morbidity	Chi=66,452 (df=9) p<0,01
	Slučaj 3 / Case 3	Prosječna mjesečna primanja – premorbidno / Average monthly income - pre-morbidity	Chi=18,221 (df=9) p<0,05
<b>V 5</b>	Slučaj 1 / Case 1	Posao prema ESeC - premorbidno / Job according to ESeC – pre-morbidity	Chi=46,444 (df=10) p<0,001
	Slučaj 2 / Case 2	Posao prema ESeC - premorbidno / Job according to ESeC – pre-morbidity	Chi=46,473 (df=10) p<0,001
	Slučaj 3 / Case 3	Posao prema ESeC - premorbidno / Job according to ESeC – pre-morbidity	Chi=23,670 (df=10) p<0,01
<b>V 6</b>	Slučaj 1 / Case 1	Stupanj obrazovanja / Level of education	Chi=26,889 (df=3) p<0,001
	Slučaj 2 / Case 2	Stupanj obrazovanja / Level of education	Chi=28,907 (df=3) p<0,001
	Slučaj 3 / Case 3	Stupanj obrazovanja / Level of education	Chi=5,735 (df=3) p>0,1
<b>V 7</b>	Slučaj 1 / Case 1	Mjesečna primanja domaćinstva / Household monthly income	Chi=39,816 (df=10) p<0,01
	Slučaj 2 / Case 2	Mjesečna primanja domaćinstva / Household monthly income	Chi=39,425 (df=10) p<0,01
	Slučaj 3 / Case 3	Mjesečna primanja domaćinstva / Household monthly income	Chi=17,794 (df=10) p<0,1
<b>V 8</b>	Slučaj 1 / Case 1	Mjesečna primanja po članu domaćinstva / Monthly income per member of household	Chi=30,432 (df=6) p<0,001
	Slučaj 2 / Case 2	Mjesečna primanja po članu domaćinstva / Monthly income per member of household	Chi=38,150 (df=6) p<0,001
	Slučaj 3 / Case 3	Mjesečna primanja po članu domaćinstva / Monthly income per member of household	Chi=9,763 (df=6) p>0,1
<b>V 9</b>	Slučaj 1 / Case 1	Da li je bio korisnik soc. osiguranja / Were they beneficiaries of social welfare	Chi=36,847 (df=1) p<0,01
	Slučaj 2 / Case 2	Da li je bio korisnik soc. osiguranja / Were they beneficiaries of social welfare	Chi=45,647 (df=1) p<0,01
	Slučaj 3 / Case 3	Da li je bio korisnik soc. osiguranja / Were they beneficiaries of social welfare	Chi=9,899 (df=1) p<0,05

**TABLICA 3.** Socijalno-ekonomski status-krostabulacije, situacija 2  
**TABLE 3.** Socioeconomic status and crosstabulation in situation 2

<b>V 1</b>	Slučaj 1 / Case 1	Kvaliteta stambene jedinice / Quality of the housing unit	Chi=5,602 (df=4) p>0,1
	Slučaj 2 / Case 2	Kvaliteta stambene jedinice / Quality of the housing unit	Chi=11,210 (df=1) p<0,05
	Slučaj 3 / Case 3	Kvaliteta stambene jedinice / Quality of the housing unit	Chi=12,204 (df=4) p<0,05
<b>V 3</b>	Slučaj 1 / Case 1	Materijalni status primarne porodice / Material status of the primary family	Chi=7,627 (df=4) p>0,1
	Slučaj 2 / Case 2	Materijalni status primarne porodice / Material status of the primary family	Chi=6,851 (df=4) p>0,1
	Slučaj 3 / Case 3	Materijalni status primarne porodice / Material status of the primary family	Chi=12,080 (df=4) p<0,05

Rezultati prikazani u tablici 3 pokazuju da u situaciji 2 ne postoji razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe što se tiče kvaliteta stambene jedinice, dok je takva razlika identificirana u situaciji 1. Također, u situaciji kontroliranog herediteta nije identificirana značajna razlika između eksperimentalne i kontrolne grupe u odnosu na materijalni status primarne porodice, dok je takva razlika prepoznata u situaciji 1.

## RASPRAVA

Rezultati dobijeni na V1 (tablica 2) ukazuju da pojedince s duševnim poremećajima treba tražiti među onim društvenim slojevima koji žive u oskudnim stambenim uvjetima. Ovaj nalaz, osim u općenitom smislu (slučaj 1), vrijedi kako za pojedince sa psihotičnim (slučaj 2), tako i za one s depresivnim poremećajem (slučaj 3). Uvidom u krostabulacije zaključujemo da u sva tri analizirana slučaja za V1 matrica povezanosti varijabli ima sličnu distribuciju: u srednjim kategorijama („stan donekle uvjetovan“ i „stan uvjetovan“) razlike između opserviranih i idealnih frekvencija su minimalne, ali postaju izrazite kako se krećemo prema ekstremima. Tako je među ispitanicima iz eksperimentalne grupe znatno više onih koji žive u „vrlo neuvjetovanom“ stanu nego što bi bilo očekivano u idealnom slučaju, dok je u istom dijelu uzorka, analogno, znatno manje onih koji žive u luksuznim uvjetima nego što bi bilo očekivano pod pretpostavkom da varijable o kojima je riječ nisu povezane. Situacija je, za ekstremne vrijednosti u V1, upravo suprotna sa zdravim dijelom uzorka. Što se tiče vlasništva nad stambenom jedinicom (V2) jedini slučaj u kojem je dobijen statistički značajan podatak je onaj drugi. Uvidom u krostabulacije zaključujemo da je među pojedincima kod kojih je dijagnosticiran neki oblik psihotičnog poremećaja više podstanara ili onih koji žive kod rodbine u stanu koji ne plaćaju, nego što bi to

The results shown in Table 3 confirm that in situation 2 there was no difference between the experimental and control groups in terms of quality of housing, whereas such a difference was identified in situation 1. Additionally, in the situation of controlled heredity, no significant difference was identified between the experimental and control groups in relation to the material status of the primary family, whereas such a difference was noted in situation 1.

## DISCUSSION

The results obtained for V1 (Table 2) suggest that individuals with mental disorders may be found among members of lower social strata and living in poor housing conditions. Except in the general sense (case 1), this finding applies to both individuals with psychotic disorder (case 2) and those with depressive disorder (case 3). By analysing the crosstabulations, we found that in all the three cases analysed for V1, the matrix of relationships between variables had a similar distribution, i.e., in the middle categories (“housing is somewhat adequate” and “housing is adequate”), the differences between observed and ideal frequencies were minimal, but they became more pronounced as we moved to the extremes. Thus, among the respondents from the experimental group, there were significantly more people living in “very inadequate” housing than would be expected in the ideal case, while in the same sample, analogously, there were significantly fewer people than expected living in luxurious conditions, assuming that the variables in question were not related. For the extreme values in V1, the situation is exactly the opposite with the healthy part of the sample. With regards to ownership of housing (V2), the only case in which statistically significant data was obtained was the second one. The analysis of the crosstabulations showed that among individuals who suffered from some type of a psychotic disorder, there were more tenants or



bilo za očekivati u idealnom slučaju. Analogno, u ovom dijelu uzorka se nalazi manje pojedinaca koji su sami vlasnici stambene jedinice u kojoj žive, nego što bi bilo očekivano. Postojanje poremećaja iz psihotičnog spektra se u Crnoj Gori očigledno isprepliće s komplikacijama u stambenoj problematici, što je, kako će se pokazati, tek segment preklapanja narušenog mentalnog zdravlja i loše socijalno-ekonomske pozicije pojedinca i porodice. Ovaj nalaz, iako može biti značajan za neke aspekte socijalne politike, te za aktivnosti u oblasti tercijarne prevencije duševnih poremećaja (odnosno-za komunalnu psihijatriju i socijalni rad), u dizajnu našeg istraživanja nema eksplanacijsko nego tek deskriptivno značenje. Naime, polazeći od toga da je vlasništvo nad stambenom jedinicom relativno dugotrajna kategorija, pri prikupljanju podataka nismo bilježili odgovore o stambenim uvjetima premorbidno i retrospektivno, već smo se fokusirali na aktualno stanje.

Vrijednosti u varijabli „materijalni status primarne porodice“ (V3), kao promjenjivoj koja, osim deskriptivnog, u kontekstu našeg istraživanja može imati i izvjesno prediktorsko značenje, povezane su s postojanjem duševnog poremećaja openito, kao i s postojanjem depresivnog poremećaja. U prvom slučaju priroda ove veze je vrlo interesantna. Naime, na osnovi uvida u krostabulacije možemo zaključiti da identificirana povezanost nije linearna: u svim kategorijama koje su predviđene kao odgovori u V3, broj i procenat pojedinaca s poremećajima su veći nego što bi to bilo očekivano u idealnom slučaju, osim u srednjoj kategoriji-„prosječno imovinsko stanje.“ Drugim riječima, proporcija ispitanika koji imaju duševni poremećaj, a koji dolaze iz porodica prosječnog imovinskog stanja je znatno manja nego što bi to bio slučaj da dvije analizirane varijable nisu povezane. Istovremeno, proporcija ovih ispitanika u situacijama koje se grupiraju oko ekstrema (siromašne/veoma siromašne i

those who lived with relatives in an apartment they did not pay for, than would be expected in the ideal case. Analogously, fewer individuals in this sample were owners of a housing unit than would be expected. The existence of disorders on the psychotic spectrum in Montenegro is obviously interlinked with complications around housing issues, which, as this study shows, is only a segment of overlapping between impaired mental health and poor socioeconomic position of individuals and families. Although it may be important for certain aspects of social policy and activities in the tertiary prevention of mental disorders (i.e. communal psychiatry and social work), this finding does not have explanatory, but rather descriptive significance in the design of our study. Given that the ownership of a housing unit is a relatively long-term category, we have not recorded answers about housing conditions pre-morbidity and retrospectively while collecting data. Instead, we focused on the current situation.

The values in the variable of “material status of the primary family” (V3), which in the context of our study may have had some predictive significance, were linked to the existence of mental disorders in general, and depressive disorders. In the first case, the nature of this relationship is very interesting. Namely, the analysis of cross-tabulation indicated that the identified relationship was not linear: in all the categories provided as answers in V3, the number and percentage of individuals with disorders were higher than ideally expected, except for the middle category indicating the average material status. In other words, the proportion of respondents with mental disorders who came from families of average means was significantly lower than would have been the case if the two analysed variables were not related. Simultaneously, when grouped around extremes (poor/very poor and well-off/very well-off families) the proportion of these respondents was higher than it would have been the case if there was no relationship between the

dobrostojeće/veoma dobrostojeće porodice) je veća nego što bi to bio slučaj u situaciji da ne postoji veza između varijabli. Očigledno, duševni poremećaji u crnogorskom društvu imaju tendenciju da se grupiraju u porodicama koje su u odnosu na materijalno stanje bliže krajnjim vrijednostima. Na ovom mjestu ćemo, tragajući u socijalno-političkom stratumu za etiološkim faktorima duševnih poremećaja te poštujući neka osobna zapažanja do kojih smo došli tijekom postupka prikupljanja podataka, kao i činjenicu da se čak 61,3 % naših ispitanika nalazi u razdoblju od 31 do 60 godina, pokušati dati značenje upravo navedenim nalazima. Na osnovi do sada rečenog može se pretpostaviti da su, u smislu mentalnog zdravlja, „žrtve tranzicije“ zapravo pojedinci koji su odrasli u dobrostojećim i siromašnim porodicama, dok je nekadašnja srednja klasa, u odnosu na psihološki kriterij, paradoksnno, najbolje podnijela tranziciju. Ono što ostaje kao moguće tumačenje jest da su transgeneracijski siromašni pojedinci, u situaciji u kojoj su dodatno pogođeni socijalno-ekonomskom deprivacijom, očekivano počeli pokazivati znakove psihološkog malreagiranja. Istovremeno, pozivajući se na aksiološku osovinu koja je bila karakteristična za razdoblje SFRJ, tumačenje za drugi ekstrem (ispitanici iz boljestojećih primarnih porodica) bi bilo da je među pojedincima koji su, tijekom razdoblja komunizma, pripadali višim društvenim slojevima, došlo do naglog gomilanja socijalno-ekonomskih problema, kao i do rasta dirkemovske socijalne anomije u situaciji kraha ranije etabliranih vrijednosti s kojima je ovaj dio populacije bio sistemski srastao, i konačno-do manifestiranja psihičkih problema. Drugo moguće tumačenje bi se kretalo u pravcu analize da su pojedinci koji dolaze iz bogatijih porodica imali slabije razvijene mehanizme suočavanja s tranzicijskim stresom, te da su pojedinci koji dolaze iz najsiromašnijih porodica, očekivano, bili najviše pogođeni tranzicijom kao socio-ekonomskim procesom, dok je srednja klasa imala izgrađene mehaniz-

variables. Therefore, it is clear that mental disorders in Montenegrin society tend to be grouped in families that are, in relation to their financial situation, closer to the extreme values. In our search for etiological factors of mental disorders in the socio-political stratum and taking into account some personal observations that we made during the data collection process, as well as the fact that as many as 61.3 per cent of our respondents were in the category of 31 to 60 years of age, here we will try to attribute meaning to the aforementioned findings. Based on the discussion so far, it can be assumed that in terms of mental health “victims of transition” are actually those individuals who grew up in wealthy or poor families, while, in relation to the psychological criterion, the former middle class, paradoxically, coped with the transition in the best way possible. A possible explanation for this is that trans-generationally poverty-stricken individuals found in the situation of additional pressure of socioeconomic deprivation started to show signs of poor psychological reaction, as it was expected. At the same time, if we take into account the axiological basis that characterised the period of SFRY, the explanation for the other extreme (respondents from well-off primary families) could be that individuals who had belonged to higher social strata during communism quickly accumulated a whole range of socioeconomic problems and were faced with the growth of Durkheim’s social anomie due to the collapse of previously established values with which this part of the population was systematically fused, which then manifested as mental problems. Another possible interpretation could be that individuals coming from wealthier families had less developed coping mechanisms for transition-related stress, and that individuals coming from the poorest families were, as expected, most affected by the transition as a socioeconomic process, while the middle class had built-in mechanisms that enabled it to overcome transitional adversities without manifesting psychological problems. At the lev-

me koji su joj omogućili da tranzicijske nedaće prebrodi bez manifestiranja psihičkih problema. Na razini analize individualnih poremećaja koji su predmet našeg rada, za varijablu V3 nije nađena značajna povezanost sa psihičnim poremećajem, dok je takva povezanost identificirana kada su u pitanju depresije. Na osnovi uvida u krostabulacije zaključit ćemo da i u ovom slučaju priroda veze između varijabli prati onaj oblik koji je opisan u slučaju 1, te da depresija pokazuje tendenciju grupiranja kod pojedinaca koji su odrasli u siromašnijim i bogatijim porodicama, dok je stopa ovog poremećaja među pojedincima koji su odrasli u porodicama prosječnog materijalnog stanja niža nego što bi to bio slučaj kada ove dvije varijable ne bi bile povezane.

Varijable „prosječna mjesečna primanja“, „posao/zanimanje ispitanika“, te „stupanj obrazovanja“ su posebno važne kada je u pitanju socijalno-ekonomska pozicija samog pojedinca te smo ih u tablici 2 prikazali jednu za drugom. Operacionalizirajući koncept životnih šansi u nekoliko socijalno-ekonomskih varijabli od kojih su najvažnije obrazovanje, prihod i zanimanje, ustanovit ćemo da na ovom mjestu zapravo analiziramo jezgru socijalno-ekonomskog statusa ispitanika u skladu sa selektivnom operacionalizacijom ovog koncepta. Krostabulacije u analiziranim situacijama za sve tri varijable zapravo direktno potvrđuju ono što je implicitna hipoteza našeg istraživanja, tj. da je socijalno-ekonomski status duševno oboljelih u crnogorskom društvu u premorbidnoj fazi života nepovoljniji nego što je socijalno-ekonomski status prosječnog žitelja Crne Gore. Jedina iznimka je slučaj 3 za V6, gdje nije identificirana statistički signifikantna povezanost između depresivnih stanja i stupnja obrazovanja.

Uvažavajući stav pojedinih istraživača (27), koji tvrde da je stupanj obrazovanja glavna komponenta konstrukta „socijalno-ekonomski status“, posebno ćemo se osvrnuti na rezulta-

el of analysis of individual disorders that are the subject of this paper, for variable V3, no significant relationship was found with psychotic disorders, while such a relationship was identified for depression. The analysis of crosstabulation indicated that the nature of the relationship between variables in this case followed the form described in case 1, and that depression tended to prevail in individuals who grew up in poorer or wealthier families, while the rate of this disorder in individuals who grew up in families of average material status was lower than would be the case if the two variables were not correlated.

The variables of “average monthly income”, “job / occupation of the respondents”, and “level of education” presented consecutively in Table 2 proved especially important in relation to the socioeconomic position of the individual. While operationalizing Weber’s concept of life chances according to several socioeconomic variables, the most important of which are education, income and occupation, we have established that we actually had to analyse the core of the respondents’ socioeconomic status in line with the selected form of operationalization of this concept. Crosstabulations in the analysed situations for all three variables directly confirmed the implicit hypothesis of our research, i.e., the socioeconomic status of the mentally ill in Montenegrin society in the pre-morbidity phase of life is less favourable than the socioeconomic status of the average Montenegrin citizen. The only exception was the case 3 for V6, where no statistically significant association between depressive states and the level of education was identified.

Taking into account the position of some researchers (27) who claim that the level of education is the main component of the construct of “socioeconomic status”, we paid particular attention to the results identified in relation to the variable V6. The variables of “level of education of the respondents” and “mental health/disorder” were significantly statistically related in

te koji su identificirani u odnosu na varijablu V6. Varijable „stupanj obrazovanja ispitanika“ i „mentalno zdravlje/poremećaj“ su statistički značajno povezane u prvom i drugom slučaju, dok u trećem nisu. Rezultati koje očitavamo u krostabulacijama za one slučajeve u kojima je identificirana povezanost između analiziranih varijabli nedvosmisleno ukazuju da je priroda ove veze takva da su niži stupnjevi obrazovanja povezani s postojanjem duševnog poremećaja, odnosno da su poremećaji rjeđi kod pojedinaca višeg obrazovnog statusa. Usporedbom između frekvencija dobijenih za slučaj 1, očitavamo da je očekivana frekvencija pojedinaca u kategoriji „osnovna škola i niže“ za klinički dio uzorka 16,6, dok je opservirana vrijednost čak 28. Analogne brojke za zdravi dio uzorka su obrnute: 27,4 (idealno) i 16 (identificirano). Takođe, u kliničkom dijelu uzorka je znatno manje ispitanika u kategoriji „visoka škola i više“ (14) nego što je očekivano (26,9), dok je u zdravom dijelu uzorka i za ovu kategoriju situacija invertirana. Ovakav oblik povezanosti stupnja obrazovanja i postojanja poremećaja može se pratiti i za slučaj 2. Tako, u krostabulacijama čitamo da očekivana vrijednost u kategoriji „osnovna škola i niže“ za poduzorak osoba kod kojih je dijagnosticirana psihoza iznosi 10,7, dok je opservirana vrijednost čak 21. Analogne brojke za zdravi dio uzorka su, s druge strane, 26,3 (očekivano) i 16 (opservirano). Slučaj 3 je specifičan, budući da je ovo jedini od svih devet slučajeva koji se, uže, odnose na socijalno-ekonomski status ispitanika, u kojem nije identificiran značajan odnos između postojanja poremećaja i konkretnog indikatora socijalno-ekonomskog stanja. Naime, postojanje depresivnog poremećaja, prema prikazanim rezultatima hi-kvadrata, nije u vezi sa stupnjem obrazovanja ispitanika. Ovaj nalaz, ipak, ostaje razumljiv s aspekta razvoja i kliničke slike dvaju duševnih poremećaja koji su ovdje u fokusu. Kako, naime, među psihotične poremećaje spada i shizofreni, koji često počinje u ranim dvadesetim godinama,

the first and second case, while in the third this was not the case. The results found in the cross-tabulations of the cases in which a relationship between the analysed variables was identified unequivocally suggest that the nature of this relationship is such that lower levels of education may be linked with mental disorders, i.e., mental disorders occurred less frequently in persons who have completed higher education. When comparing the frequencies obtained for the case 1, it can be observed that the expected frequency of individuals in the category of “primary school and below” for the clinical sample was 16.6, whereas the observed value was as high as 28. The analogous figures for the healthy part of the sample point to a reverse trend: 27.4 (ideal) and 16 (identified). Additionally, in the clinical sample, there were significantly fewer respondents in the category of “high school and higher” (14) than expected (26.9), while in the healthy part of the sample, the situation was inverted for this category. This form of correlation between the level of education and the existence of disorders may be examined for the case 2. Thus, the cross-tabulations indicate that the expected value in the category of “primary school and lower” for the subsample of individuals diagnosed with psychosis was 10.7 whereas the observed value was 21. On the other hand, the analogous figures for the healthy part of the sample were 26.3 (expected) and 16 (observed). The case 3 is specific, as this was the only one among the nine cases under scrutiny relating to the socioeconomic status of respondents in which no significant relationship was identified between the existence of the disorder and a specific indicator of socioeconomic status. According to the presented results of chi-square tests, the existence of a depressive disorder was not related to the level of education. This finding remains unsurprising from the developmental aspect and the clinical picture of the two mental disorders that are in the focus of this paper. Having in mind that schizophrenia, the onset of which is often recorded in the early twenties, falls under the category of a psychotic



za očekivati je da i sam tok poremećaja, između ostalog, onemogućava dio pojedinaca koji pate od psihoze da steknu visoko obrazovanje. Također, u sklopu pojedinih psihotičnih poremećaja dolazi do ozbiljnije kognitivne deterioracije što, očekivano, remeti motivaciju za školovanjem, te narušava spoznajne kapacitete pojedinca. Sve ovo se u manjoj mjeri odnosi na poremećaje čija je primarna simptomatologija depresivna.

Tri posljednje varijable prikazane u tablici 2 (V7, V8, V9) mogu se interpretirati i kao dopuna rezultatima koje smo dobili pri analizi varijabli V4, V5 i V6, i to kao suplement koja nam omogućuje da analizu proširimo na domaćinstvo u kojem ispitanik živi. U svim slučajevima (osim situacije 3 za V8) u tablici 2 očitavamo značajnu povezanost između tri razmatrana indikatora socijalno-ekonomske pozicije domaćinstva i postojanja duševnih poremećaja. Na temelju uvida u krosstabulacije utvrdit ćemo da opći smjer povezanosti između razmatranih indikatora socijalno-ekonomskog statusa pojedinca i domaćinstva, s jedne strane, i postojanja, kao i vrste duševnog poremećaja, s druge strane, ostaje isti kao onaj koji smo istakli u komentarima za V4, V5 i V6: psihijatrijski pacijenti u crnogorskom društvu žive u domaćinstvima koja su slabijeg socijalno-ekonomskog statusa u odnosu na mentalno zdravi dio populacije ove države.

Posebno ćemo se osvrnuti na nalaze povezane s varijablom 9, jer oslikavaju isprepletenost socijalne i psihijatrijske problematike u jednom tranzicijskom društvu. Povezanost između korišćenja socijalne pomoći i vrijednosti koje u našem istraživanju može imati varijabla duševnog poremećaja/mentalnog zdravlja je identificirana kao statistički značajna za sva tri slučaja. Na osnovi uvida u krosstabulacije utvrđujemo da su pojedinci koji su premorbidno bili korisnici socijalne pomoći, češći u sve tri kategorije dizajna istraživanja koje podrazumijevaju postojanje duševnog

disorder, it can be expected that the course of the disorder may prevent some individuals suffering from psychosis from obtaining higher education. Additionally, certain psychotic disorders lead to more serious forms of cognitive deterioration, which, consequently, often has a negative impact on the motivation for education and impairs an individual's cognitive capacities. All of the above to a lesser degree applies to disorders with primary depressive symptomatology.

The last three variables presented in Table 2 (V7, V8, V9) may be interpreted as supplementary to the results obtained in the analysis of variables V4, V5 and V6, in the sense that they allowed us to extend the analysis to the respondents' households. Table 2 indicates that in all cases (except in the situation 3 for V8) there was a significant correlation between the three indicators of the socioeconomic position of a household and the existence of mental disorders. Based on the crosstabulations, we found that the general direction of the correlation between the indicators of the socioeconomic status of individuals and households, on the one hand, and the existence and type of mental disorder on the other, remained the same as the one pointed to in our comments relating to V4, V5 and V6, i.e., psychiatric patients in Montenegrin society live in households of a lower socioeconomic status compared to the mentally healthy part of the population of the country.

We would like to specifically address the findings relating to the variable 9, as they reflect the intertwined nature of social and psychiatric issues in a transitional society. The correlation between the use of social welfare and the values that in our study may be attributed to variable of mental disorder/mental health was identified as statistically significant for all three cases. The analysis of the crosstabulation indicated that individuals who were beneficiaries of social welfare in the pre-morbidity phase featured more frequently in all three categories of the study design implying the existence of

poremećaja (situacije 1, 2, 3) nego što bi to bio slučaj da ove dvije varijable nisu povezane. Ovaj nalaz, zapravo, podvlači činjenicu da je u crnogorskom društvu, siromaštvo kao sistemski društveni problem isprepleteno sa psihopatološkim stanjima, na razini individualnog psihološkog problema. Problematizirajući osnovne epistemološke i teorijske postavke pomažućih profesija mogli bismo, stoga, argumentirati da u jednom društvu duševni poremećaj nije do kraja osobni, individualni problem, već se dijelom radi o psihološkom obliku manifestiranja dubljeg, strukturnog i društvenog problema. Na to nas, uostalom, upućuju sve analize kojima smo za potrebe ovog rada pristupili.

Što se tiče ponovljenog postupka, odnosno hi-kvadrat testova u situaciji kontroliranog herediteta, posebno je interesantno da je rezultat za V2 dao drugačije rezultate (samo) u slučaju 1. Naime, u situaciji kontroliranog herediteta opservirane vrijednosti za zdravi i klinički dio uzorka u odnosu na vrijednosti varijable „kvaliteta stambene jedinice“ su u skladu s vrijednostima koje su očekivane pod pretpostavkom da varijable o kojima je riječ nisu povezane. Za slučajeve 2 i 3, pak, hi-kvadrat i dalje daje statistički značajnu razliku, kao što je to identificirano i u prvoj situaciji. Za V3 se rezultati, u situaciji 2, u odnosu na rezultate iz situacije 1, također razlikuju samo u prvom slučaju. Dok je u prvoj situaciji identificirana povezanost između analiziranih varijabli, u situaciji kontroliranog herediteta takva povezanost nije nađena. Smatramo da je donekle značajan opći zaključak povodom predstavljenih nalaza. Naime, razlike između situacije 1 i situacije 2, o kojima govorimo, su takve da, ako se dizajnom eliminira (odnosno-kontrolira) hereditetarni faktor, broj identificiranih statistički značajnih veza između varijabli opada. Vjerojatno je da hereditet kao etiološki faktor poremećaja iz latentne osovine pojačava matricu povezanosti između socijalnih varijabli koje su prikazane u

a mental disorder (the situations 1, 2, and 3) than it would be the case if these two variables were not correlated. In fact, this finding underscores the fact that poverty, as a systemic social problem in Montenegrin society, is intertwined with psychopathological conditions at the level of an individual psychological problem. While analysing the basic epistemological and theoretical postulates of helping professions, we could argue that mental disorders are not a completely personal or an individual problem, but, in part, a psychological form of manifestation of a deeper, structural and social problem. After all, all the analyses undertaken for the purposes of this paper point to that conclusion.

With regards to the repeated procedure, i.e., chi-square tests in the situations of controlled heredity, it is particularly interesting to note that the results for V2 (only) were different only in the case 1. In the situation of controlled heredity, the observed values for the healthy and clinical samples in relation to the values of the variable of “quality of housing” were in line with the values expected under the assumption that the variables in question were not correlated. For the cases 2 and 3, on the other hand, the chi-square still pointed to a statistically significant difference, as identified in the first situation. For V3, the results for the situation 2 were different that the results for the situation 1 only in the first case. Whilst in the first situation the correlation between the analysed variables was identified, in the situation of controlled heredity such a relationship was not found. We are of opinion that the general conclusion regarding the presented findings is somewhat significant. The differences between the situation 1 and the situation 2 are such that if the design eliminated (i.e. controlled) the hereditary factor, the number of identified statistically significant correlations between variables would decrease. It is probable that heredity, as an etiological factor of mental disorders from the latent axis, reinforces the matrix of correlations between

tablici 3 (V1, V3) i duševnih poremećaja. Sve navedeno nas upućuje na zaključak da hereditarno opterećenje i slabiji socio-ekonomski status, svakako uz druge varijable koje nisu bile prepoznate dizajnom ovog istraživanja, združeno generiraju duševne poremećaje, u analiziranom društvenom okviru. Ove analize pokazuju da je i u društvenim okolnostima u kojima je rađeno naše istraživanje djelatna bio-psiho-socijalna matrica etiologije duševnih poremećaja, koja je spomenuta na početku rada i danas je standard antropologije pomažućih profesija.

Povezujući rezultate našeg istraživanja s onim što je rečeno u uvodnom dijelu rada ukazat ćemo na činjenicu da je u skladu s bio-psiho-socijalnim određenjem čovjeka u psihijatriji (ali i u pomažućim strukama uopće) i našim istraživanjem pokazano da je duševni poremećaj rezultat genetske/hereditarne osnove i okolin-skih/socijalnih utjecaja. Na tragu istraživanja iz razdoblja „socijalne revolucije“ u pomažućim strukama potvrdili smo da socio-ekonomska problematika ostaje povezana s postojanjem duševnih poremećaja, pri čemu postojanje hereditarnog opterećenja, kao latentna, pozadinska varijabla „katalizira“ vezu između socio-ekonomskih faktora i mentalnog zdravlja. U jednadžbi koja rezultira duševnim poremećajem značajnu ulogu svakako imaju i individualno psihološki/psihodinamski faktori koji, međutim, dizajnom naše studije nisu uzeti u razmatranje.

## ZAKLJUČCI

Rezultati ove studije s obzirom na kontekst u kojem je istraživanje rađeno dopuna su istraživanjima slične tematike na Zapadu. Istraživanjem je potvrđeno da su socijalna i psihijatrijska problematika u tijesnoj vezi i u jednom tranzicijskom društvu. Doprinos istraživanja, a u vezi sa postavljenim ciljevima, može se sumirati putem dvaju nalaza: prvog, koji kaže

the social variables shown in Table 3 (V1, V3) and mental disorders. All of the above leads us to the conclusion that hereditary burden and lower socioeconomic status, along with other variables that were not taken in the consideration in the design of this study, jointly contribute to development of mental disorders in the analysed social framework. These analyses show that even in the social circumstances in which our research was carried out, the bio-psycho-social matrix of the aetiology of mental disorders, mentioned at the beginning of the paper, is present, and that it represents the standard of in the anthropology of helping professions.

By linking the results of our research with what was noted in the introductory part of this paper, we would like to underline the fact that in line with both the bio-psycho-social definition of human being in psychiatry (and helping professions in general) and our research mental disorders result from genetic/ hereditary basis and environmental/social influences. In line with research from the period of the “social revolution” in the helping professions, we have confirmed that socioeconomic issues remain linked to the existence of mental disorders, whereby the existence of hereditary burden, as a latent background variable, “catalyses” the correlation between socioeconomic factors and mental health. Individual psychological/ psychodynamic factors certainly play a significant role in the equation resulting in a mental disorder. However, they were not taken into consideration in the design of our research.

## CONCLUSIONS

Given the context in which this study was conducted, the results complement research on similar topics conducted in the western countries. Our study confirmed that social and psychiatric issues are also closely linked in a transitional society. In relation to the defined objectives, the contribution of the study may

da je socijalno-ekonomski status psihijatrijskih pacijenata u crnogorskom društvu u aktualnom trenutku slabiji od socijalno-ekonomskog statusa pripadnika generalne populacije i drugi, koji smatra da je socijalno-ekonomski status duševno oboljelih, u navedenom društvenom kontekstu, bio slabiji i premorbidno, odnosno retrospektivno. Oba nalaza ukazuju na potrebu da se unaprijedi status društveno i psihološki vulnerabilnih grupa, iz vizure socijalne politike i socijalnog rada. U tom bi smislu trebalo problemu mentalnog zdravlja prići ne samo idiografski i na razini pojedinca, već i na razini društvenih stratuma, kao što su socio-ekonomski raslojene klase, a iz vizure javnih politika. S obzirom na rezultate istraživanja možemo tvrditi da bi ove politike trebalo tako definirati da djeluju egalitaristički, odnosno da smanjuju socio-ekonomske nejednakosti u jednom tranzicijskom društvu. Posljedično, reducirala bi se prevalencija duševnih poremećaja kod velikog dijela populacije, odnosno kod onih pojedinaca koji pripadaju nižim socio-ekonomskim stratumima, a za koje je istraživanjem pokazano da su posebno vulnerabilni kada je u pitanju mentalno zdravlje. S obzirom da je ovo istraživanje sociološko i nomotetsko, ostaje potreba da se jednim komplementarnim istraživanjem, dubinsko-psihološkog i idiografskog karaktera odgovori na pitanje: kako se društveni vektori prelamaju kroz ličnost pojedinca, čineći ga ranjivim na deklanširanje duševnog poremećaja.

be summarized in the following two findings: 1) the socioeconomic status of psychiatric patients in Montenegrin society is currently weaker than the socioeconomic status of the general population and 2) the socioeconomic status of mentally ill, in the above mentioned social context was weaker even in the pre-morbid phase, i.e. retrospectively. Both findings point to the need to improve the status of socially and psychologically vulnerable groups in the domain of social policy and welfare. Therefore, the problem of mental health should be approached not only at the idiographic and individual level, but also at the level of social strata, such as socioeconomically stratified classes, and from the point of view of public policies. Considering the results of the study, we can argue that these policies should be defined in a way to result in an egalitarian effect, i.e. to reduce socioeconomic inequalities in a transitional society. Consequently, the prevalence of mental disorders in a significant part of the population would be reduced, particularly among those individuals who belong to lower socioeconomic strata, and for whom research has shown to be particularly vulnerable when it comes to mental health. Having in mind that this study applied sociological and nomothetic approach, complementary idiographic and in-depth psychological research is needed to answer the question of how social vectors are refracted in the personality of an individual, making them vulnerable to the triggering of mental disorders.

## LITERATURA / REFERENCES

1. Kecmanović D. U potrazi za identitetom psihijatrije IV. Beograd: Clio, 2014, str. 244.
2. Vidanović I. Pojedinač i porodica. Beograd: Naučno-istraživački centar za socijalni rad i socijalnu politiku Fakulteta političkih nauka, 1998, str. 5.
3. Đečević M, Janković U, Čekerevac A. The Social Paradigm in Psychiatry as a Link between Social Work and Psychiatry in Theory and Practice. Ljetopis socijalnog rada 2015; 22 (3): 371-92.
4. Link B, Lenon M, Dohrewend B. Socioeconomic Status and Depression: The Role of Occupations Involving Direction, Control and Planning. Am J Sociol 1993; 98 (6): 1351-78.
5. Campion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and Mental Disorders: Opportunities for Action. Lancet 2013; 382: 183-4.
6. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J. Debt, Income and Mental Disorder in the General Population. PsycholMed 2008; 38 (10): 1485-93.
7. Marić J. Klinička psihijatrija. Beograd: Naša knjiga, 2005, str. 153.



8. Lemstra M, Neudorf C, D'Arcy C, Kunst A, Warren LM, Bennett NR. A Systematic Review of Depressed Mood and Anxiety by SES in Youth Aged 10-15 Years. *Public Health* 2008; 99 (2): 125-9.
9. Munjiza M. *Socijalna psihijatrija*. Beograd: Marko Munjiza, 2015, str. 113.
10. Miech AR, Shanahan M. Socioeconomic Status and Depression over the Life Course. *J Health Soc Behav* 2000; 41 (2): 162-76.
11. Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and Income: Which is More Important for Mental Health?. *J Epidemiol Commun Health* 2003; 57 (7): 501-05.
12. Brown G, Harris T. *Social Origins of Depression*. New York: Free Press, 1978.
13. Ross C, Huber J. Hardship and Depression. *J Health Soc Behav* 1985; 26 (4): 312-27.
14. Munjiza M. *Socijalna psihijatrija*. Beograd: Marko Munjiza, 2015, str. 113.
15. Kecmanović D. *Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom*. Sarajevo: Svjetlost, 1975, str. 176.
16. Munjiza M. *Socijalna psihijatrija*. Beograd: Marko Munjiza, 2015, str. 114.
17. Clark RE. Psychoses, Income and Occupational Prestige. *Am J Sociol* 1949; 54 (5): 1250-71.
18. Pasamnick B, Roberts D, Lemkau P, Krueger D. A Survey of Mental Disease in an Urban Population. *Am J Public Health* 1957; 47 (8): 923-9.
19. Jaco E. G. *The Social Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Russel Sage, 1960.
20. Oakes JM., Rossi P. The Measurement of SES in Health Research: Current Practice and Steps Toward a New Approach. *Social Science & Medicine* 2003; 56 (4): 769-84.
21. Galobardes B, Shaw M, Lawlor D, Lynch J. Indicators of Socioeconomic Position (part 1). *J Epidemiol Commun Health* 2006; 60 (1): 7-12.
22. Čekerevac A. *Uopredna i međunarodna socijalna politika*. Beograd: Savez društava socijalnih radnika Srbije, 1999, str. 149.
23. Andrijašević Ž, Rastoder Š. *Istorija Crne Gore*. Podgorica: Centar za iseljenike Crne Gore, 2006, str. 491.
24. Janković U, Ilić V. *Javne politike i redukcija siromaštva. Studija slučaja: Crna Gora*. Beograd: Visoka škola socijalnog rada, 2021, str. 101.
25. Janković U. *Socijalna inkluzija siromašnih u Crnoj Gori*. Beograd: Čigoja štampa, 2013, str. 56.
26. Milosavljević M, Brkić M. *Socijalni rad u zajednici*. Beograd: Socijalna misao, 2005, str. 83.
27. Sewell W, Hauser R. The Wisconsin Longitudinal Study of Social and Psychological Factors in Aspirations and Achievements. *Research in Sociology of Education and Socialization* 1980; 45 (1): 59-99.